



ДЕРЖАВНИЙ ЗАКЛАД
ЗАПОРІЗЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ
ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
МОЗ УКРАЇНИ

СУЧАСНІ МЕДИЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ

український науково-практичний журнал

МАТЕРІАЛИ

Науково-практичної конференції
з міжнародною участю

«МОДЕЛІ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА ЇХ ВПЛИВ НА ОСНОВНІ ПОКАЗНИКИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ»

Запоріжжя, 25–26 квітня 2013 року



*Конференция посвящена
100-летию со дня рождения
выдающегося организатора
здравоохранения Запорожского края
Краковскогo Евгения Николаевича
(1913–2000 гг.)*

Чтобы помнили...

Вряд ли можно перечислить все сделанное этим человеком за годы своей работы. Тяжелые военные годы, восстановление здравоохранения в родном городе, а потом практически на протяжении 30 лет в Запорожской области. Начальник управления здравоохранения, в последующем первый заведующий кафедрой социальной медицины и организации здравоохранения Запорожского института усовершенствования врачей. По его инициативе и при активной поддержке созданы в Запорожье высшие медицинские учебные заведения – сейчас это Запорожский государственный медицинский университет и Запорожская медицинская академия последипломного образования. Построены областная клиническая больница, пятая городская, областная детская больница. Каждый год вводилось 7–8 лечебных учреждений

в районах области. Особые страницы в его деятельности занимают борьба с туберкулезом, инфекционными заболеваниями, организация медицинской помощи детям.

Честность, справедливость, требовательность, трудолюбие, любовь к людям и делу, которому он отдал всю жизнь – вот основные качества Евгения Николаевича Краковскогo.

Его дело продолжают его дети, внуки и сотни нынешних организаторов здравоохранения.

Обращаясь к нынешнему поколению медицинских работников и их пациентам, хочется еще раз повторить: помните тех, благодаря кому, вы имеете возможность учиться, работать, получать необходимую медицинскую помощь. Мы можем учиться у них той преданности своему делу и безмерной любви к людям.

*Заведующая кафедрой социальной медицины,
организации и управления здравоохранением
и медико-социальной экспертизы,
ГУ «ЗМАПО МЗ Украины»,
заслуженный врач Украины,
к. мед. н., доцент,
Лашкул З.В.*

Кафедрой социальной медицины, организации и управления здравоохранением и медико-социальной экспертизы, ГУ «ЗМАПО МЗ Украины» подготовлена юбилейная книга о Евгении Николаевиче Краковском, с электронной версией которой можно ознакомиться на официальном сайте академии <http://www.zmapo.edu.ua>

ISSN 2072-9367

№ 2 (18), 2013

Modern Medical Technology

Заснований у 2008 році
Реєстраційне свідоцтво
КВ №14053-3024Р
від 19.05.2008 р.

Засновник:

Запорізька медична академія
післядипломної освіти

Постановою Президії ВАК
України від 14.10.09 № 1-05/4
журнал включено до переліку
наукових фахових видань
України, в яких можуть
публікуватися результати
дисертаційних робіт на здобуття
наукових ступенів доктора і
кандидата наук

Рекомендовано
Вченою Радою ЗМАПО,
Запоріжжя
Протокол № 3 від 08.04. 2013 р.

Видавець:

ПП «Агентство Орбіта-ЮГ»
69001 м. Запоріжжя,
вул. Патріотична, 14

Періодичність — 6 разів на рік
Тираж — 500 прим.

Друк:

ТОВ «ВКФ «Арт-Прес»
49010 м. Дніпропетровськ,
Лоцманський узвіз, 10а

Ум. др. арк. — 10
Замовлення № 7532е

Адреса для листування:

Редакція журналу
«Сучасні медичні технології»
69096 м. Запоріжжя,
бул. Вінтера, 20,
Тел/факс: (061) 289-80-82
E-mail: mmtzmaro@gmail.com

Відповідальність за добір та
викладення фактів у статтях
несуть автори, за зміст рекламних
матеріалів — рекламодавці.
Передрук опублікованих статей
можливий за згодою редакції
та з посиланням на джерело

© «Сучасні медичні
технології», 2013
www.mmt.zmaro.edu.ua

СУЧАСНІ МЕДИЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ

український науково-практичний журнал

Державний заклад

«Запорізька медична академія післядипломної освіти
Міністерства охорони здоров'я України»

Головний редактор: Никоненко О. С. (Запоріжжя)

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

Заступник головного редактора: Шаповал С. Д.

Балашов Г. В. (Запоріжжя) Ковальчук Л. Я. (Тернопіль)

Бараннік Н. Г. (Запоріжжя) Колесник Ю. М. (Запоріжжя)

Березницький Я. С. Кошля В. І. (Запоріжжя)

(Дніпропетровськ) Лазоришинець В. В. (Київ)

Бойко В. В. (Харків) Лоскутов О. Є.

(Дніпропетровськ)

Бучакчийська Н. М. Луценко Н. С. (Запоріжжя)

(Запоріжжя) Милиця М. М. (Запоріжжя)

Гринь В. К. (Донецьк) Мішалов В. Г. (Київ)

Гриценко С. М. (Запоріжжя) Мягков О. П. (Запоріжжя)

Гук І. І. (Австрія) Ничитайло М. Ю. (Київ)

Гусаков О. Д. (Запоріжжя) Овчаренко Л. С. (Запоріжжя)

Дзяк Г. В. (Дніпропетровськ) Решетілов Ю. І. (Запоріжжя)

Завгородній С. М. (Запоріжжя) Русин В. І. (Ужгород)

Завгородня Н. Г. (Запоріжжя) Фуркало С. М. (Київ)

Запорожан В. М. (Одеса) Фуштей І. М. (Запоріжжя)

Книшов Г. В. (Київ) Якушев В. С. (Запоріжжя)

Коваленко В. М. (Київ) Ярешко В. Г. (Запоріжжя)

Ковальов О. О. (Запоріжжя)

Секретарі: Дмитрієва С. М., Рязанов Д. Ю.

Відповідальний секретар: Одринський В. А.

Зміст

3	Матеріали конференції
5	<i>Агарков В. И., Евтушенко Е. И., Коктышев И. В.</i> Технология оптимизации психического здоровья и профилактики депрессивных состояний у работников монотонно и эмоционально напряженных видов труда
7	<i>Андрейчин Л. В.</i> Результати комплексного офтальмологічного обстеження дітей
10	<i>Бирюков В. С.</i> Реформа здравоохранения: от отраслевого мышления к кластерному подходу
13	<i>Бібік І. Г.</i> Обґрунтування надання медичної допомоги хворим з розладами психіки і поведінки лікарями загальної практики/сімейними лікарями на первинному рівні
16	<i>Василик В. С.</i> Сучасні ефективні заходи з формування здорового способу життя у школах міста Вінниці
20	<i>Василик В. С.</i> Стаціонарна допомога населенню області: підсумки роботи стаціонарів, перспективи оптимізації діяльності
24	<i>Вороненко Ю. В., Гойда Н. Г.</i> Реформування охорони здоров'я: успіхи та перешкоди
27	<i>Вороненко Ю. В., Гойда Н. Г., Латишев Є. Є., Михальчук В. М., Гусева І. В.</i> Інноваційні форми післядипломної підготовки організаторів охорони здоров'я в Україні: перший досвід
30	<i>Головкова Т. А.</i> Пектинопрофілактика у вагітних жінок та гігієнічна оцінка її ефективності
33	<i>Горачук В. В.</i> Анализ результатов удовлетворенности качеством медицинской помощи представителей пациентов областной детской больницы
37	<i>Гутор Т. Г.</i> Ретроспективні основи процесу становлення та розвитку групового методу експертного оцінювання
40	<i>Децик О. З., Золотарьова Ж. М.</i> Порівняльна характеристика кадрового складу закладів охорони здоров'я в контексті обслуговування паліативних пацієнтів
45	<i>Децик О. З., Яворський А. М., Яворський М. І.</i> Шляхи поліпшення задоволеності пацієнтів в системі управління якістю стаціонарної допомоги
50	<i>Крекотень О. М.</i> Методологія циклічного управління виробничими ризиками та їх профілактикою
54	<i>Лашкул З. В.</i> Вплив організації первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини на захворюваність і смертність від артеріальної гіпертензії та цереброваскулярної патології з артеріальною гіпертензією
58	<i>Лисунець О. М.</i> Медико-соціальна експертиза при вроджених вадах серця як соціальна технологія
61	<i>Литвинова О. Н., Теренда Н. О., Коломийчук В. С.</i> Методи економічної теорії в реформі охорони здоров'я України
67	<i>Лобас В. М., Слабкий Г. А., Кравець О. А.</i> Результаты внедрения первичной медико-санитарной помощи на принципах

- семейной медицины в донецкой области
- 70 *Лобода Т. В., Якимець В. М.*
Аналіз результатів медико-соціологічного дослідження щодо портрету лікаря сімейної медицини
- 74 *Моїсеєнко Р. О.*
Основні напрямки реформування охорони здоров'я матерів та дітей в Україні та їх ефективність
- 75 *Чепурнова Н. В.*
Аналіз законодавства щодо реалізації репродуктивного права дискордантними парами
- 78 *Пищита А. Н.*
Реформа законодательства в сфере здравоохранения в российской федерации
- 81 *Погоріляк Р. Ю.*
Характеристика якості та доступності надання первинної медичної допомоги населенню Закарпаття
- 84 *Посный В. Ф.*
Социально-гигиеническое исследование гипертонической болезни у лиц интеллектуального труда
- 86 *Присенко В. Г., Махкамова З. Р.*
Охрана здоровья: структура и механизмы корпоративного управления
- 88 *Прохорова А. І.*
Забезпечення середнім медичним персоналом населення закарпатської області в динаміці за період 2005–2011 років
- 91 *Рудень В. В., Москвяк-Лесняк Д. Є.*
Жінки про особисту турботу до молочних залоз – як основу превентивної поведінки у власному здоров'ї
- 97 *Сенюта І. Я.*
Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з медичної практики: окремі штрихи до нормативного «портрету»
- 101 *Сізінцева Ю. Ю.*
Значення вивчення медичного права для керівників лікувально-профілактичних закладів України
- 106 *Слабкий Г. О., Збітнева С. В.*
Про готовність лікарів загальної практики-сімейних лікарів до надання медичної допомоги при хворобах ока та придаткового апарату
- 109 *Слабкий Г. О., Русняк В. А., Истомир С. В.*
Загальна характеристика законодавства України з питань організації охорони здоров'я
- 113 *Слабкий Г. О., Шпак Г. В., Лисенко П. В.*
Вплив законодавства України на подолання дефіциту медичних кадрів, підвищення їх кваліфікації та якості медичної допомоги
- 117 *Солоненко І. М., Ушакова О. І.*
Удосконалення діяльності місцевих органів влади у сфері охорони здоров'я
- 121 *Фершал Я. Ю.*
Оцінка стану амбулаторної педіатричної допомоги лікарями первинної ланки та їх ставлення до реформування системи охорони здоров'я
- 125 *Черешнюк Г. С.*
Проблемні питання підготовки лікарів загальної практики-сімейної медицини в період реформування в пілотному регіоні
- 129 *Щудро С. А.*
Інформаційна технологія оцінки фізичного розвитку підлітків

- | Тези | |
|------|--|
| 130 | <i>Балашов Г. В.</i>
Реформирование экстренной медицинской помощи в Запорожской области: проблемы и пути их решения |
| 138 | <i>Жилка К. І., Кризина Н. П.</i>
Державна політика України в охороні здоров'я дітей в сучасних умовах реформування |
| 140 | <i>Жилка Н. Я., Зайкова Т. В.</i>
Щодо моделі комплексної профілактики раку шийки матки |
| 143 | <i>Іпатов А. В., Дроздова І. В., Ханюкова І. Я., Мацуга О. М.</i>
Первинна інвалідність внаслідок хвороб системи кровообігу |
| 143 | <i>Ляхно В. А., Неуймина Г. И.</i>
Гигиена детей и подростков Крыма: прошлое и настоящее |
| 144 | <i>Лехан В. М., Гінзбург В. Г.</i>
Організаційно-технологічні рішення підвищення доступності та якості медичної допомоги в умовах реформи системи охорони здоров'я |
| 145 | <i>Лехан В. М., Слабкий Г. О., Русняк В. А.</i>
До проблем управління в охороні здоров'я |
| 147 | <i>Литвинова Л. О., Захарова Н. М., Тонковид О. Б., Гречишкіна Н. В., Донік О. М.</i>
Деякі показники здоров'я сільського населення «пілотних» областей України |
| 147 | <i>Ляхова Н. О., Голованова І. А.</i>
Значення методів імітаційного і оптимізаційного моделювання в технології прийняття управлінських рішень в період реформування охорони здоров'я |
| 148 | <i>Мальш П. Н., Фесенко И. В.</i>
Реформирование системы здравоохранения в Луганской области |
| 150 | <i>Слабкий В. Г., Кризина Н. П., Пархоменко Г. Я.</i>
Сучасний стан організації стаціонарної медичної допомоги населенню України та інших країн |
| 152 | <i>Слабкий В. Г., Матюха Л. Ф., Кравець О. А., Антонишин О. І., Закревська С. О., Бурдим Ю. В.</i>
До питання завдань лікаря загальної практики-сімейного лікаря в рамках компетентнісного підходу |
| 153 | <i>Слабкий Г. О., Риков С. О., Збітнева С. В., Троянов Д. П.</i>
Повноваження лікаря загальної практики-сімейного лікаря з надання медичної допомоги при хворобах органу зору в рамках компетентнісного підходу |
| 153 | <i>Слабкий Г. О., Готь Н. Р.</i>
До індикаторів оцінки діяльності обласних лікарень |
| 154 | <i>Слабкий Г. О., Дудник С. В.</i>
Система медико-соціальної профілактики передчасної смертності чоловіків працездатного віку у великому промисловому регіоні |
| 155 | <i>Третьякова О. С., Сухарева И. А., Пузиков Р. А.</i>
Современный эффективный менеджмент в медицинском образовании – инструмент повышения эффективности подготовки кадров в здравоохранении |

В. И. Азарков¹, Е. И. Евтушенко², И. В. Коктышев¹

¹ Национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Донецк

² Областная клиническая психиатрическая больница, г. Донецк

ТЕХНОЛОГИЯ ОПТИМИЗАЦИИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ У РАБОТНИКОВ МОНОТОННО И ЭМОЦИОНАЛЬНО НАПРЯЖЕННЫХ ВИДОВ ТРУДА

Для укрепления психического здоровья работников монотонно-напряженных и эмоционально-напряженных видов труда (водители железнодорожного транспорта) разработана и апробирована в условиях санатория-профилактория оздоровительная технология первичной и вторичной профилактики депрессивных состояний.

Ключевые слова: профилактика депрессивных состояний.

У работников монотонно-напряженных видов труда, к которым, в частности, относятся водители поездов, особенно дальнего следования, достаточно часто к концу рабочего года ухудшается психическое здоровье в виде нервно-психических расстройств депрессивного характера. Среди этих симптомов особо негативно и опасно для здоровья выглядят такие симптомы как потеря мотива и интереса к жизни и работе, низкая работоспособность, постоянно плохое настроение, частые немотивированные эмоциональные всплески и тревожные состояния, частые головные боли, расстройства сна в виде бессонницы и дневной сонливости, нарушение питания, перемежающиеся боли мышц и внутренних органов, немотивированные поступки и другие симптомы [1, 2]. Подобные расстройства нервно-психического здоровья чрезвычайно опасны для выполнения работы по управлению транспортными средствами и, в частности, железнодорожного, особенно дальнего следования.

Для устранения таких нервно-психических расстройств и недопущения их в дальнейшем, то есть для нормализации и укрепления психического здоровья водителей железнодорожного транспорта была разработана и апробирована в условиях санатория-профилактория психологически оздоровительная технология первичной и вторичной профилактики депрессивных состояний. Технология состояла из двух этапов: базового и подкрепляющего оздоровления. Базовый цикл оздоровления продолжался в течение 24 дней, подкрепляющий – 12 дней.

Каждый цикл состоял из 3-х ежедневных комплексов релаксационных процедур, выполняемых в следующем режиме и последовательности в течение дня.

Утренняя часть дня – 10⁰⁰–11³⁰ (комплекс

процедур № 1):

1-я процедура – лучевая ультрафиолетовая терапия в виде процедур в фотарии (по стандартной методике);

2-я процедура – тренажеротерапия в виде физических занятий на тренажерах в спортивном зале (25–30 минут);

3-я процедура – психогигиенический вариант аутогенной тренировки (20–25 минут);

4-я процедура – ландшафт- и цветотерапия в виде просмотра цветных краеведческих фильмов о природе и искусстве (30–40 минут);

Дневная часть дня – 14⁰⁰–16³⁰ (комплекс процедур № 2):

1-я процедура – снотерапия с аромо- и климатотерапией в виде сна в аромакабинете с оптимальным или прохладным микроклиматом (60–70 минут);

2-я процедура – положительная стрессоротерапия в виде эмоционально легких компьютерных игр (15–20 минут);

3-я процедура – смехотерапия в виде просмотра комедийных фильмов или подобных телепрограмм (30 минут);

Вечерняя часть дня – 17⁰⁰–18⁴⁰ (комплекс процедур № 3):

1-я процедура – локомоциотерапия в виде пеших прогулок или физически активных игр (30–40 минут);

2-я процедура – бальнеотерапия в виде купаний в бассейне со специальными физическими упражнениями и занятиями (30–40 минут);

3-я процедура – музыкотерапия в виде прослушивания классической или эстрадной музыки или просмотра эстрадных телевизионных концертов (40–60 минут).

Процедуры проводились ежедневно, а при сильных расстройствах некоторые из них 2 раза в день, с паузой после каждой процедуры от 5 до 10

минут. После 24 дневного базового релаксационного цикла у 90–95% работников с выраженными нервно-психическими расстройствами полностью исчезли симптомы депрессивных состояний, нормализовалось артериальное давление и улучшались показатели ЦНС. При проведении через

полгода дополнительного подкрепляющего релаксационного цикла, депрессивные симптомы не появлялись у 85–90% работников в течение 1,5–2-х лет, а также регистрировались удовлетворительные показатели сердечно-сосудистой и центральной нервной систем.

Список литературы

1. Андреева Г. М. Социальная психология. – М.: Наука, 2003. – 184 с.
2. Энтони В. Психологическая реабилитация. – Киев: Сфера, 2001. – 278 с.

Стаття надійшла до редакції: 25.02.2013

В. І. Агарков., Є. І. Євтушенко, І. В. Коктишев
Національний медичний університет ім. М. Горького, м. Донецьк
Обласна клінічна психіатрична лікарня, м. Донецьк

ТЕХНОЛОГІЯ ОПТИМІЗАЦІЇ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ТА ПРОФІЛАКТИКИ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У ПРАЦІВНИКІВ МОНОТОННО НАПРУЖЕНИХ І ЕМОЦІЙНО НАПРУЖЕНИХ ВИДІВ ПРАЦІ

Для зміцнення психічного здоров'я працівників монотонно напружених і емоційно напружених видів праці (водії залізничного транспорту) розроблено і апробовано в умовах санаторію-профілакторію оздоровча технологія первинної та вторинної профілактики депресивних станів.

Ключові слова: профілактика депресивних станів.

V. I. Agarkov, E. I. Yevtushenko, I. V. Koptishev
National Medical University, Gorky Donetsk
Regional Clinical Psychiatric Hospital, Donetsk

TECHNOLOGY OPTIMIZATION OF MENTAL HEALTH AND PREVENTION OF DEPRESSION AMONG WORKERS MONOTONE STRESSFUL AND EMOTIONALLY INTENSE TYPES OF LABOR

Health technology of primary and second prophylaxis of depressions is developed for the workers of monotone stressful and emotionally intense types of labour (drivers of railway transport). This technology is developed for the improvement of psychical health of workers in the conditions of sanatorium.

Keywords: prevention of depression.

Л. В. Андрейчин

Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського

РЕЗУЛЬТАТИ КОМПЛЕКСНОГО ОФТАЛЬМОЛОГІЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ДІТЕЙ

Представлена соціальна характеристика та результати комплексного офтальмологічного обстеження дітей.

Ключові слова: діти, обстеження, результати.

Результати аналітичного огляду наукової літератури вказують на високий рівень поширеності патології органу зору у дітей [1, 2]. З віком дітей їх захворюваність на хвороби органу зору зростає [3, 4].

Мета роботи. Вивчити соціальний статус та спосіб життя дітей в рамках комплексного офтальмологічного обстеження дітей.

Матеріали та методи

За спеціальною програмою обстежено 2199 дітей віком від 6 до 18 років: у спортивному диспансері – 627 дітей, серед яких 445 (70,97%) хлопчиків і 182 (29,03%) дівчинки; у чотирьох загальноосвітніх школах м. Тернополя – 868 учнів, серед них 426 (49,08%) хлопчиків та 442 (50,92%) дівчинки; у сільських школах – 373 учнів, серед яких 169 (45,31%) хлопчиків і 204 (54,69%) дівчинки; в дитячих інтернатах – 226 дітей: з них – 130 (57,52%) хлопчиків та 96 (42,04%) дівчаток; у дитячій виправній колонії – 105 (100%) хлопчиків.

Результати та обговорення

З обстежених у спортивному диспансері жителі міста становили 510 (81,34%) чоловік, села – 11 (18,66%). У повній сім'ї виховувалося 541 (%) дитина, у неповній – 85 (%), 1 (%) дитина – сирота. Серед обстежуваних у міських школах жителів міста було 728 (83,87%) учнів, села – 140 (16,12%); у повній сім'ї виховувалося 726 (83,64%) дітей, у неповній – 141 (16,24%) дитина, сиріт не було. Всі обстежені діти сільських шкіл були жителями села; з повних сімей – 299 (80,16%) дітей, з неповних – 55 (14,75%) і 3 (0,80%) сироти. У інтернатах навчалось 169 (74,78%) дітей – з міста, 56 (24,78%) – з села. З них у повній сім'ї виховувалося 87 (38,50%) дітей, у неповній – 115 (50,88%) дітей та 19 (8,41%) сиріт. Серед обстежених у дитячій виправній колонії 65 (%) дітей було з міста, 40 (%) – із села. З повних сімей – 32 (%) дитини, з неповних – 49 (%) та 24 (%) сироти.

Найбільше обстежених дітей із сільських шкіл проживали в приватних будинках – 96,25%, найменше таких відвідували спортивний диспансер – 26,48%; у квартирах і гуртожитках, навпаки, проживало найбільше дітей з спортивного диспансеру – 66,51 та 7,34% відповідно, найменше – із сільських шкіл – 1,34% – в квартирах та не було дітей, які б проживали в гуртожитках. Наймали житло найчастіше сім'ї дітей з виправної колонії (6,67%), найрідше – сім'ї сільських дітей (0,27%). Проживали в дитячих будинках лише діти з інтернатів і спортивного диспансеру – 0,44% та 0,16% відповідно.

Оцінюючи соціальне становище батьків, ми з'ясували, що підприємців серед батьків найбільше у дітей з фізкультурного диспансеру: 20,85% батьків та 11,75% матерів, найменше – у вихованців інтернатів: 1,33 та 1,77%. Дітей, батьки і матері яких є службовцями, найбільше серед учнів ЗОШ м. Тернополя – відповідно 16,36–25,58%. Найменше – серед дітей, які перебувають у дитячій виправній колонії – відповідно 1,90 та 0,95%. Найбільше батьків робітників у дітей з фізкультурного диспансеру – відповідно 40,19, і 42,90%, найменше – 26,99 та 31,86% – у дітей з дитячих інтернатів. Батьків-селян найбільше у дітей із сільських шкіл – відповідно 5,63 і 2,68%, найменше – у дітей з міських шкіл – 0,12% батьків. Безробітних батьків найбільше в дітей із сільських шкіл та інтернатів – 13,67 і 11,95% відповідно, таких матерів ще більше – 35,12 і 32,74%. Найменше безробітних батьків у дітей з фізкультурного диспансеру та міських шкіл – 5,42 та 6,11%, матерів – 17,38 та 20,05%. Батьків-пенсіонерів найбільше у дітей із сільських шкіл та інтернатів – 1,34 та 0,88%, матерів – 0,54 та 0,88% відповідно. Лише у 0,16% дітей з фізкультурного диспансеру батьки безробітні. У дітей з міських шкіл батьків-пенсіонерів нема. Частина батьків і матерів працюють за кордоном – відповідно 12,87 та 10,19% дітей із сільських шкіл, 2,86 і 4,76% батьків дітей з виправної колонії. У дітей з інтернатів 0,44% батьків і 1,33% матерів є інвалідами. Батьків-інвалідів у дітей з фізкультурного диспансеру та з міських шкіл немає.

Опитуванням на наявність певних предметів достатку з'ясовано, що найбільше дітей, сім'ї яких мають автомобіль, – з фізкультурного диспансеру – 52,47%, найменше – 18,14% – у вихованців інтернатів. Персональний комп'ютер найчастіше 75,00% наявний у сім'ях дітей з міських шкіл, найменше 15,04% у сім'ях дітей з інтернатів. Холодильник і телевізор є у всіх сім'ях дітей з фізкультурного диспансеру та у дітей з міських шкіл, у дітей з сільських шкіл – відповідно 24,66 та 24,40%. Мають дачу 32,06% сімей дітей з фізкультурного диспансеру – це найвищий показник серед опитаних, і лише 3,54% – сімей дітей із сільських шкіл – найнижчий показник.

Оцінка характерологічних особливостей встановила, що найчастіше вважають себе врівноваженими (82,95%) та стриманими (52,76%) діти з фізкультурного диспансеру, рідше (36,19%) – з дитячої виправної колонії та діти із сільських шкіл (42,09%). Збудженими вважають себе відносно частіше вихованці інтернатів – 19,91%, рідше – 8,45% – діти з фізкультурного диспансеру. Ті, що відносять себе до образливих, давши найбільше стверджуючих відповідей, склали 22,12% у дитячих інтернатах, найменше – 5,71% – у дитячій виправній колонії. Найбільшу частку «нетерплячі» до думки інших склали вихованці інтернатів (17,26%), найменшу (9,38%) – діти сільських шкіл.

Опитуванням стосовно шкідливих звичок встановлено, що не курить 95,37% дітей з фізкультурного диспансеру, у той же час 100% дітей з виправної колонії курять. Вони ж і в найбільшій мірі є пасивними курцями – 32,38%, найменше пасивних курців серед дітей із сільських шкіл – 2,68%. Раніше за всіх почали курити діти з виправної колонії – у 5 років 2,86%, найпізніше – діти з міських шкіл – в 9 років 0,23% дітей. Найбільша кількість викурених сигарет за день – від 31 до 40 – у 1,90% дітей з виправної колонії, найменша – до 5 на добу – серед 0,80% сільських дітей. Найбільше серед обстежуваних не вживають спиртні напої діти з фізкультурного диспансеру – 81,50%, мало таких у виправній колонії (9,52%). Серед останніх 30,48% споживають спиртне 2 рази на тиждень і частіше та 5,71% – 1 раз на тиждень. Всі групи дітей надають перевагу пиву, у виправній колонії таких до 70,48%. Найрідше споживають коньяк.

В ході дослідження встановлено, що на літніх канікулах відпочивають вдома найбільше дітей з інтернатів – 66,37%, найменше – 25,71% – діти з виправної колонії. На дачі перебувають найчастіше діти з міських шкіл – 28,57%, найменше – 1,34% – діти з сіл. У дитячий табір мають можливість поїхати переважно діти з фізкультурного диспансеру – 30,30%, найменше – сільські діти – 8,85%. На морі відпочиває найбільше

дітей з виправної колонії – 56,19%, найменше – 6,64% – дітей з інтернатів. У селі, в основному, відпочивають сільські діти – 28,42%, не їдуть в село на відпочинок взагалі діти з фізкультурного диспансеру. Зате вони та діти з міських шкіл відносно частіше бувають за кордоном – 8,61% та 8,06%, рідше – (1,90%) – з дитячої виправної колонії та діти з інтернатів (1,33%).

Сон дітей триває до 6-ти годин у 4,76% дітей з дитячої виправної колонії, серед дітей із сільських шкіл стверджуючої відповіді не дав ніхто, 6–7 годин – найбільше також у виправній колонії – 14,29%, найменше – у дітей із сільських шкіл – 5,36%, 8–9 годин сплять 71,89% міських дітей та 44,76% дітей з виправної колонії, 10–11 годин – частіше вихованці інтернатів – 37,61%, найрідше – діти з міських шкіл – 13,48%, 12 і більше годин сплять 19,05% опитаних у дитячій виправній колонії, найрідше – діти з міських шкіл (0,69%).

Серед загальної кількості обстежених 71,21% дітей займаються спортом: від 56,22% у міських школах до 100% дітей з фізкультурного диспансеру. Серед багатьох видів спорту всі групи дітей надають перевагу футболу – 20,28% та легкій атлетиці – 8,28%.

З анамнезу встановлено, що на патологію органа зору у близьких родичів найчастіше вказують діти з виправної колонії (19,05%), найрідше – діти з міських шкіл (7,26%).

При аналізі записів медичних карт не було встановлено ніяких офтальмологічних діагнозів у дітей з виправної колонії. Проте у 30,48% випадків мало місце різного ступеня зниження гостроти зору. У дитячих інтернатах знижений зір констатовано у 53,98% дітей, а офтальмологічні діагнози лише у 11,06%. Серед дітей-спортсменів знижений зір мали 22,17% досліджуваних, офтальмопатологію – 11,32%. У сільських школах відповідно 7,77 і 2,14% дітей.

У міських школах найбільше виявлено дітей з міопією, гіперметропічним астигматизмом, спазмом акомодативної м'язової системи, змішаним астигматизмом – 6,57, 5,07, 3,00, 1,27% відповідно. Найрідше названу патологію виявлено у дітей з сільських шкіл, зокрема міопію у 0,27%, а гіперметропічного астигматизму, спазму акомодативної м'язової системи, змішаного астигматизму не виявлено. Проте у сільських школах виявлено 1,07% дітей з косоокістю, найменше таких було у фізкультурному диспансері – 0,16%.

Висновки

За результатами дослідження встановлено, що чим нижчий соціальний статус дітей тим частіше у них зустрічається патологія органу зору і тим рідше вона виявлена.

Список літератури

1. Волкова Л. П. О профилактике близорукости у детей // Вестник офтальмологии. – 2006. – № 2. – С 24–27.
2. Іпатов А. В., Боброва Н. Ф., Сердюченко В. І., Аліфанова Т. А. Дитяча інвалідність внаслідок патології органа зору // Офтальмологический журнал. – 2006. – № 4. – С 29–30.
3. Каеткина Е. В., Джемилева Н. Р. Структура врожденной патологии органа зрения // Міжнародна науково-практична конференція лікарів-офтальмологів України «Запобігання сліпоті у дітей в Україні в рамках виконання програми ВОЗ «Зір-2020». – Київ. – 2005. – С 119–121.
4. Риков С. О., Барінов Ю. В. Офтальмологічна допомога дитячому населенню України за 2006 рік // Офтальмологический журнал. – 2007. – № 4. – С 69–74.

Стаття надійшла до редакції: 19.03.2013

Л. В. Андрейчин

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ

Представлена социальная характеристика и результаты комплексного офтальмологического обследования детей.

Ключевые слова: дети, обследование, результаты.

L. V. Andreychin

RESULTS OF A COMPREHENSIVE OPHTHALMOLOGIC EXAMINATION OF CHILDREN

Represented the social characteristics and results of a comprehensive ophthalmologic examination of children.

Keywords: children, the survey results.

В. С. Бирюков

Одесский национальный медицинский университет

РЕФОРМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ОТ ОТРАСЛЕВОГО МЫШЛЕНИЯ К КЛАСТЕРНОМУ ПОДХОДУ

Настоящая работа посвящена анализу одного из возможных путей реализации плана по созданию конкурентоспособной отрасли здравоохранения в Украине.

Ключові слова: реформа здравоохранения, кластерный подход.

Последнее десятилетие развития национального здравоохранения характеризуется интенсивной разработкой принципиально новых отраслевых управленческих решений: принятием на вооружение концепции ВОЗ о трехуровневой системе оказания медицинской помощи и переходом первичного её звена к семейной медицине, развитием университетских клиник, принятием «Концепции качества» (2008 г.), внедрением института лицензирования и аккредитации лечебно-профилактических учреждений и другими инновациями.

К сожалению, эти меры не привели к ожидаемому результату. Данные международных аудитов и рейтинговых оценок состояния системы здравоохранения отражают удручающую картину на фоне увеличивающегося из года в год бюджетного финансирования отрасли.

Становится очевидным факт, что свежие инновационные идеи, как живые семена, не дают ожидаемых всходов на невосприимчивой к новизне существующей социо-экономической платформе здравоохранения. Необходима «рекультивация» парадигмы данной платформы. Таким образом, вопрос поиска новых детерминант в направлении реформ имеет системное значение, что и обуславливает актуальность данной темы.

Цель работы. Обоснование новой интеллектуальной модели дальнейшего развития национального здравоохранения, способной существенно повысить конкурентоспособность, результативность и эффективность медицинской помощи и медицинских услуг в нашей стране.

Материалы и методы

Металогической основой работы является системный и процессный подходы и их требования, отраженные в международных стандартах качества серии ИСО 9001:2008 [1].

Объектом исследования явились управленческие решения по усилению экономической конкурентоспособности отраслей и регионов различных стран, отраженных в рекомендациях международных организаций. Наше внимание

привлекла проводимая последовательно, на протяжении двух десятилетий, практика создания кластерных структур в ряде индустриальных и научных областей, которые существенно повысили престижность и конкурентоспособность предприятий и учреждений, входящих в состав данных кластеров.

Результаты и обсуждение

Кластерный подход, как новый вид менеджмента, требует освоения новых управленческих технологий. Его реализацией достигается отраслевое лидерство и высокая конкурентоспособность, как на уровне отдельного региона, так и государства в целом.

Начиная с 90-х годов прошлого столетия, специально для стран ЕС, экспертами ООН по промышленному развитию (UNIDO) были подготовлены рекомендации по разработке и внедрению программ развития кластеров. 21 января 2008 г. в Стокгольме, на Европейской президентской конференции по инновациям и кластерам, утвержден «Европейский кластерный Меморандум» [2].

В первой части вышеозначенного документа «Вызов для Европы в сфере инноваций: зачем нам нужны более сильные кластеры, основанные на инновациях и стремлении к совершенству?» дается исчерпывающее определение. «Кластеры – это региональные центры концентрации специализированных компаний и организаций, связанных друг с другом по многочисленным каналам, которые создают благоприятную среду для инноваций. Регионы, сочетающие на своей территории венчурный капитал, высокую квалификацию рабочей силы и высокую культуру научных исследований с сильными кластерными образованиями, имеют больше шансов стать кластерными центрами, в то время, как регионы без кластеров с изолированной научной базой рискуют оказаться среди отстающих. Глобализация увеличила потребность в синтезе сильной внутренней динамики отдельных кластеров и сильных связей с другими кластерами и рынками» [1, 2].

Сильными сторонами создания кластеров являются следующие факторы:

а) способность участников кластера более адекватно и быстрее реагировать на потребности рынка товаров или услуг; б) реальная возможность к внедрению нововведений; в) облегченный доступ участников кластера к новым технологиям; г) включение в инновационный процесс поставщиков и потребителей, а также предприятий других отраслей; д) уменьшение издержек на НИОКР за счет межфирменной кооперации [3].

В отличие от традиционных промышленных кластеров, инновационные кластеры представляют собой систему тесных взаимосвязей не только между фирмами, их поставщиками и клиентами, но и институтами знаний, среди которых крупные исследовательские центры и университеты, являясь генераторами новых знаний и инноваций, обеспечивают высокий образовательный уровень региона. По сути дела, в рамках кластера становится возможным выстраивание замкнутой технологической цепочки – от создания продукта до его производства и вывода на рынок.

Слабой стороной создания кластерной организации отрасли является отсутствие четкой государственной политики в области поддержки кластеров. Эта политика могла быть реализована разными подходами: а) в виде конкретной политики с четко определенной стратегией и выделенным бюджетом для ряда секторов развития кластеров; б) в виде политики, сфокусированной на некоторых аспектах развития кластеров: сетевые взаимодействия между бизнесом и исследовательскими организациями; в) в виде региональной политики, как элемента других стратегий экономического развития; г) в виде государственно-частного партнерства [4].

Насколько плодотворна идея кластеризации здравоохранения в нашей стране? Известно,

что ряд стран добились существенных успехов в создании т. н. био-технологических кластеров, объединяющих на взаимно заинтересованной основе фармацевтические предприятия, заводы медицинских изделий, медицинские учреждения и научно-педагогические кадры, ботехнологов, пищевую промышленность, санаторный и туристический бизнес. Успешная кластерная организация производства товаров или услуг отмечается в отраслях биотехнологии и биоресурсов (Нидерланды, Франция, Германия, Великобритания, Норвегия), в фармацевтике и косметике (Дания, Швеция, Франция, Италия, Германия) в здравоохранении (Швеция, Дания, Швейцария, Нидерланды) На рисунке 1 представлена предполагаемая структура биомедицинского кластера регионального значения.

Выводы

1. При формировании национальных инновационных систем целесообразно предварительное создание института грантообразующих фондов, поддерживающих кластерные инициативы: например, Национальное агентство планирования DATAR (Франция), Национальный совет по конкурентоспособности (США) и др.

2. Учитывая выраженность горизонтальных партнерских связей биомедицинских кластеров целесообразно создание специальных институтов, способных эффективно развивать и строить сетевые структуры, а также проводить их интернационализацию. К ним могут относиться центры экспертизы, консалтинговые, маркетингово-аналитические компании и др.

3. Неотъемлемой частью инфраструктурного обеспечения биомедицинских кластерных стратегий является создание бизнес-инкубаторов, технопарков, опирающихся на университетские клиники, являющиеся катализаторами образования биомедицинских кластеров.



Рис. 1. Общая схема многоядерного регионального биомедицинского кластера

Список литературы

1. ДСТУ ISO 9001-2001. Системи управління якістю. Основні положення та словник. – К.: Держстандарт України, 2001. – 33 с.
2. Европейський меморандум о кластерах. Поддержка инноваций в Европе с помощью кластеров: план для политической реализации www.biznes.od.ua/.../Klaster-memorandum.
3. Яценко А. А. Теоретические аспекты кластерного анализа в государственном управлении регионального развития / А. А. Яценко // Экономика Крыма – № 1 (34). – 2011. – С. 93–103.
4. Куценко Е. С. Кластеры в экономике: практика выявления. Обобщение зарубежного опыта. / Е. С. Куценко // ОБОЗРЕВАТЕЛЬ-OBSERVER. – № 9. – 2010. – С. 109–126.

Стаття надійшла до редакції: 04.03.2013

В. С. Бірюков

Одеський національний медичний університет

РЕФОРМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ВІД ГАЛУЗЕВОГО МИСЛЕННЯ ДО КЛАСТЕРНОГО ПІДХОДУ

Робота присвячена аналізу одного з можливих шляхів реалізації плану зі створення конкурентоспроможної галузі охорони здоров'я в Україні.

Ключові слова: реформа охорони здоров'я, кластерний підхід.

V. S. Biryukov

Odessa State Medical University

HEALTH CARE REFORM: FROM INDUSTRY THOUGHT TO THE CLUSTER APPROACH

The paper contains an analysis of one of the possible ways to implement the plan to create a competitive health care industry in Ukraine.

Keywords: health care reform, the cluster approach.

І. Г. Бібик

ДЗ «Запорізька державна академія післядипломної освіти МОЗ України»

ОБГРУНТУВАННЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З РОЗЛАДАМИ ПСИХІКИ І ПОВЕДІНКИ ЛІКАРЯМИ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ/СІМЕЙНИМИ ЛІКАРЯМИ НА ПЕРВИННОМУ РІВНІ

За результатами соціологічного дослідження визначити перспективи надання медичної допомоги хворим із розладами психіки і поведінки лікарем загальної практики/сімейним лікарем на первинному рівні.

Ключові слова: соціологічне дослідження, лікар загальної практики/сімейний лікар, первинна медико-санітарна допомога, сімейна медицина, реформа системи охороною здоров'я.

Проблема реформування медичної галузі, турбує багато країн світу, і це не дивно, адже в усіх розвинутих країнах на ПМСД припадає 80–90% пацієнтів, які отримують медичну допомогу [2]. Незважаючи на різноманітність форм організації медичної допомоги, сьогодні немає жодної країни, яка була б повністю задоволена власною охороною здоров'я. Взагалі не існує досконалої системи надання медичних послуг. Якщо така система існувала, то кожен міг би наслідувати їй. Скрізь системи перебувають у стані постійного розвитку, оскільки вони відображають зміни в потребах по догляду, зміни захворюваності та економічної ситуації.

На сьогоднішній день система охорони здоров'я України перебуває в стадії активного реформування. Прийнятий Закон України «Про загальнодержавну програму розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2011 року», Закон України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я, щодо надання медичної допомоги», а також Закон України від 07.07.2011р. № 3612-VI «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій та м. Києві», свідчить саме про це [3–5]. Згідно наказу МОЗ України від 01.02.2012 р. № 69 «Про затвердження Плану виконання завдань на 2012 рік щодо реалізації Програми економічних реформ на 2010–2014 рр. «Заможне суспільство, конкурентноспроможна економіка, ефективна держава»» розпочато впровадження ПМСД, а саме створення ЦПМСД не тільки в пілотних регіонах, а також в інших областях України [6]. ПМСД на засадах сімейної медицини, включає в себе надання допомоги як хірургічного, акушерсько-гінекологічного так і терапевтичного профілю, а також інших профілів. Особливістю ПМСД є те,

що первинний контакт пацієнта з системою охорони здоров'я відбувається саме через ЛЗП/СЛ, який обслуговує різні вікові групи. За визначенням Всесвітньої асоціації сімейних лікарів (WONCA) сімейний лікар є спеціалістом, який надає необхідну первинну медико-санітарну допомогу всім членам сім'ї, незалежно від віку, статі, характеру захворювання, з урахуванням психологічних, соціальних, культурних та особливостей пацієнта і сім'ї [7]. Слід відмітити, що запровадження ПМСД на засадах сімейної медицини супроводжується не тільки раннім виявленням хвороб, покращенням профілактичної роботи, а також направленням пацієнта, за необхідністю до лікарів вузьких спеціальностей [1, 8]. За дослідженнями ВООЗ було встановлено, що в більшості країн Європейського Союзу (не включаючи країни Південно-Східної Європи та нових незалежних держав) ЛЗП/СЛ можуть впоратися з найбільш поширеними проблемами психічного здоров'я. Згідно отриманих даних встановлено, що 74% ЛЗП/СЛ виявляють хворих з важкими і стійкими психічними розладами, 52% ЛЗП/СЛ діагностують такі захворювання, а 40% ЛЗП/СЛ надають лікування таким хворим [9]. ЛЗП/СЛ відіграють важливу роль у виявленні, діагностиці та направлення хворих на важкі психічні розлади, але і в більшості країн, вони очікують, що надавати лікування будуть фахівці в галузі психічного здоров'я, тобто ЛП, а сам ЛЗП/СЛ буде відігравати допоміжну роль.

Мета роботи. За результатами соціологічного дослідження визначити перспективи надання медичної допомоги хворим із розладами психіки і поведінки лікарем загальної практики/сімейним лікарем на первинному рівні та обґрунтувати надання медичної допомоги хворим з розладами психіки і поведінки лікарями загальної практики/сімейними лікарями на первинному рівні.

Матеріали та методи

За допомогою спеціально розроблених анкет «Соціологічне дослідження перспектив розвитку надання психіатричної допомоги на первинному рівні» було проведено опитування серед лікарів загальної практики/сімейних лікарів, а також ті які проходили первинну спеціалізацію за спеціальністю лікар загальної практики/сімейний лікар і до цього працювали терапевтом в первинній ланці системи охорони здоров'я України. В опитуванні приймали участь 171 лікар загальної практики/сімейний лікар, в тому числі 31 чоловік та 140 жінок. Анкета для лікарів загальної практики/сімейних лікарів складалась з 16 питань. В роботі використано соціологічний та медико-статистичний методи дослідження

Результати та обговорення

В опитуванні приймали участь ЛЗП/СЛ, які працюють в м. Запоріжжя та Запорізької області, а також ті які проходили первинну спеціалізацію за спеціальністю лікар загальної практики/сімейний лікар і до цього працювали терапевтом в первинній ланці системи охорони здоров'я України. Вік респондентів від 25 до 70 років. За спеціальністю ЛЗП/СЛ або лікар-терапевт без категорії працюють 26,3±3,3% (45 осіб), мають 2 кваліфікаційну категорію – 12,9±2,6% (22 особи), 1 категорію – 46,8±3,8% (80 осіб) та вищу – 15,2±2,7% (26 осіб). Стаж роботи ЛЗП/СЛ або терапевтом в первинній ланці системи охорони здоров'я до 5 років – 26,9±3,4% (46 осіб), 5–9 років – 25,7±3,3% (44 особи) та більше 10 років – 47,4±3,8% (81 особа). В межах дослідження було вивчено думку ЛЗП/СЛ чи повинен він консультувати хворих з розладами психіки і поведінки, 42,1±3,8% (72 особа) опитаних відповіли, що ЛЗП/СЛ повинен консультувати таких хворих, а 57,9±3,8% (99 осіб) вважають, що не повинен. Також із 171 опитаних респондентів лише 25 осіб (14,6±2,7%) готові на даний час надавати допомогу хворим з розладами психіки і поведінки, а 146 (85,4±2,7%) опитаних не готові надавати медичну допомогу таким хворим. В результаті дослідження було встановлено, що більшості ЛЗП/СЛ доводилось виставляти діагноз хворим з психічними розладами – 74,9±3,3% (128 осіб) з опитаних, і лише 25,1±3,3% (43 особи) відповіли, що їм не доводилось виставляти діагноз таким хворим. Частота звертання пацієнтів з розладами психіки та поведінки виглядає таким чином: щоденно – 7,6±2% (13 осіб), 3 рази на тиждень – 2,9±1,3% (5 осіб), 1 раз на тиждень – 22,2±3,2% (38 осіб), 1 раз на 2 тижня – 12,9±2,4% (22 особи), 1 раз на місяць – 44,5±3,8% (76 осіб), ніколи не звертались – 9,9±2,3% (17 осіб). Об'єм медичної допомоги, яку надавали ЛЗП/СЛ хворим з розладами

психіки і поведінки: консультування з виставленням діагнозу та призначенням лікування – 2,3±1,1% (4 особи), консультування та направлення до лікаря-психіатра – 60,8±3,7% (104 особи), направлення до лікаря-психіатра без консультації – 15,2±2,7% (26 осіб), консультування та направлення до лікаря-невролога – 13,5±2,6% (23 особа), консультування та направлення до медичного психолога – 3,5±1,4% (6 осіб), таких хворих не консультував – 9,9±2,3% (17 осіб). На питання в якому обсязі на даний момент Ви готові надавати медичну допомогу хворим із розладами психіки і поведінки – 67,8±3,6% (116 осіб) відповіли, що тільки консультування, без виставлення діагнозу; 18,7±2,9% (32 особи) – консультування, виставлення діагнозу; 1,8±1% (3 особи) готові консультувати, виставляти діагноз, проводити амбулаторне лікування та лікування на денному стаціонарі самостійно, без участі лікаря-психіатра; 9,9±2,3% (17 осіб) можуть консультувати, виставляти діагноз, амбулаторно лікувати та лікувати на денному стаціонарі, але разом з лікарем-психіатром; 1,8±1% (3 особи) вважають, що можуть самостійно проводити сеанси психореабілітації. На думку ЛЗП/СЛ медична допомога повинна надаватися хворим з розладами психіки і поведінки на первинному рівні в такому об'ємі: тільки консультування без виставлення діагнозу та направлення до психіатра – 49,7±3,8% (85 осіб); консультування, виставлення діагнозу та направлення до психіатра – 29,8±3,5% (51 особа); консультування, виставлення діагнозу, амбулаторне лікування та лікування на денному стаціонарі ЛЗП/СЛ самостійно – 1,8±1% (3 особи); консультування, виставлення діагнозу, амбулаторне лікування та лікування на денному стаціонарі ЛЗП/СЛ разом з лікарем психіатром – 4,1±1,5% (7 осіб); взагалі не повинна надаватися такого виду допомога ЛЗП/СЛ – 14,6±2,7% (24 особи). На питання чи готові Ви пройти навчання з психіатричної допомоги 68,4±3,5% (117 осіб) відповіли позитивно і лише 31,6±3,5% (54 особи) не вважають, що їм потрібно проходити навчання з психіатрії. В межах дослідження було встановлено, що лише 18,1±2,9% (31 особа) з опитаних готові взяти на себе функцію допомоги населенню при порушеннях психіки та поведінки, а 81,9±2,9% (140 осіб) дали негативну відповідь.

Висновки

1. Пацієнти з розладами психіки і поведінки звертаються за допомогою до лікарів загальної практики/сімейних лікарів частіше ніж раз на місяць. В більшості випадків 60,8±3,7% вони надають допомогу хворим з розладами психіки і поведінки у вигляді консультування та направлення до лікаря-психіатра.
2. На думку 42,1±3,8% опитаних медична до-

помога на первинному рівні хворим на розлади психіки та поведінки повинна надаватись лікарями загальної практики/сімейними лікарями та 49,7±3,8% з них вважає, що тільки у вигляді консультивання без виставлення діагнозу, вони очікують, що надавати лікування будуть лікарі-психіатри. На сьогоднішній день 81,9±2,6% лікарів загальної практики/сімейних лікарів не готові взяти на себе функцію допомоги населенню при порушеннях психіки та поведінки, але 68,4±3,5% опитаних охоче пройде підготовку по психіатрії.

3. При правильній розробці навчальної про-

грами та чіткому розподілу функціональних обов'язків щодо надання медичної допомоги лікарями загальної практики/сімейними лікарями хворим на психічні розлади можлива успішна інтеграція психіатричної служби в загальну практику охорони здоров'я.

4. В подальшому розробити та впровадити шляхи взаємодії лікаря загальної практики/сімейного лікаря і лікаря-психіатра в медичну практику Запорізької області направлену на підняття рівня якості та доступності надання медичної допомоги хворим з розладами психіки і поведінки на первинному рівні.

Список літератури

1. Білецький С. В., Бойко В. В., Крикливець Л. Г. Етапи й попередні результати впровадження сімейної медицини в поліклініці № 3 м. Чернівців // Сімейна медицина. – 2011 – № 3, с. 25–27
2. Гиріна О. М., Сірик В. О., Горобець Н. М., Калужа Т. І. Доцільність реформування амбулаторно-поліклінічної системи та переходу до практики сімейного обслуговування населення. // Сімейна медицина – 2010. – № 3, с. 8–10
3. Електронний ресурс: <http://www.moz.gov.ua> Закон України « Про загальнодержавну програму розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2011 року».
4. Електронний ресурс: <http://www.moz.gov.ua> Закон України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я, щодо надання медичної допомоги».
5. Електронний ресурс: <http://www.moz.gov.ua> Закон України від 07.07.2011р. № 3612-VI «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій та м. Києві»
6. Електронний ресурс: <http://www.moz.gov.ua> Наказ МОЗ України від 01.02.2012 р. № 69 « Про затвердження Плану виконання завдань на 2012 рік щодо реалізації Програми економічних реформ на 2010–2014 рр. «Заможне суспільство, конкурентно-спроможна економіка, ефективна держава»».
7. Електронний ресурс: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents>. The European definition of General Practice/Family Medicine . WONCA EUROPE 2011 Edition.
8. Міжгалузєва комплексна програма «Здоров'я нації» / за ред. В. М. Князевича, Г. О. Слабкого; МОЗ України, УІСД. – К., 2009. – 137 с.
9. What is primary care mental health? // Mental Health Family Medicine.

Стаття надійшла до редакції 28.02.2013

И. Г. Бибык

ГУ «Запорожская государственная академия последипломного образования МЗ Украины»

ОБОСНОВАНИЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С РАССТРОЙСТВАМИ ПСИХИКИ И ПОВЕДЕНИЯ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ/СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ НА ПЕРВИЧНОМ УРОВНЕ

По результатам социологического исследования определить перспективы оказания медицинской помощи больным с расстройствами психики и поведения врачом общей практики/семейным врачом на первичном уровне.

Ключевые слова: социологическое исследование, врач общей практики/семейный врач, первичная медико-санитарная помощь, семейная медицина, реформа системы здравоохранением.

I. G. Bibyk

SI "Zaporozhye State Academy of Postgraduate Education Ministry of Health of Ukraine"

THE RATIONALE FOR PROVIDING MEDICAL CARE TO PATIENTS FROM MENTAL DISORDER AND BEHAVIOR OF GENERAL PRACTITIONERS/FAMILY PHYSICIANS AT THE PRIMARY LEVEL

A sociological study to determine the prospects of providing medical care to patients with mental disorders and behavioral General Practitioner/family doctor at the primary level.

Keywords: case study, a general practitioner/family physician, primary health care, family medicine, health care reform.

В. С. Василик

Вінницький національний медичний університет

СУЧАСНІ ЕФЕКТИВНІ ЗАХОДИ З ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ У ШКОЛАХ МІСТА ВІННИЦІ

Ціннісні орієнтації щодо збереження власного здоров'я покращились в обох школах, що свідчить про ефективність валеологічних заходів при проведенні занять у школах.

Ключові слова: здоровий спосіб життя, шкідливі звички, превентивні програми.

З моменту прийняття Оттавської Хартії виникла проблема втілення її положень і принципів у практику формування здорового способу життя (ФЗСЖ) в різних країнах світу. Численні дослідження довели необхідність розробки певної методології ФЗСЖ, яка була б в змозі слугувати показником, що визначає алгоритм ФЗСЖ у загальному вигляді, тобто визначати порядок дій щодо обґрунтування, планування і оцінки ефективності заходів ФЗСЖ. З багатьох наукових доробок сучасної теорії ФЗСЖ найбільш повно характеризують її методологічні засади чотири моделі: модель концептуально-філософського рівня, загальна модель планування та оцінки здорового способу життя; модель методичного підходу до планування заходів ФЗСЖ, модель прикладного рівня [1, 2]

Розвиток особистих навичок є стратегією збільшення можливостей людей щодо сприятливого вибору – формування життєвих компетенцій. Наприклад, ФЗСЖ широко ініціюють спеціальні шкільні програми, які навчають молодь протидіяти негативним соціальним явищам (спокусам матеріального або сексуального характеру, фізичного і психічного тиску старших тощо). У цих програмах важливий чинник якомога ширшого використання принципу партнерства. Це одна з найважливіших умов успішної реалізації проектів ФЗСЖ. У даний час програми навчання здоров'ю тільки вступили в реалізацію. Тому метою нашого дослідження було-вивчення ефективності впровадження у школах міста Вінниці профілактично-освітніх програм.

Матеріали та методи

При проведенні експерименту були відібрані випадковим шляхом 2 групи школярів віком 12–16 років, які є жителями міста Вінниці і навчаються у школах. Перша група – це підлітки, які займають у школі-родині № 3, яка є експериментальним майданчиком і декілька років працює за ВООЗ програмою «Європейська мережа шкіл

сприяння здоров'ю» (21 особа за рівною гендерною ознакою: 10 дівчат і 11 хлопців) і друга група – підлітки школи № 2, які займаються за програмою ПРООН-ЮНЕЙДС «Сприяння просвітницькій роботі «рівний-рівному» серед молоді України щодо формування здорового способу життя» (21 особа за рівною гендерною ознакою: 10 дівчат і 11 хлопців) Навчання за програмою «рівний-рівному» проводилось у вигляді інтерактивних тренінгів. Програма розроблена спільно з Міністерством освіти України і дозволяє отримати інформацію щодо самозберігаючої поведінки. Ми оцінювали ефективність програм за результатами зміни ризикової поведінки, ціннісних орієнтацій щодо здоров'я, рівня поінформованості про здоровий спосіб життя (ЗСЖ), рівень комунікативних навичок. Нами був розроблений опитувальник у співпраці з експертною комісією у складі психологів і координатора програми «Сприяння просвітницькій роботі рівний-рівному щодо формування ЗСЖ серед молоді». Результати отримувались шляхом проведення анонімного медико-соціологічного опитування номінальних і фокусних груп. Всі без винятку обстежені рандомізованої експериментальної групи приймали активну участь у реалізації програми.

При проведенні квазі-експериментального рандомізованого дослідження для вивчення ефективності превентивних освітніх інтервенцій розрахунок вибірки проводився наступним чином: спочатку ми проаналізували необхідний розмір вибірки за умови наявності лише експериментальної групи, враховуючи квазі-експериментальний характер дослідження та паралельний дизайн до/після. А саме в якості тесту ми використали апроксимацію Мак-Ньюмара щодо двох пов'язаних пропорцій. З огляду на епідеміологічні дані основна гіпотеза стверджувала зменшення інтенсивності паління в основній групі на 15–20% за існуючого рівня 20–25%. За потужності 90% для квазі-експериментальних досліджень розмір вибірки становить 21 особа.

Психолог проводив пре-тестове опитування до

дії профілактичних втручань і пост-тестове опитування після профілактичних втручань. У школі № 3 пре-тест-2010 рік, а пост-тест-2012 рік. У школі № 2 пре-тест – у 2010 році, а пост-тест – у 2012 році. У школі № 3 у рамках програми «Європейська мережа шкіл сприяння здоров'ю» проводились валеології, валеосемінари, всі учні задіяні у гурткової роботі з написання творів, рефератів щодо своєї власної моделі формування ЗСЖ в умовах школи. Крім того, у школі діє оздоровчий центр, проводяться додаткові уроки з фізичної культури, застосовані всі технології здоров'язбереження у навчальному процесі: фізкультпаузи, релаксаційні заходи, діє лекторій гігієнічного навчання з питань збереження здоров'я, розрахований для батьків, учнів та вчителів.

Нами відібрана контрольна група серед школярів віком 12–16 років у кількості 100 осіб (50 хлопців і 50 дівчат), які не задіяні у програмах і навчаються у школі № 32. Вивчали особливості поведінки, ціннісні орієнтації при дворазовому опитування у динаміці 2-х років за розробленою анкетною, що використана і у експериментальній групі.

Порівняння особливості поведінки проводилось у контрольній групі і серед підлітків, які навчаються у школі № 3 – перша експериментальна група.

Результати та обговорення

Окремі особливості поведінки були такими: відвідували спортивні секції у позанавчальні години на базовому рівні у контрольній групі 57,3±3,4% , а у основній групі на базовому рівні – 50,0±3,7% ($p>0,05$). Після виконання програми у основній групі відбулась зміна до 78,6±3,3% ($p<0,05$), а у контрольній групі зростання до 59,0±3,9% ($p>0,05$). Проведення профілактичних втручань сприяло підвищенню активності щодо виконання програм фізичної культури серед учнів статистично достовірно.

На базовому рівні проводились заходи оздоровлення у групі контролю 61,0±3,9% школярів підліткового віку і у основній 66,1±3,8% ($p>0,05$), а після проведення превентивної роботи збільшення таких у експериментальній групі до 72,0±3,7% ($p>0,05$), у контрольній групі до 63,8±3,9% ($p>0,05$).

Перевагу що віддається активному відпочинку у групі контролю на базовому рівні становило 41,6±4,0% школярів віком 12–16 років і у групі експерименту 40,2±4,0% ($p>0,05$). Пост-тест склав у групі контролю 66,6±2,4% ($p<0,05$) і у групі експерименту 89,8±2,2% ($p<0,01$), що є достовірною різницею у групі експерименту і свідчить про зміну відношення підлітків до способу життя і залучення до активного відпочинку.

Вживали алкоголь на базовому рівні 68,7±3,4% у основній групі і у групі контролю

68,0±4,0% підлітків ($p>0,05$). Після проведеної роботи у рамках програми вживали алкоголь у основній групі лише 60,0±4,0% ($p>0,05$), а у групі контролю 81,0±3,2% ($p<0,05$). Після превентивних втручань збільшення осіб, що вживають алкоголь не відбулося, хоча і статистично достовірного зменшення, вживаючих алкоголь не спостерігалось.

Аналіз ризикової поведінки щодо паління свідчить про достовірне зменшення курців у групі експерименту після проведених заходів і дії програми з 33,0±3,8% до 18,3±2,2% ($p<0,05$). Базовий рівень контролю 31,1±4,0% і у експериментальній групі підлітків – 33,0±3,8% ($p>0,05$), а після програми пост-тест склав у експериментальній групі 18,3±2,2% ($p<0,05$), а у контрольній групі 56,0±4,0% ($p<0,05$) (рис. 1).

До початку заходів з навчання здоров'ю приймали психоактивні речовини, за даними опитування, у контролі 8,6±2,2% школярів 5–11 класів і у групі експерименту 5,3±1,8% таких ($p>0,05$). Після опитування, тих хто вживає психоактивні речовини у контролі показник дорівнював 7,7±2,1% ($p>0,05$), а у експериментальній групі пост-тест склав 4,0±1,6% ($p>0,05$). Зміна поведінки стосовно вживання психоактивних речовин не суттєва у експериментальній групі. Отже, проведені заходи не змогли повністю забезпечити бажані результати.

Аналізуючи формування комунікативних навичок після реалізації програми виявлено зменшення конфліктів у родині у групі експерименту з 34,8±3,8% випадків до 8,6±2,2% ($p<0,05$), а у групі контролю зменшення конфліктів з 36,0±4,0% до 35,2±2,9% ($p>0,05$).

Отже, у групі, де проводились тренінги виявлено статистично суттєве формування комунікативних навичок.

Проведено опитування батьків у фокус-групах (50 осіб) у школі, де триває превентивна робота серед школярів у рамках ВООЗ програми «Європейська мережа шкіл сприяння здоров'ю». Виявлено, що 87,8% батьків задоволені стосунками між вчителями і дітьми, 65,0% – рівнем успішності своїх дітей. Серед вчителів, які займаються у школах здоров'я за цією ж програмою у різних регіонах Вінницької області, оцінювали рівень стресу за методикою Рідера (50 опитаних) і доведено, що високий рівень стресу мав місце лише у 2,2 % опитаних. Вчителі у 87,8 % задоволені результатами роботи програми.

Опитування самозберігаючої поведінки підлітків в загальноосвітній школі № 3, де проводилось валеологічне навчання в рамках програми «Європейська мережа шкіл сприяння здоров'ю» показало такі результати: зміна ризикової поведінки – статистично вірогідно зменшення паління, зменшення прийому психоактивних речовин серед підлітків експериментальної групи ($p>0,05$). Після проведених заходів, при навчанні у ново-

створених умовах збереження здоров'я школярів збільшилася кількість учнів, які дотримуються ЗСЖ. Отримані дані свідчать про позитивне напруження програми, що забезпечило збільшення поінформованості, зміну ціннісних орієнтацій стосовно збереження свого здоров'я. Створена система та модель доводить ефективність свого застосування на регіональному рівні.

Навчання за програмою «рівний-рівному» проводилось у вигляді інтерактивних тренінгів у цільових групах загальноосвітньої школи № 2. За результатами опитування виявлено: збільшення % осіб, які ведуть здоровий спосіб життя і мають безпечну поведінку.

На базовому рівні у групі експерименту вживали психоактивні речовини $5,3 \pm 1,8\%$, у контрольній групі – $8,6 \pm 2,2\%$ ($p > 0,05$). Пост-тест склав у експериментальній групі – 0% ($p < 0,05$), у контролі – $7,7 \pm 2,1\%$ ($p > 0,05$). Статистично достовірно зменшилась кількість підлітків, які вживають психоактивні речовини у групі, які проходили навчання за програмою.

Вживали алкоголь більше 1 разу на місяць у групі експерименту $65,7 \pm 3,8\%$ до програми і $53,0 \pm 4,0\%$ після проведення програми ($p > 0,05$). Відбулось незначне, але зменшення показника. У контрольній групі збільшення було стійке, достовірне. На базовому рівні $68,0 \pm 4,0\%$ вживали алкоголь і після опитування – $81,0 \pm 3,2\%$ ($p < 0,05$).

Активними курцями на базовому рівні у контрольній групі були $31,1 \pm 4,0\%$ школярів віком 12–16 років, а у експерименті $32,0 \pm 4,0\%$ ($p > 0,05$). Після проведення програми у контролі зростання курців досягло $56,0 \pm 4,0\%$ ($p < 0,05$) і у групі експерименту зниження суттєве до $17,0 \pm 2,0\%$ ($p < 0,05$) (рис. 2).

Відмічається значне подолання конфліктів у сім'ях ($p < 0,05$). У групі тих, з ким проводились інтерактивні тренінги на базовому рівні конфлікти відмічені серед $34,8 \pm 3,8\%$ учнів, у групі контролю у $36,0 \pm 4,0\%$ ($p > 0,05$). Після профілак-

тичних інтервенцій у експериментальній групі зменшились конфлікти до $5,0 \pm 1,7\%$ ($p < 0,01$), після опитування пост-тест у контрольній групі склав $35,2 \pm 2,9\%$ ($p > 0,05$). Це пояснюється тим, що в програмі є окремий модуль: «Спілкуємось та діємо», що навчає навичкам міжособистісного спілкування, навикам поваги один до одного, вирішенню конфліктів.

За даними опитування, кількість учнів 12–16 років, які відвідують спортивні секції у групі експерименту на базовому рівні склала $50,0 \pm 4,0\%$, у групі контролю $51,0 \pm 2,4\%$ ($p < 0,05$). Після тренінгів у експериментальній групі кількість школярів, які відвідують спортивні секції зростає до $57,3 \pm 4,0\%$ ($p > 0,05$), у контрольній групі зменшення до $59,0 \pm 3,9\%$ ($p < 0,05$). Проведення заходів активного відпочинку збільшилось у групі експерименту, але не статистично достовірно: базовий рівень $40,2 \pm 4,0\%$ і пост-тест $60,6 \pm 3,9\%$ ($p < 0,05$). У контрольній групі зміна з $51,6 \pm 4,0\%$ до $56,6 \pm 3,8\%$ ($p > 0,05$).

Висновок

Ціннісні орієнтації щодо збереження власного здоров'я покращились в обох школах, що свідчить про ефективність валеологічних заходів при проведенні занять у школах. Збільшилась кількість тих, хто проводить заходи оздоровлення у другій експериментальній групі з базового рівня $66,1 \pm 3,8\%$ до $79,0 \pm 3,3\%$ ($p < 0,05$), у групі контролю кількість таких за рік збільшилась з $61,0 \pm 3,9\%$ до $68,8 \pm 3,9\%$ ($p < 0,05$). Порівнюючи поведінку у підлітків, що займались за методом «рівний-рівному» з контрольною групою школярів ЗОШ № 32 виявлено, що після проведення тренінгів підлітки у експериментальній групі статистично вірогідно менше палять, вживають психоактивні речовини, більше часу займаються фізичною культурою в позанавчальні години, мають менше конфліктів з оточуючими і в сім'ї ($p < 0,05$).

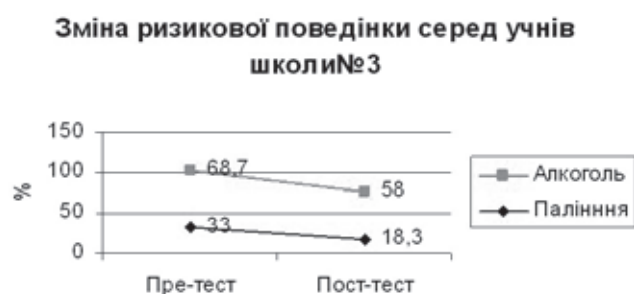


Рис. 1. Зміна ризикової поведінки серед учнів школи № 3 (у %)

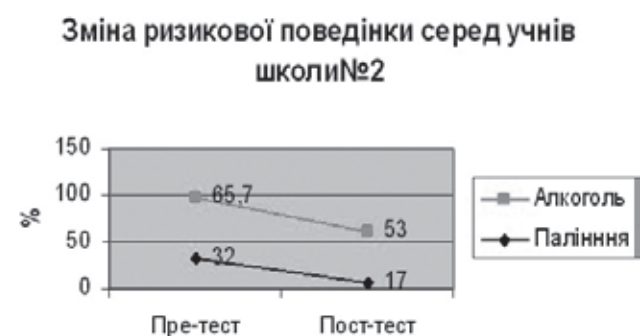


Рис. 2. Зміна ризикової поведінки серед учнів школи № 2

Список літератури

1. Чайнова В. Н. Роль воспитательных практик в формировании здорового образа жизни подростков / В. Н. Чайнова, А. Ю. Березанцев // Общественное здоровье и профилактика заболеваний. – 2006. – № 4. – С. 39–40.
2. Чечельницкая С. М. Возможности воспитания ответственного поведения в отношении собственного здоровья в школе. Программа «Правильный выбор» // Социальная профилактика и здоровье. – № 2. – 2006. – С. 28–35.

Стаття надійшла до редакції 21.02.2013

V. S. Vasylyk

Vinnitskyi nationalnyi medycynskiy universytet

СОВРЕМЕННЫЕ ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В ШКОЛАХ ГОРОДА ВИННИЦЫ

Ценностные ориентации по сохранению собственного здоровья улучшились в обеих школах, что свидетельствует про эффективность валеологических мероприятий при проведении занятий в школах.

Ключові слова: здоровый образ жизни, вредные привычки, превентивные программы.

V. S. Vasylyk

Vinnitsa National Medical University

MODERN AND EFFECTIVE MEASURES TO PROMOTE HEALTHY LIFESTYLES IN SCHOOLS OF VINNITSA

Valuables with the health maintenance improved in both schools demonstrating the effectiveness of valeologic activities during school hours.

Keywords: healthy lifestyle, habits, preventive programs.

В. С. Василук

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

СТАЦІОНАРНА ДОПОМОГА НАСЕЛЕННЮ ОБЛАСТІ: ПІДСУМКИ РОБОТИ СТАЦІОНАРІВ, ПЕРСПЕКТИВИ ОПТИМІЗАЦІЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Проведений аналіз роботи стаціонарних відділень медичних закладів Вінницької області та розглянуто перспективи оптимізації їх діяльності.

Ключові слова: стаціонарна допомога, реформування.

Як зазначено у «Програмі економічних реформ України на 2010–2014 роки», чинна система охорони здоров'я не забезпечує рівного безкоштовного доступу населення до якісних медичних послуг. Відомча медицина (з обмеженим доступом) ускладнює досягнення мети рівного доступу до медичних послуг охорони здоров'я. не забезпечується ефективний захист населення від ризиків, пов'язаних з витратами на медичну допомогу» [2].

Видатки на охорону здоров'я у державному бюджеті 2010 року становлять 3,65% (у США 13,6% ВВП, у Швеції – до 12%, Німеччині, Норвегії – 9,0%, Франції – 10% ВВП). За рештою показників видатків на охорону здоров'я ми також відстаємо від більшості країн ЄС: вартість 1-го ліжка-дня у США складає понад 600\$, у країнах Західної Європи – 200–300\$, Балтії – 50\$, Російській Федерації – 15\$, в Україні – 8\$ [1, 2]. Таке істотне відставання супроводжується значною незбалансованістю структури медичної допомоги, істотним перевищенням рівня забезпеченості населення лікарнями і ліжками. За даними ВООЗ, кількість лікарень на 100 тис. населення, рекомендована регіональним бюро ВООЗ складає 3,1, тоді як в Україні – 5,4, а у Вінницькій області – 6,6. Забезпеченість населення лікарнями ліжками становить 55,0, вітчизняна – 86,6, обласна – 82,0 на 10 тис. населення, середня тривалість перебування хворого у стаціонарі у країнах ЄС – 9,2 дня, в Україні – 12,7 дня, в регіоні – 12,1 дня, такий показник, як рівень госпіталізації населення європейських країн складає 18,0 на 100 жителів проти 22,4 в Україні та 23,4 у Вінницькій області. Крім беззаперечних досягнень, стан сучасної стаціонарної допомоги, характеризують також негативні тенденції, провідними з яких є невідповідність сучасним потребам потужності ліжкового фонду, недостатній, а іноді деформований рівень забезпеченості лікувально – діагностичним обладнанням, що призводить до нераціонального використання наявних ресурсів, не дозволяє в повній мірі реа-

лізувати можливості сучасної охорони здоров'я. Експертні дослідження засвідчують, що в стаціонари госпіталізується від 30 до 50% пацієнтів, які не вимагають госпітального лікування, а при оптимальній організації медичної допомоги можуть бути проліковані у амбулаторно-поліклінічних закладах. Таким чином, володіючи значно меншими фінансовими ресурсами, ми спрямовуємо їх у найбільш затратний сектор охорони здоров'я, а за умов не завжди обґрунтованої госпіталізації кошти практично розпоршуються, і дійсно «складний» пацієнт змушений лікуватись на згаданих 8\$. Тому сьогодні із ще більшою гостротою постає питання про необхідність переходу від екстенсивно орієнтованої, з кошторисним фінансуванням видатків охорони здоров'я до інтенсивних моделей її розвитку, економічних методів управління, ефективної структури галузі.

Матеріали і методи: проаналізовано діяльність медичних закладів Вінницької області з експертною оцінкою провідних фахівців. Використаний статистичний метод і метод експертних оцінок.

Результати та обговорення

За даними річного звіту ліжковий фонд області на кінець 2010 року становить 13506 ліжок. За рік відбулось скорочення ліжкового фонду на 59 ліжок, що істотно не вплинуло на рівень забезпеченості ліжками – 82,15 на 10 тис. населення, що вище затвердженого нормативу (80,0 та для районів області – 53,0 на 10 тис. нас.). Для приведення у відповідність до економічно обґрунтованого нормативу необхідно додатково скоротити 2,6% наявних потужностей, або 358 ліжок (табл. 1).

Забезпеченість ліжками відповідає нормативу у Барському, Вінницькому, Калинівському, Крижопільському районах. вищою залишається в Чечельницькому, Погребищенському, Муровано-Куриловецькому районах та м. Лади-

жині, у яких навіть за показником загальних обсягів фінансування залишаються не профінансованими від 15 до 10% ліжкового фонду.

За даними статистичних звітів у 2010 році стабільно високим залишається показник госпіталізації – на рівні 23,4 на 100 мешканців, узагальнений показник роботи ліжка перебуває в межах нормативу і складає 344,10. В нормативному режимі працювали ліжка у 13-ти районах області. Як засвідчив подальший аналіз, залишається низькою робота ліжка у Бершадському, Іллінецькому, Літинському, Томашпільському, Тульчинському, Тиврівському, Шаргородському районах (від 291,5 до 332,38). Зберігається відмінність показників роботи спеціалізованих ліжок за окремими профілями як в бік недовантаження, так і перевантаження у більшості закладів. Це також свідчить про неефективність використання бюджетних коштів: за так би мовити «перевантаженими» профілями ліжок лікувально – діагностичний процес фактично недофінансовано, у решти – внаслідок простою ліжка порушені нормативи фінансового забезпечення.

Середні строки лікування хворих по області залишилися на попередньому рівні і становлять – 11,75 днів (у 2009 році 11,96 днів). За 2010 рік у стаціонарах лікувальних закладів області проліковано 385477 пацієнтів, в тому числі близько 75 тис. дітей до 17 років. В структурі госпіталізованої патології дорослого населення переважають хвороби системи кровообігу (23,5%), органів дихання (9,8%), травлення (8,4%), зовнішні причини (7,5%). Серед захворювань, що призвели до госпіталізації дітей віком до 17 років, найбільша питома частка хвороб органів дихання (майже 50%) і травлення (10%). Показник летальності за звітний рік склав 0,8 серед дорослих госпіталізованих, 0,2 – серед дітей. Найвищі рівні летальності у дорослих – за класами хвороби системи кровообігу. Середній термін перебування хворого на ліжку склав 12,4 дн. (дорослі), 9,2 дн. (діти).

У звітному році зареєстрована позитивна динаміка ряду показників хірургічної служби регіону. Порівняно з минулорічним періодом зросли

обсяги оперативних втручань населенню області з 609,62 до 620,3 на 10 тис. населення. зменшились показники післяопераційної летальності (0,28%), в тому числі внаслідок ургентних операцій (1,26%). **Хірургічна активність** відповідає минулорічному рівню – 62,25% проти 62,0%. Серед обласних лікувально-профілактичних закладів вісім надають населенню високоспеціалізовану хірургічну допомогу. Хірургічна активність в цих закладах значно вища, ніж в цілому по області: в обласному онкодиспансері вона становить 90,8%, обл. ендокринологічному диспансері – 85,7%, обласному госпіталі для ІВВ – 75,6%, обл. лікарні ім. Пирогова – 77,0%. Питома вага операцій, виконаних в ургентному порядку, зменшилась з 5,13% до 4,75%. Показник роботи хірургічного ліжка у звітному році зменшився з 368,0 до 358,1 дня, однак залишається вищим нормативу. середня тривалість лікування хворого на хірургічному ліжку загалом зареєстрована на відповідному минулорічному рівні – 9,1 дня. В структурі «ургентної» патології переважають захворювання органів травлення: гострий апендицит (57,2%), гострий холецистит (9,2%), а також травми (7,0%). Однак, як уже зазначалось, кількість втручань, виконаних в амбулаторних умовах, за звітний рік продовжує зменшуватись і зареєстрована на рівні 911,7 на 10 тис. населення. в структурі оперативних втручань, виконаних в хірургічних стаціонарах найбільша питома частка припадає на хвороби шкіри та підшкірної клітковини (20%), сечостатевої системи (15,0%), шлунково-кишкового тракту (10,1%), кістково-м'язової системи (9,4%), лор (8,6%), ока та додаткового апарату (7,2%), ХСК (2%), дихання (1,1%), нервової та ендокринної систем – відповідно 0,6% та 0,4%. Із виконаних у стаціонарах області понад 20 тис. операцій на шкірі та підшкірній клітковині у обласних закладах області по 3 тис. втручань за рік. серед пролікованих лише 30% мешканці других населених пунктів.

Серед осіб, що звертались по медичну допомогу з діагнозом-операції на шкірі та підшкірній клітковині, 12,3 тис. пацієнтів (60%)

Таблиця 1

Діяльність стаціонарів за 2010–2012 рр.

№ п/п	Діяльність стаціонарів	Вінниця		Вінницька область	
		Показники		Показники	
		2010	2012	2010	2012
1	Забезпеченість ліжками на 10 000 всього населення	36,0	36,45	78,09	73,0
2	Рівень госпіталізації на 1 000 всього населення	125,1	129,74	234,0	214,89
3	Середнє число днів роботи ліжка – всього.	326,90	344,13	338,82	344,80
4	Середні строки лікування хворого – всього.	9,21	9,18	11,75	11,58

лікуються у багатопрофільних лікарнях вторинного рівня, які можуть бути проліковані в амбулаторних умовах і особливо в стаціонарозамінних закладах. Серед усіх випадків лікування в стаціонарах загального профілю з приводу хвороб травлення не потребують невідкладної допомоги близько 60% пацієнтів з діагнозом «гастрит, дуоденіт», з виразковою хворобою шлунку і 12-ї палої кишки, 70% – з хворобами жовчовивідних шляхів, хронічними хворобами підшлункової залози. В той же час показники летальності за цими рубриками від ургентної патології, в тому числі, післяопераційної, залишаються високими. зазначена тенденція свідчить про недостатню роботу лікувальних закладів по забезпеченню спадкоємності у роботі амбулаторно – поліклінічних та стаціонарних підрозділів, належного рівня диспансерного спостереження, відбору для стаціонарозамінного лікування. З огляду на такі тенденції особливого значення набуває структурно-функціональний аналіз результатів роботи стаціонарних підрозділів, який дозволить отримати інтегровану оцінку діяльності усіх відділень і служб закладу охорони здоров'я, в т. ч. із забезпечення спадкоємності лікувально-діагностичної роботи на догоспітальному етапі та в умовах стаціонару. Прикладом успішної структурно-функціональної перебудови медичної допомоги можна вважати розвиток мережі спеціалізованих медичних центрів – так у області розгорнуто 26 спеціалізованих профільних центрів.

Висновки

Питання реалізації 2-го етапу реформи як ніколи на часі. Така ситуація потребує поглибленого клініко-експертного аналізу та застосування заходів по забезпеченню якості надання медичної допомоги, її відповідності сучасним стандартам і протоколам лікування. Аналіз отриманих нами даних свідчить не лише про неефективне використання потужностей цілодобових стаціонарів, а також про низьку якість амбулаторного

лікування, недостатнє поширення стаціонарозамінної допомоги. А якщо при здійсненні оцінки ефективності використання потужностей ліжкового фонду взяти до уваги також обсяги простою ліжка за різними профілями, буде зрозуміло, якими резервами оптимізації ліжка ми володіємо і які на другому році реформи практично не використовуємо.

Пріоритетні напрями діяльності стаціонарного сектору охорони здоров'я: оптимізація ліжкового фонду не шляхом скорочення валових показників чисельності ліжок при збереженні існуючої мережі закладів, а змін системного характеру, розподіл обсягів послуг між рівнями медичної допомоги, перепрофілізація ліжок за принципом гостроти перебігу хвороби та інтенсивності лікування, застосування клінічних протоколів як складової комплексного індивідуального підходу до кожного пацієнта на принципах доказової медицини, впровадження системи клініко-експертних оцінок та клінічного аудиту, запровадження формулярної системи.

Шляхи інтенсифікації діяльності цілодобового сектору охорони здоров'я регіону: подальший розвиток стаціонарозамінних малозатратних технологій з перерозподілом частки обсягів медичної допомоги населенню із стаціонарного сектору в амбулаторний, доукомплектування стаціонарів кваліфікованими кадрами, їх оснащення відповідно до чинних стандартів, етапне впровадження в діяльність стаціонарів протоколів курації хворих, реєстрів стаціонарних хворих тощо, структурно-функціональна перебудова стаціонарних потужностей з розподілом на ліжка інтенсивного лікування, планового лікування, долікування (відновного лікування), сестринського нагляду, впровадження етапності медичної допомоги, маршрутів спрямування пацієнтів у лікувальні заклади вищого рівня, забезпечення функціонування цілодобового телемедичного зв'язку між суб'єктами медичної практики різних рівнів, запровадження в перспективі, з метою реального відображення якості медичної допомоги, провідних показників роботи закладів стаціонарного рівня.

Список літератури

1. Голяченко О. М., Панчишин Н. Я., Смирнова В. Л. Нові підходи до реформування стаціонарної допомоги // Вісник Соціальної гігієни та організації охорони здоров'я. – 2010\1. – С. 34–43.
2. Рекомендації щодо подальшого розвитку вторинної медичної допомоги в Україні. Проект ЄС «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні». – К., – 2009.

Стаття надійшла до редакції 21.02.2013

В. С. Василик

Винницький національний медичний університет

СТАЦИОНАРНАЯ ПОМОЩЬ НАСЕЛЕНИЮ ОБЛАСТИ: ИТОГИ РАБОТЫ СТАЦИОНАРОВ, ПЕРСПЕКТИВЫ ОПТИМИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Проведенный анализ работы стационарных отделений медицинских учреждений Винницкой области и рассмотрены перспективы оптимизации их деятельности.

Ключевые слова: стационарная помощь, реформирование.

V. S. Vasylyk

Vinnitsa National Medical University

INPATIENT CARE IN VINNITSA REGION: RESULTS OF HOSPITAL WORK AND WAYS OF OPTIMIZATION

The analysis of inpatient departments of medical institutions Vinnytsia region and considers prospects for optimizing their performance.

Keywords: inpatient care, reform.

Ю. В. Вороненко, Н. Г. Гойда

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

РЕФОРМУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: УСПІХИ ТА ПЕРЕШКОДИ

В статті викладені основні стратегічні підходи щодо реформування охорони здоров'я в Україні. Наведені окремі загальноєвропейські напрямки політики в охороні здоров'я та вказані вітчизняні нормативні документи, що стосуються реформ. Висвітлені зміни, що відбулися в первинній ланці медичної допомоги та показані основні перешкоди і шляхи їх усунення.

Ключові слова: реформа охорони здоров'я, центри ПМСД, оплата праці медичних працівників, проблеми та перешкоди на шляху реформ.

Завдання по зміцненню і відновленню здоров'я в сучасних умовах набувають особливої актуальності.

Це пов'язано з тим, що здоров'я стало одним з найважливіших макроекономічних і політичних факторів у всіх сферах суспільства.

Можна сказати, що ці завдання носять транснаціональний характер.

Незаперечним фактом є те, що ключову роль в зміцненні і збереженні здоров'я відіграють системи охорони здоров'я. Становлення систем охорони здоров'я має багаторічну історію. Саме вони в кінцевому варіанті забезпечують перспективи поступального розвитку держав, сприяють їх згуртованості і стабільності. В зв'язку з цим, в розробці і реалізації основних напрямків соціальної політики всіх країн пріоритетне місце займають питання організації і удосконалення систем охорони здоров'я. Дуже влучним в цьому плані є вислів Генерального директора ВООЗ (2007 р.) Маргарет Чен: «Відомо, що ні гроші, ні оснащення, ні найкращі наміри не зможуть забезпечити достатній прогрес в охороні здоров'я, якщо відсутні системи, здатні надавати своєчасну і адекватну медичну допомогу тим, хто найбільше її потребує».

Тому кожна країна намагається вибудувати найкращу, найефективнішу і найбільш справедливую систему. В такому пошуку оптимальної системи охорони здоров'я знаходиться і Україна.

Поштовхом до змін є цілий ряд факторів. Перш за все, це стан здоров'я населення, так як інтегральні показники його рівня та структура хвороб є набагато гіршими, ніж в країнах Європи. По-друге це низька доступність та якість медичних послуг. По-третє – невдоволеність системою з боку споживачів медичних послуг, медичного персоналу, владних структур.

Невдоволеність викликана рядом об'єктивних і суб'єктивних чинників. Наявна система надання медичної допомоги не влаштовує пацієнта перш за все із-за низької доступності медичної

допомоги, низької якості медичних послуг та високих (близько 50% від загального обсягу фінансування) прямих витрат населення на отримання медичних послуг. Все це впливає на рівень загальної та передчасної смертності, очікуваної середньої тривалості життя, поширення епідемії туберкульозу, ВІЛ/СНІДу, які в Україні значно гірші, ніж в країнах Євросоюзу. Так, загальна смертність в 2011 році складала 14,5 на 1000 населення (ЄС – 9,72), очікувана тривалість життя – 70,32 (ЄС – 79,86), смертність чоловіків від захворювань органів кровообігу – 956,69 на 100 000 відповідного населення (ЄС – 279,63).

Наявна система медичної допомоги не влаштовує і лікарів, так як відсутня мотивація до надання якісних медичних послуг із-за низької оплати праці та великого навантаження, особливо лікарів первинної медико-санітарної допомоги. Негативну роль відіграє і вкрай застаріле медичне обладнання, що не дозволяє лікарю реалізувати свій професійний досвід і знання.

Існуюча система охорони здоров'я не влаштовує і владні структури. Незважаючи на зростання обсягів державного фінансування, більша частина їх витрачається на утримання закладів, невиправдано високу забезпеченість ліжками, повільне впровадження нових менш вартісних, але більш ефективних технологій тощо.

Всі ці фактори і стали підґрунтям реформування системи охорони здоров'я, яке є складовою програми реформ Президента України: «Реформи заради людини».

Було прийняте виважене політичне рішення щодо проведення реформ – обмежитись лише невеликою кількістю регіонів. Унормування всіх кроків реформи було зроблено прийняттям Закону України від 07.07.2011 р. №3612-VI «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві».

Мета пілотних проектів реформування системи охорони здоров'я – це апробація визначених

підходів до реформ, виявлення потенційних ризиків, визначення кола заходів з нейтралізації цих ризиків, їх нейтралізація ще до розгортання їх на загальнонаціональному рівні.

Всесвітня організація охорони здоров'я рекомендує умовно виділяти в будь-якій системі охорони здоров'я наступні структурні елементи: надання медичної допомоги, трудові ресурси, інформаційне забезпечення, фінансування, лікарські засоби, вакцини і технології, лідерство і управління. Кожен з цих структурних елементів в системі охорони здоров'я нашої країни потребує змін.

Щодо поліпшення надання медичних послуг, то реформою пропонується перш за все структурна перебудова, яка включає чітке розмежування первинного, вторинного і третинного рівня; забезпечення пріоритетного розвитку первинної медичної допомоги з акцентом на її профілактичну складову; запровадження сучасних механізмів організації медичної допомоги, як то вільний вибір лікаря первинної ланки та систему направлень на вторинний і третинний рівень; запровадження дієвої системи управління якістю медичної допомоги із застосуванням медичних стандартів та клінічних протоколів, що базуються на надійних наукових даних.

Реформування охорони здоров'я в Україні проводиться з певною етапністю, тому перш за все структурна реорганізація охопила первинний рівень. Вона включає чітке функціональне і фінансове розмежування первинного та вторинного рівня медичної допомоги, створення мережі установ первинного рівня у вигляді амбулаторій загальної практики/сімейної медицини та їх обладнання у відповідності до таблиця оснащення. Після формування мережі амбулаторій сімейної медицини, а при наявності необхідних умов, то й одночасно, створюються центри первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД). За даними пілотних регіонів формування ЦПМСД завершено. Активно створюються такі центри і в інших областях. Всього на початок 2013 року вже створено і функціонує 414 ЦПМСД.

Перешкоди в повноцінній діяльності ЦПМСД пов'язані з недостатнім матеріально-технічним забезпеченням, кадровим дефіцитом, невирішенням проблем надання невідкладної допомоги, складності з наданням стоматологічної допомоги, лабораторним обстеженням та інше.

Відомо, що проблеми фінансування охорони здоров'я в існуючій на сьогодні системі, є найбільш складними, в той час як фінансування охорони здоров'я є основоположним елементом взаємовідносин між надавачами медичних послуг і їх споживачами.

Загальні витрати на охорону здоров'я в економічно розвинутих країнах Європи складають 10–15% від валового внутрішнього продукту (ВВП), а в перерахунку на душу населення досягають

3–4 тис. доларів США і більше.

В кожній європейській країні функціонує система охорони здоров'я з власною моделлю фінансування, яка базується переважно або на обов'язковому медичному страхуванні, або на податковій системі, або на прямих платежах. Однак проведений експертами аналіз особливостей і тенденцій фінансування охорони здоров'я дозволяє зробити висновок про те, що його оптимальна формула повинна бути представлена наступним чином: 70% витрат повинна покриватись за рахунок податків і внесків обов'язкового медичного страхування при мінімальній питомій вазі приватного фінансування і прямих платежів.

Ситуація з фінансовим забезпеченням системи охорони здоров'я в Україні та механізми фінансування закладів значно відмінна. Так, питома вага витрат на охорону здоров'я від ВВП в останні роки складає лише 3,3–3,7%, а прямі платежі (дані дослідження 2009 р.) 3,5–3,7%. «Викривленою» є структура витрат з місцевих бюджетів, в якій близько 80% – це витрати на заробітну плату з нарахуваннями, тоді як на медикаментозне забезпечення – 7–8%, що не дозволяє гарантувати надання якісних медичних послуг.

Тому в пілотних регіонах впроваджуються і нові підходи до фінансування закладів охорони здоров'я та оплати праці медичних працівників. Вже здійснена консолідація бюджетних коштів для надання первинної допомоги на рівні районного бюджету. Крім того, кошториси центрів ПМСД мають поділ лише на два види витрат: поточні витрати і капітальні витрати. Цим передбачається встановлення пріоритету економічної доцільності над бухгалтерською точністю та дисципліною.

Відбуваються і зміни в оплаті праці. Метою цих змін є збільшення рівня винагороди лікарів та іншого медичного персоналу, а також створення стимулів до підвищення ефективності використання ресурсів системи охорони здоров'я.

Зміни умов оплати праці передбачають виділення 2-х складових заробітної плати: постійна (базовий посадовий оклад згідно з Єдиною тарифною сіткою) і змінна (за обсяг і якість виконаної роботи).

Нормативним документом щодо запровадження нових умов оплати праці медичних працівників у первинній ланці стала Постанова Кабінету Міністрів України від 05.03.2012 р. № 209 «Деякі питання оплати праці медичних працівників закладів охорони здоров'я, що є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я».

Конкретні результати цих змін вже мають медики Дніпровського і Дарницького районів м. Києва, де середня заробітна плата за 2012 рік складала: для лікарів – 5621 грн., для середнього медичного персоналу – 5246 грн., тоді як до орга-

нізації центрів ПМСД вона становила 3797 грн. і 3032 грн. відповідно.

Не дивлячись на поступальні кроки реформ охорони здоров'я України, і зокрема в первинній ланці, невирішених проблем залишається ще досить багато. Вони стосуються різних аспектів. Зокрема:

- продовження розширення мережі сімейних амбулаторій;
- завершення створення центрів ПМСД;
- оптимізація штатної структури ЦПМСД;
- внесення змін до таблиць оснащення;
- впровадження положень методичних рекомендацій та клінічних протоколів;
- недопущення штучного обмеження доступу пацієнтів до вторинної медичної допомоги за направленням лікарів ПМСД;
- організація вечірніх прийомів;

– організація у амбулаторіях виїзних прийомів лікарів-спеціалістів;

– підготовка методичних рекомендацій щодо організації в ЦПМСД стоматологічної і акушерсько-гінекологічної допомоги, лабораторної діагностики.

Висновок

Основні принципи реформування системи охорони здоров'я реалізуються в пілотних регіонах згідно щорічного Національного плану дій щодо впровадження Програми економічних реформ. Практично завершена розробка нормативно-правової бази та її методичного інструментарію. Недоліки усуваються по мірі їх виявлення. Щодо змін в первинній ланці медичної допомоги, то вони набули незворотного характеру.

Список літератури

1. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008 год. Первичная медико-санитарная помощь. – Сегодня актуальнее, чем когда-либо. – ВОЗ, 2008. – 124 с.
2. Закон України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві» від 07.07.2011 р. № 3612-VI.
3. Здоровье – 21. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе. Европейская серия «Здоровье для всех», № 6. – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 1999. – 310 с.
4. Европейская база данных «Здоровье для всех» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.euro.who.int/ru/what-we-do/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db2>.
5. Лехан В. М. Стратегія розвитку охорони здоров'я: Український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. – К., 2009. – 49 с.
6. Москаленко В. Ф. Системы здравоохранения: Современный контекст – К.: «Книга-плюс», 2012. – 320 с.

Стаття надійшла до редакції 15.03.2013

Ю. В. Вороненко, Н. Г. Гойда

Національна медичинська академія последипломного образования ім. П. Л. Шупика

РЕФОРМИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: УСПЕХИ И ПРЕПЯТСТВИЯ

В статье изложены основные стратегические подходы к реформированию здравоохранения в Украине. Приведены отдельные общеевропейские направления политики в здравоохранении и указаны отечественные отраслевые нормативные документы, которые касаются реформ. Освещены изменения, которые произошли в первичном звене медицинской помощи, указаны основные препятствия на пути реформ и их преодоление.

Ключевые слова: реформа здравоохранения, центры ПМСД, оплата труда медицинских работников, проблемы и препятствия на пути реформ.

Y. V. Voronenko, N. G. Goyda

National Medical Academy of Postgraduate Education P L Shupyk

HEALTH REFORM: PROGRESS AND OBSTACLES

The paper focuses on the main strategic approaches to the reformation of public health in Ukraine. Some common European trends of the policy in public health are presented; the home sectoral regulatory documents concerning the reforms are shown. The changes took place in the primary link of the medical care are ascertained; the principle challenges to implement the reforms and the ways to overcome them are pointed out.

Keywords: public health reform, primary health care centres, health workers' salary, challenges to implement the reforms.

Ю. В. Вороненко, Н. Г. Гойда, Є. Є. Латишев, В. М. Михальчук, І. В. Гусєва
Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

ІННОВАЦІЙНІ ФОРМИ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ПІДГОТОВКИ ОРГАНІЗАТОРІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ: ПЕРШИЙ ДОСВІД

В статті викладено результати аналізу сучасних тенденцій щодо підготовки керівників охорони здоров'я в Україні та висвітлено досвід запровадження інноваційних підходів навчання за очно-заочною формою з елементами дистанційного навчання.

Ключові слова: організація охорони здоров'я, підготовка менеджерів охорони здоров'я.

Безперервний професійний розвиток передбачає постійне оновлення знань керівників медичних установ усіх форм власності. При стрімкому розвитку інформаційних технологій все більш актуальними і привабливими стають нові можливості отримання освіти, наприклад, завдяки очно-заочній формі та дистанційному навчанню [1, 2, 3, 4].

Одним із видів безперервного професійного розвитку є підвищення кваліфікації на циклах тематичного удосконалення, відбір на які, як історично склалося, здійснювався переважно адміністративно-командним шляхом, не мотивуючи лікаря до цього виду навчання.

На даному етапі розвитку післядипломної освіти та інформаційних технологій в Україні, визначилася тенденція до зміни її парадигми, яка передбачає наявність мотивації до отримання знань лікарем і зменшення питомої ваги аудиторних занять.

Дистанційна освіта відповідає сучасним тенденціям, яка є відкритою системою навчання, що надає можливість активного спілкування між викладачем і слухачем за допомогою сучасних інформаційних технологій. Така форма підготовки дає свободу вибору місця, часу та темпу навчання, не відриваючись від робочого місця, формує сучасну базу знань, наближає освіту до лікаря [5, 6].

15 березня 2013 року в Національній медичній академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (НМАПО) відбулося завершення першого в Україні освітнього проекту за очно-заочною формою з елементами дистанційного навчання зі спеціальності «Організація і управління охороною здоров'я» циклу тематичного удосконалення «Менеджмент в охороні здоров'я», який був організований спільно НМАПО та редакцією журналу «Управління закладом охорони здоров'я» Видавничого дому МЦФЕР.

У роботі взяли участь: ректор НМАПО імені П. Л. Шупика, завідувач кафедри управління

охороною здоров'я, академік НАМН України, професор Вороненко Ю. В., заступник Директора департаменту роботи з персоналом освіти і науки чл.-кор. НАМН України, професор Волосовець О. П., представники редакції журналу «Управління закладом охорони здоров'я», викладачі кафедри управління охороною здоров'я, керівники медичних закладів.

Метою наукової роботи було соціологічне дослідження випадкової вибірки лікарів (n=31) та соціально-гігієнічна оцінка інноваційних методів післядипломної підготовки організаторів охорони здоров'я.

Джерельною базою були дані спеціально розробленої анкети, яка містить запитання (n=27) стосовно загальних даних щодо респондентів, оцінки організації роботи, змісту навчального матеріалу, пропозиції щодо покращення умов та якості навчального матеріалу. Оцінка проводилася за п'ятибальною шкалою.

Для дослідження оцінки інноваційних методів післядипломної підготовки у якості **методичного апарату** використовувались соціально-гігієнічний, соціологічний, соціально-психологічний, експериментальний методи, для обробки та аналізу даних експериментальних досліджень – методи системного підходу і аналізу, медико-статистичний та аналітико-синтетичний.

За результатами аналізу організаційних чинників встановлено, що навчання передбачає два етапи: заочний з елементами дистанційного навчання (10 місяців) на базі друкованого журналу «Управління закладом охорони здоров'я» та очний – строком 1 тиждень на базі НМАПО. Після очної частини навчання слухач отримав посвідчення про закінчення циклу тематичного удосконалення з відміткою «20 балів» за формою, затвердженою Міністерством охорони здоров'я України відповідно до пп. 2, 3 наказу МОЗ від 07.07.2009 № 484 «Про затвердження Змін до Положення про проведення іспитів на

передатестаційних циклах».

Підставами для такого виду навчання є «Примірне положення про підготовку на циклах тематичного удосконалення за очно-заочною формою з елементами дистанційного навчання з використанням друкованих інформаційних ресурсів у Національній медичній академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика», яке затверджено Вченою радою НМАПО (протокол № 3 від 14.03.2012 р.) та погоджено в МОЗ України 13.04.2012 р.

До цього навчального проекту приєдналося 55 фахівців з 17 областей України та міста Києва. Найбільше виявили бажання навчатися спеціалісти з Донецької, Дніпропетровської та Київської областей.

Слід підкреслити, що відбір на навчання здійснювався виключно за бажанням та на конкурентній основі.

Після підведення підсумків заочної частини 12 осіб вибуло з навчального проекту з різних причин і до участі у другому етапі було запрошено 43 особи.

Програма передбачає навчання за такими напрямками як організаційний, фінансовий, інформаційний менеджмент, маркетинг, управління якістю тощо.

Характеристика курсантів за результатами анонімного анкетування є наступною: середній вік респондентів – 52 роки; середній стаж роботи за фахом «Організація і управління охороною здоров'я» – 14,7 років, посада, яку обіймають (головні лікарі – 46%, заступники головного лікаря – 50%, завідувачі інформаційно-аналітичним відділом – 4%). Володіють персональним комп'ютером – 96%, з них на рівні користувача (Word, Excel) – 71%, володіють навиками роботи в Інтернет – 96%, володіють електронною поштою – 67%).

Слід зазначити, що мотиваційним фактором для навчання на даному циклі були: необхідність отримати знання – 100%, необхідність набрати певну кількість балів для атестації – 75%, бажання відвідати місто Київ – 12,5%, що підтверджує наявність потреби у такому виді освіти.

На запитання щодо загального враження про освітній проект 100% респондентів висловили думку, що навчання сподобалося, порадять колегам.

За результатами оцінка тематики заочної частини навчання отримані наступні дані:

1. Порівняльний аналіз систем охорони здоров'я. Механізми впровадження державної політики з охорони громадського здоров'я – 5 балів – 100%.

2. Еволюція менеджменту. Менеджер в системі охорони здоров'я – 4 бали – 8%, 5 балів – 92%.

3. Комплексна оцінка стану здоров'я населення та її використання в управлінні охороною

здоров'я – 4 бали – 4%, 5 балів – 96%.

4. Організація фінансово-економічної служби медичного закладу. Ціноутворення в умовах ринкової економіки – 4 бали – 4%, 5 балів – 96%.

5. Основи маркетингу охорони здоров'я. Інструменти маркетингового планування – 4 бали – 4%, 5 балів – 96%.

6. Організаційна структура та організаційна діяльність. Навички менеджера. Комунікації – 4 бали – 4%, 5 балів – 96%.

7. Кадрові ресурси охорони здоров'я. Планування персоналу. Формування кадрового резерву – 4 бали – 4%, 5 балів – 96%.

8. Механізми забезпечення якості медичної допомоги – 4 бали – 4%, 5 балів – 96%.

9. Стратегічне управління та планування як спосіб досягнення конкурентної переваги організації – 4 бали – 4%, 5 балів – 96%.

10. Планування потреб при забезпеченні життєдіяльності медичного закладу та визначення його експлуатаційних витрат 4 бали – 4%, 5 балів – 96%.

Загальна оцінка навчального проекту показала наступні результати:

1. Оцінка змісту тем, що входять до програми навчання очної частини – 5 балів – 100%.

2. Загальна оцінка дистанційної частини циклу – 4 бали – 4%, 5 балів – 96%.

3. Загальна оцінка очної частини циклу – 4 бали – 4%, 5 балів – 96%.

Респондентами було висловлено 26 пропозицій, які структурно на 10 груп.

1. Включити в навчальний план наступні теми:

– з надання платних послуг – 1;

– правові питання в роботі закладу охорони здоров'я – 2;

– діловодство – 2;

– організація госпітального округу – 1;

– реформування системи охорони здоров'я на даний момент – 1;

– сучасні інформаційні технології в медицині – 1;

– питання експертизи тимчасової непрацездатності – 2;

– більше дискусій, розв'язання практичних задач, рольові ігри – 2.

2. Продовжити навчання за такою формою навчання – 10.

3. Організувати навчання на передатестаційному циклі за очно-заочною формою з елементами дистанційного навчання – 8.

4. Участь в навчальному проекті представників МОЗ України, яким можна було б задати актуальні питання – 3.

5. Надати усі лекції в електронному вигляді – 1.

6. Збільшити очну частину занять до 2 тижнів – 1.

7. Використовувати відеоконференції в навчальному процесі – 1.

8. Спілкування з керівниками м. Києва, за-

клади яких реформуються – 1.

9. Організувати он-лайн консультування з викладачами – 1.

10. Організувати навчання за такою формою по різних темах, питаннях і спеціальностях – 1.

Висновки

Таким чином, за результатами дослідження інноваційних підходів до підготовки за фахом «Організація і управління охороною здоров'я» встановлено:

1. В Україні формуються інноваційні підходи до підготовки керівників органів управління і закладів охорони здоров'я за очно-заочною формою з елементами дистанційного навчання, яка відповідає потребам фахівців та є ефективним інструментом до постійної підтримки безперервного професійного розвитку фахівців з теоретичних дисциплін.

2. Запровадження зазначених освітніх технологій дозволяє розширити можливості доступу організаторів охорони здоров'я до якісної післядипломної освіти; збільшити кількість фахівців, які проходять навчання за програмою післядипломної освіти, з одночасним зменшенням витрат на навчання, проїзд і проживання; індивідуалізувати процес навчання відповідно до потреб, особливостей і можливостей слухачів; забезпечити контроль якості післядипломної освіти; формувати передумови для опанування слухачами навичок самостійної роботи та популяризації ідей менеджменту охорони здоров'я.

3. За результатами соціологічного дослідження встановлено, що мотиваційними факторами для навчання на даному циклі були: необхідність отримати знання – 100%, необхідність набрати певну кількість балів для атестації – 75%, бажання відвідати місто Київ – 12,5%.

Список літератури

1. Вороненко Ю. В., Гойда Н. Г. Нові підходи до підготовки фахівців за спеціальністю «Організація і управління охороною здоров'я» / Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2010. – № 1 (9). – С. 120–122.
2. Нові технології навчання менеджменту в медицині. Навчальний посібник / Заг. ред. Ю. В. Вороненка, Н. Г. Гойди, О. П. Мінцера, М. Мітчелла – К.: Книга плюс, 2009. – 146 с.
3. Вороненко Ю. В., Мінцер О. П., Краснов В. В. Електронні навчальні посібники для відображення медичних процедурних знань: принципи, етапи створення, методологія. – Київ, 2009. – 160 с.
4. Albanese Mark A. Problem-based learning. Association for the study of Medical Education, 2007.
5. Freeth Della. Interprofessional education. Association for the study of Medical Education, 2007.
6. Мінцер О. П., Краснов В. В., Бабінцева Л. Ю. Принципи інформаційної підтримки в самостійному навчанні при безперервному професійному розвитку лікарів та провізорів. В кн.: Проблеми безперервного професійного розвитку лікарів і провізорів. Наук.-метод. конф. з міжнар. уч., 2007 р., Київ, с. 605–606.

Стаття надійшла до редакції 28.02.2013

Ю. В. Вороненко, Н. Г. Гойда, Є. Є. Латышев, В. М. Михальчук, И. В. Гусева
Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика

ИННОВАЦИОННЫЕ ФОРМЫ ПОСЛЕДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКИ ОРГАНИЗАТОРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УКРАИНЕ: ПЕРВЫЙ ОПЫТ

В статье изложены результаты анализа современных тенденций по подготовке руководителей здравоохранения в Украине и освещен опыт внедрения новых подходов обучения по очно-заочной форме с элементами дистанционного обучения.

Ключевые слова: организация здравоохранения, подготовка менеджеров здравоохранения.

Ya. V. Voronenko, N. G. Goyda, E. E. Latyshev, V. M. Mykhalchuk, I. V. Husieva
National medical academia postgraduated education after name P. L. Shupik

INNOVATIVE FORMS OF POSTGRADUATE TRAINING OF HEALTH CARE MANAGERS IN UKRAINE: FIRST EXPERIENCE

In article describes results of analysis of current trends in preparing health care leaders in Ukraine and lit calligonum new approaches to teaching part-time form of elements distance education.

Keywords: organization health systems', training managers of health systems'.

Т. А. Головкова

Державний заклад «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України»

ПЕКТИНОПРОФІЛАКТИКА У ВАГІТНИХ ЖІНОК ТА ГІГІЄНІЧНА ОЦІНКА ЇЇ ЕФЕКТИВНОСТІ

У зв'язку з тропністю важких металів навколишнього середовища до репродуктивної системи вагітної жінки, проведені складні багатопланові дослідження, які дозволили в натурних умовах Дніпропетровського регіону оцінити застосування біопротекції негативного впливу металевих навантажень з використанням пектинвміщуючих харчових добавок. Використання пектинопротекції сприяло зниженню вмісту у крові свинцю та кадмію при посиленні їх ренальної елімінації, а також відновленню метаболізму мікроелементів в організмі вагітних, що розцінюється як позитивний результат, якій буде сприятиме підвищенню адаптації жінок в умовах промислових міст.

Ключові слова: важкі метали, вагітні жінки, пектинопротекція.

Численні дослідження свідчать, що екологічний стан тієї чи іншої території пов'язаний з рівнем індустріального розвитку [1, 6, 8, 12]. Саме викиди промислових підприємств, транспорту, застосування агрохімікатів є основною причиною забруднення довкілля. В цьому відношенні найбільш наочним є приклад Дніпропетровського регіону, де зосереджена найбільша кількість джерел техногенного забруднення навколишнього середовища. Реальна небезпека антропогенного навантаження навколишнього природного середовища та негативного впливу на здоров'я людини визначається в першу чергу хімічними забруднювачами. До особливо небезпечних ксенобіотиків відносяться солі важких металів (ВМ), які включені комісією ФАО/ВООЗ до переліку тих, що підлягають обов'язковому контролю, серед яких важкі метали (ВМ) посідають важливе місце [8, 9]. Їм притаманна стійкість, глобальна розповсюдженість, подвійність біоефектів, здатність до накопичення в організмі як в об'єктах довкілля так і у біосубстратах, що формує ризик для здоров'я навіть малих концентрацій цих ксенобіотиків [3, 4, 6]. У зв'язку з цим, цілком зрозумілим є зростання уваги спеціалістів різних напрямків до оцінки впливу ВМ на організм з метою профілактики негативних наслідків та збереження здоров'я що має особливе значення для населення промислових територій. Науковцями гігієністами пропонуються різноманітні профілактичні заходи, в арсеналі яких поряд з радикальними, як-то: технологічні, технічні, санітарно-гігієнічні останнім часом розроблені неспецифічні засоби індивідуальної біопротекції, які спрямовані на підвищення резистентності людини до шкідливої експозиції ВМ [7, 12].

Серед засобів які пропонуються нашу увагу привернули пектинвмісні ентеросорбенти,

завдяки яким в шлунково-кишковому тракті утворюються нерозчинні пектинати металів з подальшою елімінацією із організму. Інтерес до пектинів обумовлено тим, що це природні речовини з м'якою дією, їх дезінтоксикаційна роль при токсичних діях металів досить добре вивчена при професійному контакті і в експерименті, однак, на сучасний час ще обмаль даних ефективності використання цих біопротекторів для захисту організму людини при впливі ВМ, як фактора малої інтенсивності [2, 5, 10, 11].

Мета роботи. У зв'язку з тропністю ВМ до репродуктивної системи, ми прийняли за доцільне оцінити ефективність застосування пектинопротекції у вагітних жінок – мешканок промислового міста Дніпропетровська.

Матеріали та методи дослідження

Дані наших досліджень за тривалий час спостереження (2001–2012 рр.), свідчать про постійну наявність ВМ в об'єктах навколишнього середовища м. Дніпропетровська, у концентраціях здебільш не перевищуючих ГДК. Для визначення впливу ВМ навколишнього середовища на організм вагітних відібрали 89 практично здорових жінок, віком 20–25 років, другого триместру вагітності, яка перебігала без ускладнень. Жінки були розподілені на 3 групи за місцем постійного проживання таким чином: I група жінок Індустріального району м. Дніпропетровська, II – Ленінського району м. Дніпропетровська, III – м. Новомосковська (місто порівняння).

Вивчення впливу ВМ та дії пектинвміщуючих препаратів виконано за допомогою біомоніторингу металів і маркеру токсичної дії свинцю: активності ферменту порфіринового обміну – амінолевулінової кислоти (АЛК).

Результати та їх обговорення

При аналізі отриманих результатів вмісту ВМ в індикаторних біосубстратах вагітних жінок – мешканок промислових районів м. Дніпропетровська відзначається підвищення, відносно нормативів, концентрацій свинцю в крові у 6,7–24%, а у сечі – у 40–44,8%, кадмію в сечі – у 36–50% обстежених жінок. В той же час в контрольній групі спостерігалось лише перевищення вмісту кадмію в сечі у 7,7% вагітних. Викликає занепокоєння той факт, що у 60% вагітних I групи, у 76,6% – II групи та у 30% жінок міста порівняння вміст свинцю у крові визначається, у так званих «насторожуючих» концентраціях – від 0,2 до 0,4 мг/л, що оцінюється як металоносійство. Тільки у 16% обстежених жінок Індустріального району і у 16,7% – Ленінського концентрації свинцю у крові відповідають існуючим фізіологічним нормам, в той час, як за умов м. Новомосковська цей показник набагато більший і становить 60%. Для кадмію металоносійство встановлено для 96,7% вагітних Ленінського і для 18% обстежених Індустріального району.

Слід відзначити, що середній вміст мікроелементів у крові обстежених груп жінок достовірно не відрізняється, концентрації міді та заліза відповідали існуючим фізіологічним нормам, але вміст цинку у 2 рази був нижчий за норму. Концентрація есенціальних металів у сечі жінок I і II груп достовірно вища, ніж у жінок порівняльного міста. Звертає увагу, той факт, що на фоні найменшого вмісту заліза у крові обстежених вагітних Індустріального району його середня концентрація у сечі в 1,8–2,8 рази більша, ніж у жінок інших районів спостереження.

Результати клініко-лабораторних досліджень амінолевулінової кислоти в сечі свідчать, що її рівень був підвищений відносно норми у 60,6% обстежених жінок Індустріального, у 50% – Ленінського району і тільки 26,9% жінок м. Новомосковська. Встановлене нами також перевищення середніх концентрацій АЛК при обстеженні жінок промислових районів ($2,86 \pm 0,22$ і $2,67 \pm 0,25$ мг/г креатиніну) на 14,4 і 7% відносно норми, що збігається з даними інших досліджень техногенно забруднених територій [9]. Для вагітних порівняльного міста ця величина достовірно нижча, ніж у мешканок промислових районів.

Результати першого етапу гігієнічних досліджень вмісту ВМ навколишнього середовища у взаємозв'язку з виявленими порушеннями порфіринового обміну, дисбалансом мікроелементного складу крові у вагітних жінок промислових районів м. Дніпропетровська, у порівнянні з обстеженими контрольного міста, зумовили необхідність проведення індивідуальної біопротекції репродуктивних порушень для збільшення адаптаційних можливостей та підвищення резис-

тентності організму вагітної. Оцінка ефективності застосування пектинопрофілактики негативно впливу ВМ на організм проводилась у вагітних жінок шляхом дослідження та порівняння даних біомоніторингу, показників порфіринового обміну до і після вживання пектинвмісних добавок – «драже пектинового», виробленого Асоціацією «Сума технологій» м. Київ [10, 11].

Для проведення пектинопрофілактики з усіх обстежених було відібрано 40 жінок, з яких сформовано дві групи спостереження – мешканок дослідних районів м. Дніпропетровська – Індустріального і Ленінського (по 20 жінок в кожній), у крові яких визначено перевищення концентрацій токсичних металів – свинцю і кадмію відносно існуючих нормативів або на рівні металоносійства (вище 0,2 мкг/мл).

Результати другого етапу досліджень свідчать, що після тритижневого вживання драже пектинового середня концентрація свинцю та кадмію в крові жінок обох груп статистично достовірно зменшилась на 25–30%, що спостерігалось у 50–80% обстежених жінок при достовірному посиленні реальної елімінації металів-токсикантів на фоні зниження активності σ -АЛК.

Після вживання пектинопрепарату особливий інтерес викликає динаміка вмісту мікроелементів в організмі вагітної жінки. Так, середня концентрація Fe в крові жінок Індустріального району статистично достовірно збільшилась у 2 рази, при зниженні у сечі на 49%, концентрації умовноесенціальних металів – Mn, Cr, Ni статистично достовірно зменшились у крові в 2 рази. Середній рівень Cu та Zn крові жінок промислових районів навіть підвищився на 5–10%. Таким чином, вживання пектинів не тільки не посилює екскрецію металів – мікроелементів, а навіть декілька зменшує їх виведення при збільшенні вмісту у крові.

Висновки

Наведені дані, які отримані після проведення курсу пектинопрофілактики у вагітних жінок, свідчать про ефективність використання пропонуемого засобу, застосування якого зменшує всмоктування абіотичних ВМ та посилює їх ренальну елімінацію із організму на тлі нормалізації мікроелементного обміну.

Враховуючи безпечність застосування пектинвмісних препаратів для здоров'я людини і відсутність протипоказань, впровадження в практику профілактичної медицини засобів індивідуальної біопротекції у вагітних сприятиме попередженню репродуктивних ускладнень у жінок, зниженню захворюваності та зміцненню здоров'я населення, що особливо важливо та необхідно для мешканок промислових територій України.

Список літератури

1. Білецька Е. М., Головка Т. А., Антонова О. В. Проблеми зовнішньої експозиції населення урбанізованих територій важкими металами та перспективи удосконалення гігієнічної діагностики стану навколишнього середовища // Гігієні населених місць. – К., 2005. – Вип. 45. – С. 476–480.
2. Гаврилів Г. М. Харчовий продукт «пектодент» як засіб сорбційної дії // Гігієна населених місць: Сб. науч. тр. – К., 2001. – Вип. 38, Т. II. – С. 245–248.
3. Генофонд і здоров'я: відтворення населення України / Під ред. А. М. Сердюка, О. І. Тимченко. – К.: МВЦ «Медінформ», 2006. – 272 с.
4. Динерман А. А. Роль загрязнителей окружающей среды в нарушении эмбрионального развития. – М.: Медицина, 1980. – 192 с.
5. Дудкин М. С., Щелкунов Л. Ф. Пищевые волокна и новые продукты питания // Вопросы питания. – 1998. – № 2. – С. 35–41.
6. Жабченко І. А. Деякі аспекти забезпечення неускладненого перебігу вагітності в сучасних умовах // Український медичний часопис. – 2001. – Т. VII/VIII, № 4 (24). – С. 35–37.
7. Использование биологически активных веществ в профилактике токсического действия некоторых тяжелых металлов / Т. Д. Дегтярева, Б. А. Кацнельсон, Л. И. Привалова и др. // Гигиена и санитария. – 2001. – № 6. – С. 71–73.
8. К проблеме носительства тяжелых металлов / И. М. Трахтенберг, В. А. Тычин, Ю. Н. Тамакин и др. // Журн. АМН України. – 1999. – Т. 5, № 1. – С. 87–95.
9. Основные показатели физиологической нормы у человека: Руководство для токсикологов / И. М. Трахтенберг, В. А. Тычин, Р. Е. Сова и др.; Под ред. И. М. Трахтенберга. – К.: «Авиценна», 2001. – 372 с.
10. Оценка некоторых пищевых добавок и контаминантов // 41 доклад Объединенного комитета Экспертов ФАО/ВОЗ по пищевым добавкам. Сер. Техн. докл. ВОЗ: 837. – Женева: ВОЗ, 1994. – С. 50–55.
11. Трахтенберг И. М., Демченко П. И., Козлов К. П. Применение пектинодержавщих энтеросорбентов в целях профилактики нарушения здоровья при сочетании действия тяжелых металлов, пестицидов и радиации. Инф. письмо: – К.: МОЗ Украины, 1997. – № 126. – 3с.
12. Тяжелые металлы внешней среды и их влияние на репродуктивную функцию Женин / А. М. Сердюк, Э. Н. Белицкая, Н. М. Паранько, Г. Г. Шматков. – Днепропетровск.: АРТ-ПРЕСС, 2004. – 148 с.

Стаття надійшла до редакції 28.03.2013

Т. А. Головка

Государственное учреждение «Днепропетровская медицинская академия
Министерства здравоохранения Украины»

ПРИМЕНЕНИЕ ПЕКТИНОПРОФИЛАКТИКИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН И ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ

В связи с негативным влиянием тяжелых металлов внешней среды на репродуктивную систему женщин, были проведены комплексные исследования, которые позволили в натуральных условиях Днепропетровского региона оценить применения биопрофилактики неблагоприятного воздействия металлической нагрузки с использованием пектиносодержащих пищевых добавок. Пектинопрофилактика способствовала снижению содержания в крови свинца и кадмия при усилении их ренальной элиминации, а также восстановлению метаболизма микроэлементов в организме беременных, что оценивается как позитивный результат, который будет способствовать повышению адаптационных возможностей у женщин, проживающих в условиях промышленных городов.

Ключевые слова: тяжелые металлы, беременные женщины, пектинопрофилактика.

T. A. Golovkova

State establishment "Dnipropetrovsk Medical Academy of Health Ministry of Ukraine"

APPLICATION OF PECTINOPROPHYLAXIS IN PREGNANT WOMEN AND HYGIENIC ESTIMATION ITS EFFECTIVENESS

Due to the tropism of environmental heavy metals to the pregnant women reproductive system complex, multifaceted researches, that allowed in natural conditions of Dnipropetrovsk region have been carried. They given the opportunity to estimate the effectiveness of using bioprophylaxis against negative metal influence. It is revealed, that pectinoprophylaxis promoted the reduction of blood lead and cadmium with increasing their renal elimination and recovering trace elements metabolism in the body during pregnancy, which is regarded as a positive result, which will help improve the adaptation of women in condition of industrial cities.

Keywords: heavy metals, pregnant women, pectinoprophylaxis.

В. В. Горачук

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ ПАЦИЕНТОВ ОБЛАСТНОЙ ДЕТСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Целью исследования предусматривалось определение динамики удовлетворенности родителей качеством медицинской помощи, представленной их детям-пациентам Черниговской областной детской больницы за 2011–2012 гг. При проведении исследования использовались методы социологического опроса (анкетирования) и статистического анализа. Показано, что по большинству характеристик качества – удовлетворенность результатами лечения, своевременностью получения лечебных процедур, отношением медработников к больным детям, соблюдением прав пациентов, качеством питания, санитарно-гигиеническими условиями – индекс удовлетворенности респондентов заметно повысился. Вместе с тем, ограниченность бюджетного финансирования негативно повлияла на оценку качества по критерию обеспечения лекарственными препаратами.

Ключевые слова: качество медицинской помощи, социологическое исследование, пациенты.

Важной стратегической составляющей пациент ориентированной медицинской помощи считают изучение общественного мнения о деятельности системы здравоохранения, в частности, медицинских учреждений и их сотрудников [5]. Мнение пациента / его представителя можно использовать как информационную составляющую для выявления руководителем учреждения проблемных областей в организации медицинской помощи и как оценочный критерий качества медицинского обслуживания [1, 2, 4]. Особенно важно проследивать результаты социологических исследований в динамике, что дает возможность оценить эффективность проведенных мероприятий по улучшению качества медицинского обслуживания целевого контингента населения.

Цель работы. Провести сравнительный анализ результатов социологического исследования, удовлетворенности родителей пациентов Черниговской областной детской больницы качеством представленной медицинской помощи за 2011–2012 гг.

Материалы и методы

При проведении исследования использовались методы социологического опроса (анкетирования) и статистического анализа.

Ежегодно в больнице находится на лечении более 15 тыс. детей. Отбор респондентов – родителей пациентов – осуществлялся механическим путем из генеральной совокупности, сформированной на основе среднего количества больных, находившихся на лечении в течение предыду-

щих трех лет и госпитализированных с родителями по уходу.

Материалами исследования служили заполненные бланки 417 (2011 г.) и 403 (2012 г.) анкет, специально разработанных для изучения удовлетворенности респондентов качеством медицинской помощи. Валидность анкеты обеспечивалась соответствием ее шкал основным характеристикам качества с точки зрения пациента: доступности, результативности, своевременности медицинской помощи, соблюдению прав пациента и этических норм персоналом, надлежащих санитарно-гигиенических условий в учреждении здравоохранения. Надежность анкеты определялась путем ее предварительного повторного тестирования (двукратного использования инструмента на пилотной выборке объемом 30 респондентов с интервалом 2 месяца с последующим сравнением средних результатов по каждой шкале).

Учитывая, что характеристики качества медицинской помощи имеют различную степень важности для пациента / его представителя, сопоставлялись степень важности каждой характеристики со степенью удовлетворенности ею. Для этого респондентам предлагалось оценить пункты анкеты дважды: сначала с точки зрения удовлетворенности, а потом – с точки зрения важности для него указанных характеристик качества.

Для количественного выражения характеристик удовлетворенности качеством использовалась цифровая шкала в 10 баллов. Высокая раздробленность шкалы обеспечила ее высокую чувствительность.

Индекс удовлетворенности высчитывался по формуле:

$$F_i = \alpha_i \times f_i,$$

где F_i – индекс удовлетворенности по каждой характеристике качества;

α_i – среднее значение весового коэффициента важности по каждой характеристике качества;

f_i – среднее значение удовлетворенности по каждой характеристике качества.

Сумма данных, полученных по каждой шкале, составила общий индекс удовлетворенности качеством. Индексы за 2011 и за 2012 г. сравнивались по каждой шкале и по общему показателю.

Опросы проводились согласно заранее разработанной и внедренной методике по организации социологических исследований в учреждениях здравоохранения, при условии информированного согласия респондента [3]. Статистическая обработка материалов производилась с использованием программного пакета EXEL-2010.

Результаты и обсуждение

Анализ демографических характеристик выборки 2011 г. засвидетельствовал, что из 417 респондентов 274 (65,7±2,3%) – жители городов, остальные – сельских населенных пунктов.

Средний возраст опрошенных составил 30,8 лет. Мужчин среди респондентов насчитывалось 22 (5,3±1,1%) человека, женщин – 395 (94,7±1,1%). В зависимости от уровня образования респонденты распределились следующим образом: среднее образование имели 102 (24,5±2,1%) опрошенных, среднее специальное – 164 (39,3±2,4%), неполное высшее – 35 (8,4±1,4%), высшее – 99 (23,7±2,1%) участников опроса.

Рабочие составили 128 (30,7±2,3%) выборки, служащие – 53 (12,7±1,6%), пребывающие в декретном отпуске – 121 (29,0±2,2%), домохозяйки – 60 (14,4±1,7%), остальные занимались другими видами деятельности.

Структура демографических характеристик выборки в 2012 г. выглядела следующим образом: из 403 респондентов жителями города были 274 (68,0±2,3%) опрошенных, села – 129 (32,0±2,3%). Средний возраст опрошенных составил 30,5 лет. Приняли участие в опросе 22 (5,5±1,1%) лиц мужского пола, 381 (94,5±1,1%) – женского. Среди участников опроса со средним образованием насчитывалось 93 (23,1±2,1%) респондентов, со средним специальным – 137 (34,0±2,4%), с неоконченным высшим – 44 (10,9±1,6%), с высшим – 129 (32,0±2,3%) родителей.

При распределении данной выборки по виду общественно полезной деятельности установле-

Таблица 1

Результаты исследования удовлетворенности качеством медицинской помощи респондентов в 2011–2012 гг.

Вопросы анкеты	Средний балл важности ±σ		Весовой коэффициент важности		Средний балл удовлетворенности ±σ		Индекс удовлетворенности	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Удовлетворенность результатами лечения	9,9±0,3	9,8±0,3	0,101	0,104	9,0±1,2	9,0±1,3	0,909	0,936
Возможность получения необходимых диагностических исследований в данном медицинском учреждении	9,9±0,3	9,8±0,4	0,101	0,104	8,8±1,7	8,6±1,4	0,888	0,894
Своевременность получения лечебных процедур	9,9±0,2	9,6±0,9	0,101	0,102	9,3±1,3	9,4±1,1	0,939	0,959
Обеспечение медикаментами	9,7±0,8	8,5±1,2	0,099	0,090	6,3±3,4	5,9±3,1	0,623	0,531
Отношение врача к ребенку	9,8±0,5	9,7±0,9	0,100	0,103	9,5±0,9	9,6±0,7	0,950	0,989
Отношение медицинских сестер к ребенку	9,8±0,4	9,6±0,8	0,100	0,102	9,5±0,8	9,6±0,9	0,950	0,979
Соблюдение прав пациента	9,7±0,6	9,5±0,9	0,099	0,101	8,9±1,6	9,0±1,1	0,881	0,909
Качество питания	9,1±1,2	8,7±1,6	0,093	0,094	8,0±2,1	8,2±1,9	0,744	0,771
Санитарно-гигиенические условия	9,5±0,6	9,3±1,3	0,097	0,099	9,0±1,4	9,0±1,3	0,873	0,891
Понятность рекомендаций врача при выписке	9,8±0,4	9,5±0,7	0,100	0,101	9,3±1,1	9,2±1,1	0,930	0,929
Сумма баллов	97,1	94,0	1,000	1,000	87,6	87,8	8,687	8,791

но, что статус рабочих имели 105 (26,1±2,2%) респондентов, служащих – 47 (11,7±1,6%), пребывающих в декретном отпуске – 132 (32,8±2,3%), домохозяйек – 31 (7,7±1,3%), других видов деятельности – 88 (21,1±2,0%) участников исследования. Таким образом, по большинству демографических характеристик выборки существенно не отличались друг от друга.

Анализ полученных результатов (табл. 1) засвидетельствовал, что в целом представители пролеченных пациентов в 2011 г. достаточно высоко оценили качество полученной медицинской помощи в больнице: суммарный (интегральный) индекс удовлетворенности составил 8,687 баллов.

Вместе с тем обозначились проблемные характеристики качества, относительно которых уровень удовлетворенности респондентов оказался недостаточно высоким, что повлияло на общий оценочный индекс: наименее всего респонденты были удовлетворены обеспечением медикаментами – индекс удовлетворенности 0,623; качеством питания – индекс удовлетворенности 0,744; санитарно-гигиеническими условиями – индекс удовлетворенности 0,873. Обращали на себя внимание не достигшие максимального значения индексы удовлетворенности соблюдением прав пациента – 0,881, предоставления достаточного объема диагностических исследований в пределах больницы – 0,888, понятности рекомендаций врача родителями при выписке ребенка из стационара – 0,930.

Анализ данных исследования указал, что существовали резервы повышения результатов лечения (индекс удовлетворенности 0,909), своевременности проведения процедур (индекс 0,939), усовершенствования отношений между медицинским персоналом и пациентами/их представителями (индекс удовлетворенности 0,950).

Оценка и анализ динамики исследуемых по-

казателей в 2012 г. по сравнению с предыдущим годом позволили констатировать, что по большинству характеристик качества индекс удовлетворенности респондентов заметно повысился, в частности, удовлетворенность результатами лечения – до 0,936, своевременностью получения лечебных процедур – до 0,959, отношением медработников к больным детям: врачей – до 0,989, медсестер – до 0,979, соблюдением прав пациентов – до 0,909, качеством питания – до 0,771, санитарно-гигиеническими условиями – до 0,891. Повышение индекса удовлетворенности по указанным позициям повлияло на общий индекс удовлетворенности, который увеличился до 8,791.

Вместе с тем, снизился индекс удовлетворенности обеспечением медикаментами – до 0,531, практически не изменился индекс удовлетворенности возможностью получения необходимого объема диагностических исследований (0,894) и понятности рекомендаций врача родителями при выписке ребенка – (0,929).

Выводы

1. Изучение мнения пациентов / их представителей позволило руководству лечебного учреждения улучшить качество медицинской помощи по большинству критериев.

2. Ограниченность бюджетного финансирования негативно повлияла на оценку качества по критерию обеспечения лекарственными препаратами.

3. Имеются резервы повышения качества медицинской помощи путем принятия управленческих решений в отношении питания больных, санитарно-гигиенических условий в больнице и информационного обеспечения пациента / его представителя на этапе выписки.

Список литературы

1. Задоволеність медичною допомогою як критерій якості її надання / Децик О. З., Кольцова Н. І., Самотюк О. Л. [та інш.] // Медичні перспективи. Том XV, № 1, 2010. – С. 71–74.
2. Опыт использования анкетирования пациентов для оценки качества медицинской помощи / В. К. Юрьев, Н. Е. Арефьева, Т. А. Волкова [и др.] // Социология медицины. – 2007. – №2. – С. 28–30.
3. Організація соціологічних опитувань пацієнтів / їх представників і медичного персоналу в закладах охорони здоров'я. Методичні рекомендації / – Київ, 2012. – 20 с.
4. Решетников А. В. Основы построения медико-социологического мониторинга в системе обязательного медицинского страхования / А. В. Решетников // Социология медицины. – 2009. – № 1. – С. 3–11.
5. Руководство по разработке стратегий обеспечения качества и безопасности с позиции систем здравоохранения / Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения, 2008. – 86 с.

В. В. Горачук

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЗАДОВОЛЕНОСТІ ЯКІСТЮ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРЕДСТАВНИКІВ ПАЦІЄНТІВ ОБЛАСНОЇ ДИТЯЧОЇ ЛІКАРНІ

Метою дослідження передбачалося визначення динаміки задоволеності батьків якістю медичної допомоги, поданій їх дітям-пацієнтам Чернігівської обласної дитячої лікарні за 2011–2012 рр. При проведенні дослідження використовувалися методи соціологічного опитування (анкетування) і статистичного аналізу. Показано, що по більшості характеристик якості – задоволеність результатами лікування, своєчасністю отримання лікувальних процедур, ставленням медпрацівників до хворих дітей, дотриманням прав пацієнтів, якістю харчування, санітарно-гігієнічними умовами – індекс задоволеності респондентів помітно підвищився. Разом з тим, обмеженість бюджетного фінансування негативно вплинула на оцінку якості за критерієм забезпечення лікарськими препаратами.

Ключові слова: якість медичної допомоги, соціологічне дослідження, пацієнти.

V. V. Gorachuk

National Medical Academy of Postgraduate Education name'd by P. L. Shupyk

ANALYSIS OF SATISFACTION QUALITY OF CARE REPRESENTATIVES OF PATIENTS CHILDREN'S HOSPITAL

The purpose of the study called for the definition of the dynamics of parental satisfaction with quality of care provided to their children-patients Chernihiv Region Children's Hospital for 2011–2012. The study used the methods of survey (questionnaire) and statistical analysis. It is shown that the majority of quality characteristics - satisfaction with treatment, timely receipt of medical procedures, the ratio of health workers to the sick children, patients' rights, quality of food, sanitation – Satisfaction Index respondents significantly increased. However, the limited budget funding affect the evaluation of quality by providing drugs.

Keywords: quality of care, a case study, the patients.

Т. Г. Гупор

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

РЕТРОСПЕКТИВНІ ОСНОВИ ПРОЦЕСУ СТАНОВЛЕННЯ ТА РОЗВИТКУ ГРУПОВОГО МЕТОДУ ЕКСПЕРТНОГО ОЦІНЮВАННЯ

Робота полягає в аналізі багатоміжової історії щодо різних способів агрегування думок експертів у єдине колективне рішення. Розглянуті питання щодо голосування більшістю голосів, запровадження при голосуванні права вето та створення методик для рівноцінної можливості права голосу всіх експертів.

Ключові слова: Історія, експертна оцінка, метод Дельфі, мозковий штурм.

У науковій сфері та в медичній галузі зокрема, доволі часто виникають проблеми щодо доцільності використання нових алгоритмів дій, попередня апробація яких на практиці є вкрай складною або неможливою. Як показує історичний досвід, для вирішення такого роду складних чи суперечливих ситуацій людство завжди користувалося думками чи порадами висококваліфікованих спеціалістів та експертів у різних сферах життєдіяльності [4].

Відтак протягом сторіч і був сформований науковий метод експертних оцінок, який дозволяє отримати об'єктивну думку щодо певного конкретного питання на основі певної сукупності індивідуальних думок експертів. При цьому у наш час даний метод визнано одним із специфічних методів досліджень у соціальній медицині, про що йдеться у постанові президії ВАК України № 18-09/4 від 09.04.2003 «Про затвердження паспортів спеціальності».

Мета роботи. Пошук в історичній антології питань виникнення, розвитку та впливу на суспільне життя суджень експертів, методів експертизи та систематизації ідей, пов'язаних з використанням експертних вимірювань для можливого їхнього застосування у теперішній час, а також популяризація даного методу.

Матеріали та методи. У ході виконання наукової роботи застосовано ретроспективний, історичний, кваліметричний методи та контент-аналіз з дотриманням правил системного аналізу і системного підходу.

Результати та обговорення

На даний момент часу існують два основних методи проведення експертних оцінок: індивідуальний (зазвичай використовується у судочинстві та юриспруденції) та груповий, який доволі широко застосовується в медицині [5]. При цьому груповий метод проведення експертних оцінок в ході свого історичного розвитку модифікувався у

основні три види:

1. прийняття рішення більшістю голосів;
2. голосування з застосуванням правила вето;
3. прийняття рішення з застосуванням технологій, що дозволяють виключити вплив окремих авторитетних експертів: метод Дельфі та «мозковий штурм».

Процедури прийняття рішення більшістю голосів для досягнення колективного рішення почали застосовуватися ще з прадавніх часів. Так, у античній Греції для прийняття рішення по важливій проблемі чи законопроекту почали застосовувати референдуми [7], на яких враховувалися думки всіх громадян, які мали право голосу.

У стародавніх Афінах існувало два види голосування: відкрите (проводилося шляхом підняття рук) та таємне (голосування білими та чорними камінцями) [1]. Відкрите голосування застосовувалося при виборах посадовців, тоді як при наданні привілеїв або прав громадянства – використовувалося таємне голосування. Таємні голосування зазвичай проходили вночі, упродовж останніх трьох ночей кожного місяця: для голосування використовувалися маленькі камінці, які клали в спеціальну урну: білий (або суцільний) – як голос «за», та чорний (або просвердлений) – як думку «проти».

У Давньому Римі для волевиявлення під час народних зборів використовувалися спеціальні таблички, на яких виборці зазначали свою згоду або незгоду з пропонованою позицією, а при виборі осіб на державні посади писали імена кандидатів [6].

Водночас у Римі зародилася процедура легалізованого маніпулювання процесом голосування, внаслідок якого можна було змінити загальну резолюцію членів Сенату. Давньоримський політичний діяч Гай Пліній Цецилій Секунд Молодший (61–114 рр. н. е.) звернув увагу на те, що були випадки, коли при попередніх слуханнях більшість сенаторів голосувала

за виправдання обвинувачуваного, водночас при основних слуханнях рішення приймалося за страту підсудного [8]. Даний парадокс пояснювався тим, що на попередніх слуханнях за виправдання голосувало n_1 сенаторів, за заслання – n_2 , за страту – n_3 . При цьому, думки на попередніх слуханнях розділялися таким чином: $n_1 > n_2$, $n_1 > n_3$, $n_2 + n_3 > n_1$. Проте на основному голосуванні сенатори, які вважали що підсудний є винуватим, об'єднувалися і голосували за страту.

Відтак, якщо головуєчий був зацікавлений у зменшенні міри покарання підсудного, то він мав провести голосування у два етапи: на першому етапі розділити прихильників виправдання та покарання, а на другому, якщо прихильників покарання виявиться більше, виставити на голосування різні міри покарання. При цьому на другому етапі голосуванні, ті сенатори, які голосували за виправдання підсудного однозначно проголосують за меншу міру покарання. Таким чином, замість процедури простої більшості голосів використовувалася процедура відносної більшості голосів.

Тобто, ще на початку II ст. н. е. Пліній Молодший вперше запропонував розглядати стратегію поведінки організатора голосування з метою прогнозування результатів вибору альтернатив у конкретних умовах. Він обґрунтував можливість зміни думок виборців і варіанти маніпулювання множиною альтернатив та процедурою голосування з метою досягнення прийнятного для організатора результату голосування.

Використання права «вето» бере свій початок із стародавньої Спарти, де згідно стародавніх традицій існував звичай проводити спільні трапези, на які щоразу збиралися приблизно 15–20 чоловік [3]. При цьому існувала спеціальна процедура голосування щодо нових кандидатур, які бажали стати учасником трапези. Кожному постійному члену обіду надавався кусок хліба, який вони мали покласти в спеціальну посудину, проте у випадку незгоди з участю нового претендента в трапезі, голосуючий повинен був сильно стиснути отриманий кусок хліба. В подальшому при наявності стиснутого кусочка хліба в посудині, кандидатів у прийомі до столу відмовляли, оскільки вважалося, що кожен учасник трапези мав бути задоволений від спілкування один з одним. Відтак, даний механізм голосування можна на сучасний лад ототожнювати з волевиявленням «одноголосно», що ґрунтується на застосуванні права вето.

Засновниками науки про методи підрахунку результатів голосування вважаються академіки Паризької академії наук Жан Шарль де Борда (1733–1799) і Марі Жан Антуан Ніколя де Каріта, маркіз де Кондорсе (1743–1794). 16 червня 1770 р. Жан Шарль де Борда, виступив на засіданні Паризької академії наук із доповіддю «Про

спосіб проведення виборів», у якій запропонував різні методи проведення голосування: перший спосіб полягав у обранні «безсмертних» – членів Академії наук, що мали право вето; друга методика ґрунтувалася на ранжуванні експертів та подальшому визначенні коефіцієнта для кожного з них. Запропонована система давала широкі можливості для маніпулювання, тому сам Жан Шарль де Борда попереджав, що вона створена лише для чесних людей [10].

Водночас, як показує історичний досвід, при проведенні класичної експертної оцінки шляхом підрахунку більшості голосів виникає багато недоліків, а саме:

- тиск авторитетів,
- небажання експертів публічно відмовлятися від своєї думки,
- небажання експертів суперечити загальноприйнятій точці зору тощо.

Відтак з метою прийняття вірного рішення, були розроблені наукові технології, що дозволяють виключити вплив окремих впливових експертів: метод Дельфі та «мозковий штурм».

Метод Дельфі (походить від давньогрецького міста Дельфі та дельфійських мудреців), який був розроблений у 1960-ті роки компанією РЕНД (США) [2]. Він базований на тому, що експертне опитування проводиться анонімно, у декілька турів з ознайомленням експертів із думками їхніх колег після кожного туру. Методологічно даний алгоритм дій полягає в тому, що спочатку всім експертам ставиться певне запитання, відповідь на яке потрібно дати письмово в балах. Вважається, що завдяки письмовому опитуванню зменшується вплив таких факторів як навіювання та схилення до думки більшості. Опитування проводиться декількома етапами, при цьому встановлюється зворотній зв'язок у вигляді повідомлення обробленої інформації про співпадіння точок зору на попередніх етапах опитування. Перші оцінки експертів, як правило, завищені, а при повторних опитуваннях експертам пропонується, на вибір, або обґрунтувати свої погляди, або змінити їх з урахуванням висновків інших експертів. Після декількох циклів (як мінімум їх має бути 4) експерти, звичайно, доходять майже однакових висновків. При цьому на всіх етапах опитування робота проводиться анонімно, а зв'язок між експертами здійснюється модератором (організатором), як правило, за допомогою електронної пошти.

Інша поширена версія опитування експертів – «мозковий штурм», яка була розроблена в 1930-их роках американським журналістом Алексом Осборном [9] та первинно називалась «психологічна активізація колективної творчої діяльності». Її суть полягає у повній забороні будь-якої критики в той час, коли пропонується ідея та пропозиції щодо розв'язання проблеми. Крім того, для стимулювання оригінальних, на-

віть «божевільних» ідей для їх генерування за-прошуються експерти-дилетанти – авторитетні фахівці в різних галузях науки, які водночас мають бути дилетантами щодо предмета експертизи. Відкладена до часу критика, яку здійснюють уже експерти-фахівці, не ототожнюється з критикою персони, яка висунула ідею. Як правило, ця методика значно стимулює творчу активність експертів-дилетантів, детонує ланцюгову реакцію оригінальних ідей, дає ефект так званого інтелектуального резонансу. Використання даного методу дозволяє підвищувати продуктивність експертів: вважається, що «добрих» ідей виникає більше в тих випадках, коли намагаються аналізувати тільки «добрі». «Мозковий штурм» дає можливість за годину отримати набагато

більше правильних результатів, ніж звичайні методи за декілька років.

Висновки

Метод експертних оцінок має тривалу історію свого розвитку та становлення – від античних часів до сьогодення. Протягом останнього століття прадавні способи проведення експертних оцінок модифікувалися та вдосконалилися людством завдяки досягненням в галузі психології, філософії та математики. При цьому метод експертних оцінок дотепер вважається актуальним та необхідним для вирішення багатьох дискусійних наукових питань в тому числі, і в системі охорони здоров'я.

Список літератури

1. Гнатієнко Г. М. Експертні технології прийняття рішень / Г. М. Гнатієнко, В. Є. Снитюк. – К., 2008. – 444 с.
2. Горбатенко В. Метод «Делфі» та специфіка його застосування у прогностичних розробках / В. Горбатенко, І. Петренко. – Політичний менеджмент. – 2008. – № 6. – с. 174–182
3. Зайков А. В. «Кривда» и конституционные процедуры в архаической Спарте / А. В. Зайков // Античная древность и средние века. – 2003. – № 34. – С. 23–34.
4. Новосад В. П. Кількісні методи експертного оцінювання / В. П. Новосад, Р. Г. Селіверстов, І. І. Артım. – К.: НАДУ. – 2009. – 36 с.
5. Рудень В. В. Методика проведення та оцінки результатів експертних оцінок (на прикладі впровадження системи моніторингу здоров'я населення на рівні первинної медико-санітарної допомоги) / В. В. Рудень, Т. Г. Гутор. – Український медичний часопис. – 2011. – № 2 (82). – 31–34 с.
6. Сергеев М. Е. Жизнь Древнего Рима. / М. Е. Сергеев – М., 1964 – С. 86.
7. Сорокина Т. С. Атлас истории медицины. Первобытное общество. Древний мир/ Т.С. Сорокина. – М.: ПАИМС. – 1994. – 384 с.
8. Marchesi I. The Art of Pliny's Letters: A Poetics of Allusion in the Private Correspondence / I. Marchesi. – Cambridge. – 2008. – 278 p.
9. Paulus P. B. Perception of performance in group brainstorming: The illusion of group productivity / P. B. Paulus, M. T. Dzindolet, G. Poletes, L. M. Camacho. – Journal of Personality and Social Psychology. – 1993. – № 64 (4). – 575–586 p.
10. Traimond P. Jean-Charles de Borda: Le système métrique/ Pierre Traimond. – Paris: Harmattan. – 2006. – 207 с.

Стаття надійшла до редакції 26.02.2013

Т. Г. Гутор

Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого

РЕТРОСПЕКТИВНЫЕ ОСНОВЫ ПРОЦЕССА СТАНОВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ ГРУППОВОГО МЕТОДА ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ

Работа заключается в анализе многовековой истории о различных способов агрегирования мнений экспертов в единое коллективное решение. Рассмотрены вопросы голосования большинством голосов, введение при голосовании права вето и создание методик для равноценной возможности права голоса всех экспертов.

Ключевые слова: История, экспертная оценка, метод Дельфи, мозговой штурм.

T. G. Gutor

Danylo Halytsky Lviv National Medical University

GROUP METHOD OF EXPERT ASSESSMENT – A RETROSPECTIVE BASIS OF THE PROCESS OF FORMATION AND DEVELOPMENT

The aim of work is to analyze the long history of the various ways of aggregation of expert opinion into a single collective decision. The questions about voting by majority, introduction voting veto and creating techniques for equal possibilities for voting rights of all experts are observed.

Keywords: History, expert assessment, Delphi method, brainstorming.

О. З. Децик, Ж. М. Золотарьова

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» МОЗ України

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА КАДРОВОГО СКЛАДУ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В КОНТЕКСТІ ОБСЛУГОВУВАННЯ ПАЛІАТИВНИХ ПАЦІЄНТІВ

Проведено соціологічне дослідження 389 медичних працівників практичної охорони здоров'я, поділених на три групи порівняння за ступенем контакту з інкурабельними та важкими хворими (постійний контакт, періодичний і практично відсутній).

Встановлено, що медичний персонал, який безпосередньо надає паліативну і хоспісну допомогу, порівняно із працівниками первинної ланки та організаторами охорони здоров'я, характеризується молодшим віковим складом, меншим стажем та нижчим рівнем кваліфікації, більшою часткою жінок та молодших медичних спеціалістів, нижчими доходами. Це може непрямо вказувати на плінність кадрів і непривабливість роботи з інкурабельними хворими та мати негативний вплив на якість надання паліативної та хоспісної допомоги.

Ключові слова: паліативна та хоспісна допомога, медичні кадри.

Одним з найвагоміших факторів, який забезпечує необхідну ефективність діяльності національної системи охорони здоров'я є її кадровий ресурс. Доступність та якість медичної допомоги безпосередньо залежить від забезпеченості кадрами, рівня їх кваліфікації, соціальних, гендерних характеристик тощо [1, 2].

В цьому плані досить специфічними є вигоди до медичного персоналу, задіяного у сфері паліативної та хоспісної допомоги (ПХД), мета якої – забезпечити максимально можливу якість життя пацієнта з тяжким невиліковним захворюванням до останнього моменту та систему підтримки сім'ї під час хвороби їхніх близьких і в період скорботи [3, 4, 5].

Звичайно, що у відповідності до рекомендацій Ради Європи, ВООЗ, Європейської асоціації паліативної допомоги навичками цього виду медичного обслуговування повинні володіти всі працівники сфери охорони здоров'я, а не лише спеціалісти з ПХД [3, 4]. Однак, професійна діяльність медичного персоналу, який постійно працює з інкурабельними пацієнтами, має свою негативну специфіку, оскільки супроводжується високою стресогенністю, значним емоційним і фізичним навантаженням, відповідальністю, постійним контактом з процесом помирання і смерті, відсутністю позитивних результатів докладених зусиль (адже все-одно прогноз для пацієнтів песимістичний), підвищеним ризиком розвитку синдрому емоційного вигорання. Все це робить таку професійну діяльність мало привабливою та непрестижною і на думку міжнародних та вітчизняних експертів може бути причиною високої пліннос-

ті медичних кадрів, притаманної сфері ПХД в цілому світі [4, 6, 7].

Мета роботи. Провести порівняльний аналіз складу медичного персоналу, який в різній мірі співпрацює з інкурабельними і важкохворими пацієнтами, за віком, статтю, рівнем кваліфікації, стажем роботи та рівнем матеріального доходу, як чинників можливого впливу на якість надання паліативної допомоги.

Матеріали та методи

За спеціально розробленою програмою опитано 389 медичних працівників практичної охорони здоров'я. Дизайн дослідження передбачав розподіл медичного персоналу на три групи за ступенем контакту з інкурабельними та важкохворими пацієнтами, у відповідності з яким першу (основну) групу склали 211 медичних працівників, які власне і надають паліативну чи хоспісну допомогу, оскільки мають з такими хворими безпосередній постійний контакт, другу групу сформували 111 медиків первинної ланки, ступінь контакту яких із інкурабельними хворими можна оцінити як середній, а третю – 67 організаторів охорони здоров'я, які контактують з таким контингентом хворих спорадично. Дослідження проводилось на базі закладів охорони здоров'я м. Івано-Франківська (обласний онкологічний диспансер, хоспіс, обласна клінічна лікарня, центральна міська клінічна лікарня, обласний центр СНІДу).

Оскільки за результатами дослідження отримані переважно категорійні (якісні) дані,

для статистичної обробки даних використовували формули розрахунку частоти кожного чинника на 100 опитаних і похибки репрезентативності для відносних величин, а оцінку достовірності різниці отриманих даних у групах порівняння проводили за допомогою критерію χ^2 [8].

Результати та обговорення

Слід зазначити, що за основними демографічними параметрами порівнювані групи медичних працівників суттєво відрізнялись між собою.

Як видно на рисунку 1, майже дві третини (66,9%) працівників ПХД – молоді люди у віці до 40 років, проти 43,2% серед працівників ПМСД та 32,8% серед керівників закладів охорони здоров'я ($p < 0,001$).

На наш погляд, така ситуація може бути спричинена притаманною для сфери ПХД плінністю кадрів, пов'язаною з підвищеним психоемоційним та фізичним навантаженням, низькою професійною мотивацією.

За статевим розподілом, як видно на рисунку 2, основний тягар обслуговування інкурабельних хворих припадає на медичний персонал жіночої статі, яких, як у групі респондентів, які безпосередньо надають ПХД, так і в групі працівників ПМСД – абсолютна більшість (81,0±2,7% та 80,2±3,8% відповідно). Серед організаторів охорони здоров'я частка осіб жіночої статі удвічі нижча – (44,8±6,1%, $p < 0,001$).

Крім того, частка молодших спеціалістів з медичною освітою, які працюють з інкурабельними хворими є значно вищою в порівнянні з медичним персоналом первинної ланки (55,9±3,4% проти 19,8±3,8%, $p < 0,001$), що відображає специфіку змісту ПХД – більшу потребу пацієнтів у догляді та в опіці, ніж у лікарській допомозі. Однак, враховуючи, що обслуговування інкурабельних пацієнтів, крім психологічного навантаження, вимагає значних фізичних зусиль, дивує, що всі представники середнього медичного персоналу у сфері ПХД – особи жіночої статі. На наш погляд, вказаний акцент є ще одним свідченням гендерних

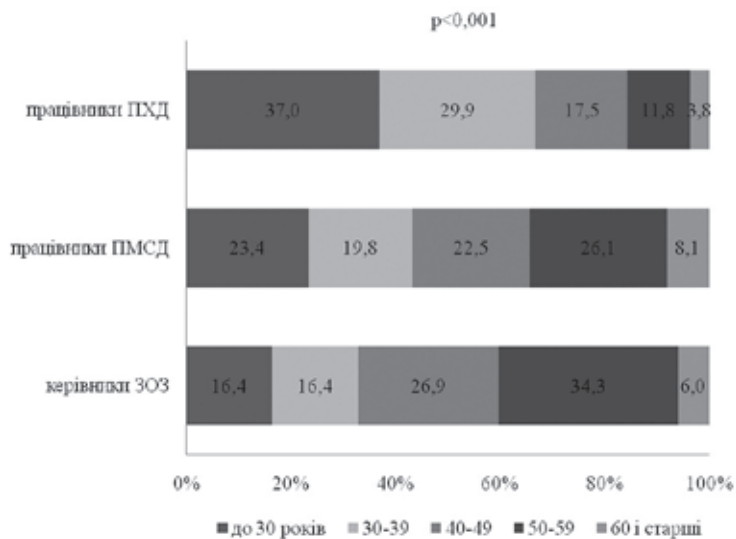


Рис. 1. Вікова структура опитаних медичних працівників

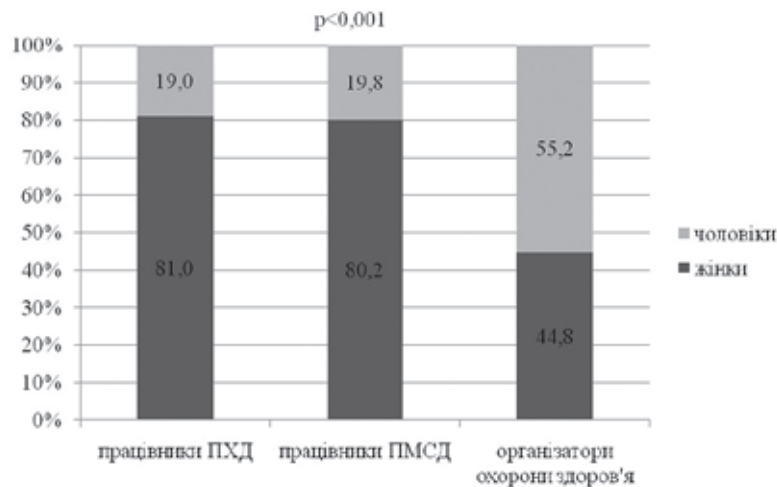


Рис. 2. Розподіл респондентів за статтю

стереотипів в цій професії внаслідок фінансової непривабливості, труднощів кар'єрного росту, низького престижу роботи тощо.

За місцем постійного проживання порівнювані групи між собою не відрізнялись ($p < 0,05$). Більшість з них ($74,6 \pm 5,3\%$ – $85,6 \pm 3,3\%$) – це містяни.

Аналізуючи рівень кваліфікації та стаж, враховуючи тісну кореляцію цих параметрів між собою та віком опитаних, зрозуміло, чому медичний персонал, який працює в сфері паліативної чи хоспісної допомоги, в цілому характеризувався нижчим рівнем кваліфікації ($p < 0,001$) порівняно з іншими медичними працівниками (рис. 3).

Так, серед працівників ПХД зареєстровані найбільші частки не атестованих ($37,7 \pm 3,4\%$) та осіб з другою кваліфікаційною категорією ($20,3 \pm 2,8\%$) у порівнянні із працівниками первинної ланки – ($31,5 \pm 4,5\%$) і ($12,0 \pm 3,1\%$) відповідно та організаторами охорони здоров'я – ($28,4 \pm 5,5\%$) і ($17,9 \pm 4,7\%$). І навпаки – з першою кваліфікаційною категорією серед працівників ПХД у 1,5–2 рази менше, ніж серед інших: ($16,4 \pm 2,6\%$) проти ($30,6 \pm 4,4\%$) працівників ПМСД і ($25,4 \pm 5,3\%$) керівників за-

кладів охорони здоров'я. Разом з тим, частки осіб з вищою кваліфікаційною категорією у порівнюваних групах були практично однакові: ($25,6 \pm 3,0\%$), ($25,9 \pm 4,2\%$) та ($28,4 \pm 5,5\%$) відповідно. Зрозуміло, що провідними причинами розглянутої ситуації можуть бути встановлені вище особливості вікової структури основної групи, більшої частки серед них молодших медичних спеціалістів, і можливо більш вираженої плинності кадрів.

Саме тому, очевидно, серед респондентів медичних працівників сфери ПХД, як видно на рисунку 4, зафіксована й найвагоміша частка тих, хто мали незначний стаж роботи – до 10 років ($43,3 \pm 3,5\%$), в той час як частка персоналу з таким же стажем на первинній ланці та серед організаторів охорони здоров'я значно нижча – $28,6 \pm 4,4\%$ і $27,3 \pm 5,5\%$ відповідно ($p < 0,001$).

Також у 1,5–2 рази вища й питома вага серед працівників ПХД осіб із стажем роботи 10–19 років: $27,1 \pm 3,1\%$ проти $14,3 \pm 3,4\%$ і $19,7 \pm 4,9\%$ відповідно. І навпаки – серед респондентів ПХД значно менше осіб із стажем роботи понад 20 років ($21,2 \pm 3,2\%$ проти $57,1 \pm 4,8\%$ і $53,0 \pm 6,1\%$ серед працівників ПМСД і керівни-

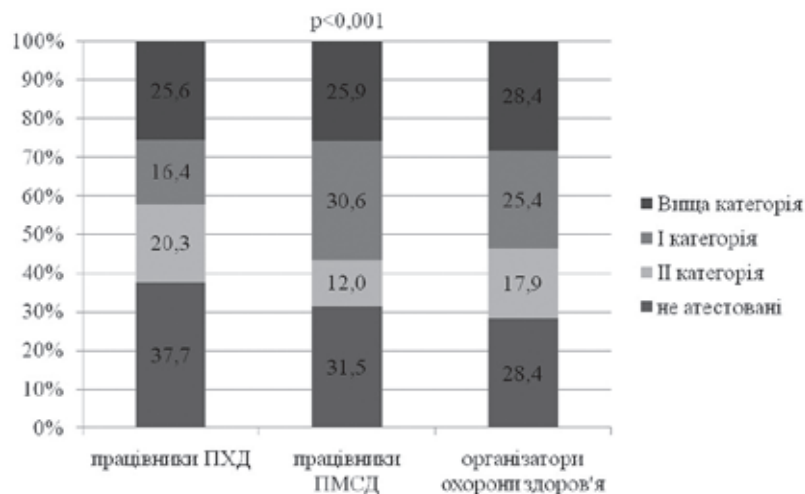


Рис. 3. Характеристика рівня кваліфікації респондентів

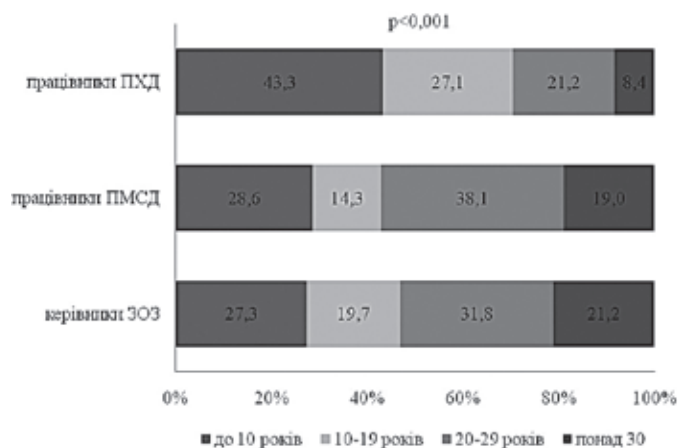


Рис. 4. Розподіл респондентів за стажем роботи

ків закладів охорони здоров'я). Очевидно, це в черговий раз свідчить в користь вибування медичного персоналу ПХД з професії.

При вивченні рівня соціального благополуччя респондентів, а саме його фінансової складової, встановлено, що значна частка медичного персоналу первинної ланки та працівників сфери ПХД вважають свою працю низькооплачуваною (41,8±4,7 і 40,3±3,4% відповідно) проти 19,4±4,8% організаторів охорони здоров'я ($p < 0,001$). Проте необхідно вказати, що оцінка свого матеріального благополуччя є досить суб'єктивною і може бути зумовлена тим, що респонденти порівнювали своє фінансове забезпечення з аналогічним серед своєї соціальної групи. Однак, серед всіх опитаних суб'єктивна оцінка та об'єктивні дані майже співпадали тільки у медичного персоналу, який надає паліативну чи хоспісну допомогу. Практично у половини (48,1±3,9%) респондентів цієї групи дохід на одного члена сім'ї був нижчим прожиткового мінімуму (очевидно теж за рахунок більшої частки молод-

ших медичних спеціалістів серед респондентів ПХД), проти 32,9±5,4% серед працівників первинної ланки та 10,7±4,1% організаторів охорони здоров'я.

Висновки

1. Встановлено, що медичний персонал, який безпосередньо надає паліативну і хоспісну допомогу, порівняно із працівниками первинної ланки та організаторами охорони здоров'я, характеризується молодшим віковим складом, нижчим стажем та рівнем кваліфікації, більшою часткою жінок та молодших медичних спеціалістів, нижчими доходами. Це може непрямо вказувати на плінність кадрів і непривабливість роботи з інкурабельними хворими та мати негативний вплив на якість надання паліативної та хоспісної допомоги.

2. Перспективи подальших досліджень полягатимуть у перевірці висунутих гіпотез та розробці відповідних заходів поліпшення кадрового ресурсного забезпечення ПХД.

Список літератури

1. Вороненко Ю. В. Проблеми забезпечення якості кадрових ресурсів системи охорони здоров'я України / Ю. В. Вороненко // Охорона здоров'я України. – 2008. - № 3 (31). – С. 20–22.
2. Москаленко В. Ф. Основні пріоритети подальшого розвитку кадрових ресурсів охорони здоров'я України в умовах євроінтеграції / В. Ф. Москаленко, Т. С. Грузєва, Л. І. Галієнко // Матеріали IV з'їзду спеціалістів з соціальної медицини та організаторів охорони здоров'я, (м. Житомир, 23–25 жовтня 2008 р.). – 2008. – Т. 2. – С. 150–152.
3. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe. / Recommendations from the European Association for Palliative Care. Part I // Eur. J of Palliative Care. – 2009. – # 16 (6). – P. 278–289.
4. World Health Organization. Better Palliative Care for Older People // Regional Office for Europe, WHO. – 2004. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/98235/E82933.pdf. – Титул з екрану.
5. Губський Ю. І. Розвиток служби паліативної та хоспісної допомоги в Україні як умова покращання доступності та якості медичної допомоги паліативним пацієнтам / Ю. І. Губський, А. В. Царенко // Медичні перспективи. – 2010. – Т. XV / 1, № 10. – С. 26–28.
6. Maslach C. Measuring Burnout / C. Maslach, M.P. Leiter, W.B. Schaufeli // The Oxford handbook of organizational well-being. Oxford (UK): Oxford University Press. – 2008. – P. 86–108.
7. Кужель І. Р. Рівень емоційного вигорання як базовий критерій необхідності та змісту психоедукативної та психокорекційної роботи з медичним персоналом хоспісу / І. Р. Кужель, М. В. Маркова // Психіатрія. – 2010. – № 1. – С. 34–39.
8. Децик О. З. Методичні підходи до узагальнення результатів наукових досліджень / О. З. Децик // Галицький лікарський вісник. – 2011. – Т. 18, № 2. – С. 5–8.

Стаття надійшла до редакції 18.02.2013

О. З. Децик, Ж. М. Золотарьова

ГВУЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» МЗ України

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КАДРОВОГО СОСТАВА УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В КОНТЕКСТЕ ОБСЛУЖИВАНИЯ ПАЛЛИАТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Проведено социологическое обследование 389 медицинских работников практического здравоохранения, разделенных на три группы сравнения по степени контакта с инкурабельными и тяжелыми больными (постоянный контакт, периодический и практически отсутствует). Установлено, что медицинский персонал, который непосредственно оказывает паллиативную и хосписную помощь, по сравнению с работниками первичного звена и организаторами здравоохранения, харак-

теризується более молодым возрастным составом, меньшим стажем и уровнем квалификации, большим удельным весом женщин и младших медицинских специалистов, более низкими доходами. Это может косвенно указывать на текучесть кадров, непривлекательность работы с incurable больными и негативное влияние на качество оказания паллиативной и хосписной помощи.

Ключевые слова: паллиативная и хосписная помощь, медицинские кадры.

O. Z. Detsyk, Jh. M. Zolotarova

Ivano-Frankivsk National Medical University

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF MEDICAL STAFF IN FACILITIES SERVICING THE PALLIATIVE PATIENTS

Conducted sociological study involved 389 health care workers, divided into three groups comparing by the degree of contact with incurable and severe patients (direct contact, from time to time and practically none). It was established medical personnel who directly provides palliative and hospice care, compared to primary care workers and health care managers, are characterized by a youngest age structure, less length of service and qualified, higher percentages of women and nurses, the low income. All of this indirectly indicate a personnel turnover, unattractive work with incurable patients, and would have a negative impact on the quality of palliative and hospice care.

Keywords: palliative and hospice care, medical staff.

О. З. Децик, А. М. Яворський, М. І. Яворський

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» МОЗ України

ШЛЯХИ ПОЛІПШЕННЯ ЗАДОВОЛЕНОСТІ ПАЦІЄНТІВ В СИСТЕМІ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ СТАЦІОНАРНОЇ ДОПОМОГИ

Проведено соціологічне опитування за спеціальною програмою 530 пацієнтів, які завершували лікування у хірургічних відділеннях стаціонарних закладів Івано-Франківської області всіх рівнів. Встановлено, що основні причини невдоволеності пацієнтів стаціонарним обслуговуванням лежать в площині недоліків інформаційно-деонтологічних (неналежне ставлення медичного персоналу, усунення пацієнтів від процесу прийняття рішення, неналежне інформування про права пацієнтів) і медико-організаційних (відсутність чіткості та організованості у діях медичного персоналу, лікарняних і догоспітальних підрозділів, невиконання стандартів стаціонарної допомоги). Запропоновано удосконалену схему управління якістю медичної допомоги закладу охорони здоров'я, новими елементами якої стали моніторинг задоволеності пацієнтів наданими послугами та навчання медичного персоналу навичок комунікації, правових аспектів взаємовідносин медичних працівників і пацієнтів, управління конфліктними ситуаціями.

Ключові слова: задоволеність медичною допомогою, управління якістю стаціонарної допомоги.

Питання забезпечення якості медичної допомоги – одне із ключових завдань систем охорони здоров'я [3, 4, 6]. На думку експертів ВООЗ сучасна система охорони здоров'я повинна забезпечувати доступність медичних послуг для тих, хто її потребує, характеризуватися високою якістю та безпечністю медичних послуг і забезпечувати максимально можливі результати на популяційному рівні (2008) [6, 8].

За останні два десятиліття відбулась еволюція поглядів міжнародних експертів на зміст поняття якості медичної допомоги.

За визначенням ВООЗ 1998 року «якість медичної допомоги – це точне (відповідно до стандартів) виконання різних видів медичного втручання, які вважаються безпечними, доступні у фінансовому відношенні для даного суспільства і здатні здійснити позитивний вплив на рівень смертності, захворюваності, непрацездатності і нерационального харчування» [3, 7].

На сьогодні якісним вважається медичне обслуговування, «при якому ресурси організуються таким чином, щоб з максимальною ефективністю і безпечністю задовольняти медико-санітарні потреби тих, хто найбільш усього потребує допомоги, проводити профілактику і лікування без непотрібних витрат і відповідно до вимог найвищого рівня» (2008) [3, 4, 7].

Тобто, відбулось переосмислення цінностей – пріоритетом визнано не тільки поліпшення показників популяційного здоров'я, а й задоволення потреб та очікувань людей [2, 7, 8].

Залучення самих пацієнтів у систему оцінки якості медичної допомоги стало вимогою часу. Європейський досвід показав, що дум-

ка споживачів медичних послуг повинна бути обов'язковим компонентом інтегрального критерію якості діяльності медичної служби або лікувального закладу [2, 5, 8]. Це дозволяє звернути увагу на оцінку тих аспектів медичної допомоги, що становлять найбільшу цінність для пацієнтів і населення загалом, а отже відповідає самій філософії поняття якості [5, 7, 8].

В Україні у відповідності до завдань Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» прийнята Концепція управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я на період до 2020 року (2011), метою якої також визнано «створення і функціонування державної системи управління якістю медичної допомоги населенню, спрямованої на задоволення обґрунтованих потреб та очікувань споживачів медичної допомоги, поліпшення здоров'я населення, забезпечення рівного і справедливого доступу усіх громадян до медичних послуг належної якості».

Це стало послідовним наступним етапом удосконалення управління якістю в охороні здоров'я та означило необхідність формування орієнтованої на пацієнта медичної допомоги [2, 6].

Мета роботи. Встановити пріоритетні чинники, які впливають на задоволеність пацієнтів якістю медичної допомоги, та обґрунтувати оптимальні стратегії її поліпшення.

Матеріали та методи

У дослідженні використані результати медико-соціального дослідження, що проводилось впро-

довж 2011–2012 рр. на базі хірургічних стаціонарних відділень для дорослих 6 міських і районних, 15 центральних районних та обласної клінічної лікарні Івано-Франківської області. Опитано 530 пацієнтів, які завершували в них лікування на момент проведення дослідження. За рівнем задоволеності наданою медичною допомогою респондентів було розділено на дві групи. Основну групу склали пацієнти, не задоволені наданими послугами (158 осіб), контрольну – задоволені (372 особи). За основними демографічними параметрами: розподілом за віком, статтю та місцем проживання, тобто чинниками, що могли суттєво вплинути на доступ та задоволеність якістю медичної допомоги, групи порівняння (задоволені і не задоволені наданою допомогою) між собою не відрізнялися ($p > 0,05$).

Для вивчення впливу окремих чинників на задоволеність медичною допомогою використали методику розрахунку показника відношення шансів (Odds Ratio, OR) та його 95% довірчого інтервалу (95% Confidential Interval, 95% CI) [1, 9]. Оцінку достовірності різниці отриманих даних у групах порівняння проводили за допомогою критерію χ^2 [9].

Результати та обговорення

Порівняльний аналіз отриманих даних дозволив визначити понад 50 різних чинників ризику незадоволеності медичною допомогою. За допомогою кластерного аналізу виділено чотири основні групи цих чинників: інформаційно-деонтологічні, медико-організаційні, доступності медичної допомоги та соціально-психологічної адаптації.

Не зважаючи на стереотипну громадську думку, що основними причинами невдоволення системою охорони здоров'я є недостатня доступність послуг для населення у фінансовому, територіальному, функціональному та інших аспектах, наше дослідження показало, що вплив цих чинників дещо перебільшений.

Найважливішими причинами невдоволеності медичним обслуговуванням виявились інформаційно-деонтологічні (сумарно OR=4,42; 95% CI: 3,05–11,29; $p < 0,05$), викликані головним чином неналежним ставленням і недостатньою емоційною підтримкою з боку медичного персоналу, недовірою до лікуючого лікаря, усуненням пацієнтів від процесу прийняття рішення щодо призначених їм методів медичних втручань, недостатнім обговоренням з хворими їх захворювання і можливих наслідків, неналежним інформуванням пацієнтів про їх права і обов'язки, про заклад, де вони отримують допомогу.

Як бачимо, всі ці чинники легко, без суттєвих додаткових витрат, піддаються корекції через дотримання етико-деонтологічних принципів у повсякденній діяльності медичного персоналу, належну організацію інформаційного забезпечення пацієнтів та моніторинг рівня їх задоволеності.

Не менш важливими причинами формування невдоволеності пацієнтів медичним стаціонарним обслуговуванням є медико-організаційні чинники (сумарно OR=3,72; 95% CI: 1,86–9,69; $p < 0,05$). На сьогоднішній час хворих обурює відсутність чіткості та організованості у діях медичного персоналу, недостатньо швидке реагування на їх запити, дезорганізованість та нескоординованість у роботі лікарняних та догоспітальних підрозділів, недотримання права пацієнта на

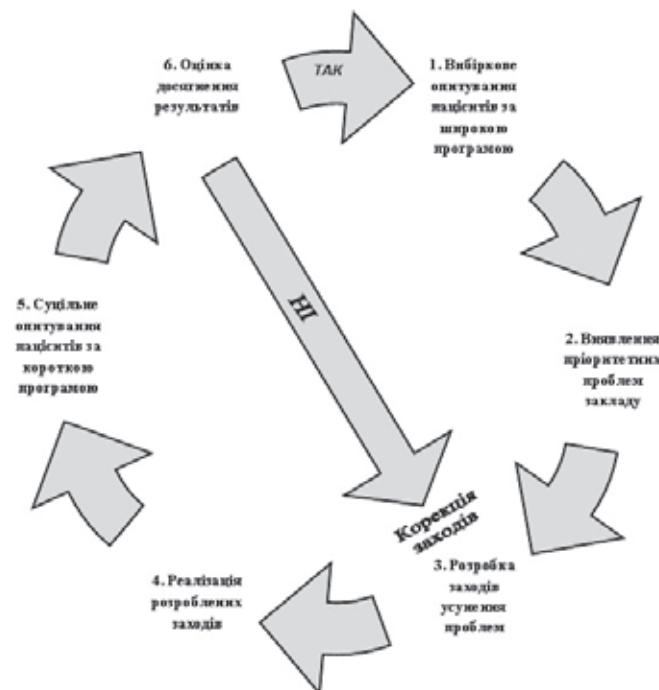


Рис. 1. Процес управління якістю медичної допомоги на основі моніторингу задоволеності потреб пацієнтів

вільний вибір лікуючого лікаря, невиконання стандартів стаціонарної допомоги та незадовільні результати лікування.

Усунення цих чинників вимагає чіткого дотримання медичним персоналом стандартів, уніфікованих та локальних протоколів медичної допомоги. Тобто, їх корекцію, зрештою як і попередньої групи чинників (інформаційно-деонтологічних), можливо забезпечити в умовах і на рівні конкретного закладу охорони здоров'я.

Доступність якісної медичної допомоги у всіх її аспектах (фінансовому, територіальному, культурному та функціональному) серед причин невдоволеності медичним обслуговуванням знаходиться на третьому місці (сумарно OR=2,53; 95% CI: 1,57–4,12; $p < 0,05$). Головними складовими цієї групи факторів є: неналежні умови перебування в стаціонарі і харчування, необхідність плати за різні медичні послуги та догляд, погане матеріально-технічне та медикаментозне забезпечення, недостатнє фінансування закладів охорони здоров'я на фоні низького рівня добробуту пацієнтів, відсталість медичних технологій, територіальна віддаленість закладів охорони здоров'я.

Зрозуміло, що корекція цих чинників вже вимагає системних державних програм та стратегій. На рівні закладу охорони здоров'я для оптимізації ресурсного забезпечення можна використовувати додаткові позабюджетні джерела фінансування.

Найменш вагомими, проте суттєвими для поглиблення невдоволеності стаціонарним обслуговуванням є чинники, що відображають соціально-психологічну дизадаптацію пацієнтів (сумарно OR=1,91; 95% CI: 1,10–3,54; $p < 0,05$). Значно частіше невдоволення отриманою допомогою висловлювали пацієнти, що зловживають алкоголем, з недоброчисливими стосунками у сім'ях, без достатньої підтримки з боку родини, знайомих, з низьким індексом соціальної активності, з низькою самооцінкою власного здоров'я, із скаргами на часті стреси. Очевидно, що їх корекція вимагає залучення до лікування таких пацієнтів фахівців – психологів.

Виходячи з основної мети сучасної концепції Загального управління якістю – задоволення очікувань споживачів [3, 7], та на підставі отриманих результатів власного дослідження нами розроблена удосконалена схема управління якістю медичної допомоги закладу охорони здоров'я, в основі якої – моніторинг задоволеності пацієнтів наданими послугами та запровадження навчання медичного персоналу навичок комунікації, правових аспектів взаємовідносин медичних працівників і пацієнтів, управління конфліктними ситуаціями (рис. 1).

Пусковим моментом (1 етап) цього процесу управління повинно стати опитування вибірки пацієнтів за програмою, що охоплює всі сторони

діяльності закладу (вивчення думки споживачів щодо дотримання їх прав, ресурсного забезпечення закладу, організації надання допомоги і послуг, ставлення медперсоналу до пацієнтів тощо). Для об'єктивізації отриманих результатів опитування повинно бути анонімним і проводитись на момент завершення випадку медичного обслуговування. Орієнтовний обсяг вибірки – 30–50 пацієнтів. Це дозволить провести таке дослідження у короткі терміни та забезпечити достовірність результатів [9].

Оцінка отриманих даних стане підґрунтям для виділення пріоритетних проблем закладу охорони здоров'я (2 етап) та розробки цілеспрямованих заходів їх усунення (3 етап).

В ході реалізації цих заходів (4 етап) для забезпечення зворотного зв'язку, оперативності моніторингу змін, необхідно запровадити суцільне опитування пацієнтів у момент завершення їх медичного обслуговування (5 етап). На цьому етапі процесу управління анкети повинні бути стислими, включати питання щодо найбільш актуальних на даний момент часу проблем закладу, встановлених за скаргами пацієнтів під час попереднього вибіркового опитування. Анкети повинні роздаватись пацієнтам при поступленні у стаціонар (зверненні за допомогою) з роз'ясненням, коли їх заповнювати (при завершенні лікування), де знаходяться місця для вкидання опитувальників (на виході із закладу, в «куточках споживача» тощо) і які гарантії їх анонімності.

На наш погляд, на звороті анкет варто надрукувати інформацію щодо прав та обов'язків пацієнтів. Це не тільки озброїть пацієнта важливою для нього інформацією, а й дисциплінує лікарів та інший медичний персонал, зменшить можливість формального підписання поінформованої згоди без партнерського обговорення із лікарем призначених методів медичних втручань даного захворювання та його наслідків [2].

Дані моніторингу задоволеності пацієнтів отриманими медичними послугами на підставі їх анкетування слугують індикаторами досягнення запланованих змін (6 етап). При негативному результаті – це підґрунтя внесення коректив у шляхи поліпшення якості медичного обслуговування (повернення до 3 етапу). Досягнення позитивного результату (завершення запланованих змін) – пусковий момент наступного процесу управління: виявлення нових проблем, пошук шляхів їх корекції і т. д.

Для забезпечення системності підходу, враховуючи, що в навчальні програми вітчизняних медичних закладів освіти на до і післядипломному рівнях не входить навчання та формування навичок спілкування з людьми, слід на рівні медичних установ запровадити спеціальні навчальні модулі (тренінги) для лікарів, середнього та молодшого медичного персоналу.

Програма такого навчального тренінгу пови-

нна включати як мінімум три модулі: правові аспекти взаємовідносин медичних працівників і пацієнтів, навчання навичок комунікації, управління конфліктними ситуаціями. В залежності від пріоритетності проблем у закладі охорони здоров'я на даний момент часу навчальні модулі можна коригувати, поповнювати іншими необхідними темами.

До проведення модулів можна залучати професіоналів з медичних університетів (спеціалістів з медичного правознавства, науковців) або психологів закладів охорони здоров'я (де вони введені в штат) чи навчених тренерів з числа лікарів установи.

Висновки

1. Встановлено, що основні причини недоволеності пацієнтів стаціонарним медичним обслуговуванням лежать в площині

недоліків інформаційно-деонтологічних (неналежне ставлення медичного персоналу, усунення пацієнтів від процесу прийняття рішення, неналежне інформування про права пацієнтів) і медико-організаційних (відсутність чіткості та організованості у діях медичного персоналу, лікарняних і догоспітальних підрозділів, невиконання стандартів стаціонарної допомоги).

2. Запропоновано удосконалену схему управління якістю медичної допомоги закладу охорони здоров'я, новими елементами якої стали моніторинг задоволеності пацієнтів наданими послугами та навчання медичного персоналу навичок комунікації, правових аспектів взаємовідносин медичних працівників і пацієнтів, управління конфліктними ситуаціями.

3. Перспективи подальших досліджень полягатимуть у впровадженні запропонованої моделі, перевірки її ефективності та при необхідності корекції.

Список літератури

1. Бабич П. Н. Применение современных статистических методов в практике клинических исследований. Сообщение третье. Отношение шансов: понятие, вычисление и интерпретация / П. Н. Бабич, А. В. Чубенко, С. Н. Лапач // Укр. мед. часопис. – 2005. – № 2 (46). – С. 113–119.
2. Гревцова Р. Ю. Актуальні правові питання інформаційного обміну між лікарем і пацієнтом / Р. Ю. Гревцова // Управління закладом охорони здоров'я. – 2007. – № 6. – С. 16–20.
3. Горачук В. В. Управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я : [монографія] / В. В. Горачук. – Вінниця: ПП Балюк І. Б., 2012. – 212 с.
4. Дзяк Г. В. Підходи до визначення стратегії підвищення якості медичного обслуговування в Україні, гармонізовані із загальноєвропейськими методами / Г. В. Дзяк, В. М. Лехан, Л. В. Крячкова // Медичні перспективи. – 2010. – Т. XV, № 1. – С. 6–9.
5. Как проводить оценку и мониторинг эффективности работы стационаров? // Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения. Фактические данные в поддержку принятия решений. – Евробюро ВОЗ, 2003. – 22 с.
6. Москаленко В. Ф. Системы здравоохранения: современный контекст : [монография] / В. Ф. Москаленко. – К.: «Книга-плюс», 2012. – С. 155–160.
7. Нові технології навчання менеджменту в медицині : [навчальний посібник] / За заг. ред. Ю. В. Вороненка, Н. Г. Гойди, О. П. Мінцера, М. Мітчела. – К.: Книга плюс, 2009. – 416 с.
8. Руководство по разработке стратегий обеспечения качества и безопасности с позиции систем здравоохранения // Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения. – 2008. – 86 с.
9. Forthofer R. N. Biostatistics: A Guide to Design, Analysis, and Discovery / R. N. Forthofer, E. S. Lee, M. Hernandez. – Amsterdam, etc.: Elsevier Academic Press, 2007. – 502 p.

Стаття надійшла до редакції 20.02.2013

О. З. Децик, А. М. Яворский, М. И. Яворский
ГВУЗ «Ивано-Франковский национальный медицинский университет» МЗ Украины

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ В СИСТЕМЕ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ

Проведен социологический опрос по специальной программе 530 пациентов, завершающих лечение в хирургических отделениях стационарных учреждений Ивано-Франковской области всех уровней. Установлено, что основные причины неудовлетворенности населения стационарной помощью лежат в плоскости недочетов информационно-деонтологических (ненадлежащее отношение медицинского персонала, устранение пациентов от процесса принятия решения, ненадлежащее информирование о правах пациентов) и медико-организационных (отсутствие четкости и организованности в действиях медицинского персонала, больничных и догоспитальных подразделений, невыполнение стандартов стационарной помощи). Предложена усовершенствованная схема

управления качеством медицинской помощи учреждения здравоохранения, новыми элементами которой стали мониторинг удовлетворенности пациентов предоставляемыми услугами и обучение медицинского персонала навыков коммуникации, правовых аспектов взаимоотношений медицинских работников и пациентов, управления конфликтными ситуациями.

Ключевые слова: удовлетворенность медицинской помощью, управление качеством стационарной помощи.

O. Z. Detsyk., A. M. Jaworskiy, M. I. Jaworskiy
Ivano-Frankivsk national medical university

WAYS TO IMPROVE PATIENT SATISFACTION IN INPATIENT CARE QUALITY MANAGEMENT SYSTEM

The study involved 530 patients completing treatment in the surgical departments of Ivano-Frankivsk region inpatient facilities. It is set that the main causes of dissatisfaction inpatient care lie in the plane of the shortcomings of information and deontological (improper attitude by medical staff, the patients removal from the decision-making, inadequate information on the rights of patients) and medical-organizational (lack of clarity and organization in the actions of the medical staff, hospital and pre-hospital units, non-standard inpatient care). The improved medical care quality management scheme is created. The new elements of this scheme are patient satisfaction monitoring and training of medical staff communication skills, legal aspects of relations between medical staff and patients, managing conflict situations.

Keywords: satisfaction of medical care, inpatient care quality management.

О. М. Кречотень

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

МЕТОДОЛОГІЯ ЦИКЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ВИРОБНИЧИМИ РИЗИКАМИ ТА ЇХ ПРОФІЛАКТИКОЮ

У статті висвітлено методологічні підходи до управління виробничими ризиками та їх профілактикою за циклічною схемою з результуючою метою попередження виникнення виробничо-зумовлених захворювань, виробничого травматизму та отруєнь під час трудової діяльності працівників.

Ключові слова: професійний ризик, профілактика, працівники, трудова діяльність, захворюваність.

Зниження народжуваності, різкий ріст передчасної смертності, надсмертність працездатного населення від неприродних причин, різке зниження середньої тривалості очікуваного життя призвели до різкого росту рівня працевтрат як від передчасної смертності, так і від захворювань, травм та інвалідизації, в т. ч. виробничих [1, 2]. В останні роки відмічається ріст працевтрат як за тимчасовою, так і за стійкою непрацездатністю, що безпосередньо чи опосередковано пов'язано з незадовільними умовами праці, проведенням заходів щодо реструктуризації та змін організаційно-правових форм підприємств і організацій господарського комплексу країни. Це призвело до спаду виробництва, росту явного та прихованого безробіття, підсиленню впливу стресогенних чинників на здоров'я працюючих. Серед професійних захворювань починають переважаєти нерізко виражені хронічні форми з полісистемним ураженням організму і проявами неспецифічних реакцій [3].

Ці обставини роблять професійний ризик, як імовірність втрати здоров'я у зв'язку з професійною діяльністю, невід'ємним компонентом життя будь-якої людини, яка зайнята у виробництві, що потребує формування умов для впровадження нових організаційних і клінічних технологій профілактики [4], більш кваліфікованого рішення експертних питань.

Мета роботи. За результатами власних досліджень запропонувати технологію управління виробничими ризиками та їх профілактикою.

Матеріали та методи

Здійснено поперечне одномоментне дослідження з використанням десяти методів дослідження, в т. ч. соціологічного опитування 1568 респондентів-працівників різних галузей основної та контрольної областей України, у процесі якого виявлено 21 чинник ризику, з них дев'ять виробничих, які згруповано

у 9 основних груп. Статистичний метод дозволив встановити причинно-наслідкові зв'язки між виявленими чинниками та виникненням виробничо-зумовлених захворювань, виробничого травматизму й отруєнь, а також визначити їх рангову значимість та здійснити прогностичну оцінку. Епідеміологічний метод забезпечив виявлення причин, які формують чинники ризику та встановити механізм їх впливу на стан здоров'я працюючих різних галузей під час здійснення ними трудової діяльності.

Результати та обговорення

Пропонована технологія управління ризиками та їх профілактикою (рис. 1) включає три взаємопов'язаних та взаємообумовлених цикли розпочинаючи з інформаційного, який передбачає проведення комплексного якісного суб'єктивно-об'єктивного експертного аналізу ризиків (макро- і мікроекономічних) з конкретизацією дії їх ідентифікації за галузями.

Необхідним інструментом при зборі інформації, аналізі професійних ризиків на різних рівнях (як на рівні певної професії, так і на рівні певного підприємства та певної території) є сучасні інформаційно-комунікаційні технології. Їх застосування дозволяє створити достатню для вірогідної вибірки базу даних про існуючі чинники ризику та стан здоров'я працюючих і на цій основі здійснювати гігієнічний моніторинг професійних ризиків, залучати до процесів обчислення та аналізу результатів фахівців різних галузей та установ.

Поняття професійного ризику включає комплекс взаємопов'язаних чинників впливу техногенної системи на людину, результатів цього впливу (сприймання ризиків тощо), а також механізмів та інститутів захисту від ризиків (охорона і медицина праці, соціальне страхування, реабілітаційне забезпечення тощо).

Кожен з компонентів ризику важливо вивча-

ти як окремо, так і в комплексі – у вигляді результуючого ефекту взаємодії існуючих ризиків, суб'єктів ризиків та «культури» керування безпекою [3].

З позицій охорони праці, професійний ризик, в першу чергу, розглядається в аспекті виявлення потенційних чинників, що можуть призводити до виробничо-зумовлених захворювань, травматизму та інвалідизації, а також розробки інженерних, технічних та організаційних заходів спрямованих на його зниження.

Важливою є інтеграція показників професійного ризику з різними наслідками (професійна, виробничо-зумовлена захворюваність, виробничий травматизм тощо) в системі моніторингу умов праці та на етапі керування ризиками.

Визначення професійного ризику здійснюється за допомогою математичних моделей, заснованих на використанні імовірнісних характеристик частоти несприятливих проявів шкідливої і небезпечної дії, що мають відображати вплив усього спектру виробничих чинників, якого зазнають працівники. Крім параметрів дії основного чинника, слід враховувати також можливий посилюючий або послаблюючий вплив комбінованої, поєднаної та комплексної дії чинників виробничого середовища, особливості режимів праці і відпочинку, використання засобів індивідуального захисту, соціально-побутові та екологічні аспекти.

При встановленні характеристик ризику (розрахунок: відносного та абсолютного ризику – RR, AR; етіологічної частки; індексу профзахворювань; накопиченої протягом стажу граничної експозиції) користуються різними методичними підходами. Так, якісні методи використовують для виявлення потенційних та існуючих ризиків, кількісні – для оцінки вірогідності, частоти та об'єму їх негативних наслідків.

Якісними методами часто користуються на початковому етапі дослідження ризиків для ідентифікації небезпечних і шкідливих чинників, при цьому ймовірність настання негативних наслідків прогнозується із значною похибкою. Якщо до процедури оцінки ризику вводиться система балів або пунктів, що більш чи менш об'єктивно (чисельно) оцінює можливість події і безпеку наслідків, тоді йдеться про напівкількісний метод оцінки, який може доповнювати якісний аналіз. Його використовують також на стадії кількісного аналізу [3].

Прикладом переважного використання якісних і напівкількісних методів є оцінка індивідуального ризику за результатами анкетування особи з метою визначення наявності та орієнтовного рівня експозиції професійних та додаткових (у т. ч. соціальних) шкідливих чинників. Отримані дані використовують для визначення абсолютного ризику особи.

Оцінка колективного ризику передбачає роз-

рахунок кількісних характеристик професійного ризику (відносного ризику, етіологічної частки відносного ризику кожного чинника та їх комбінацій, абсолютного ризику, індексу профзахворювань тощо), що, як правило, потребує проведення епідеміологічних досліджень стану здоров'я професійних груп населення. Чисельна або кількісна оцінка ризику має низку переваг: 1) дає підставу об'єктивно судити про ступінь загрози і порівнювати його з вимогами гігієнічних нормативів; 2) надає можливість розробити систему управління ризиком, відповідно до його ступеню; 3) порівнювати між собою, незважаючи на різну природу походження і негативного прояву, можна тільки чисельно оцінені ризики.

Методи кількісної оцінки ризиків надзвичайно трудомісткі і зазвичай їх застосування вимагає залучення фахівців з різних галузей знань [3].

При остаточній оцінці ризиків використовують науково обґрунтовані розрахунки залежності «умови праці (експозиція) – медико-біологічні показники (ефект)», що дає можливість прогнозувати вірогідність розвитку негативних змін у здоров'ї працівників, а також диференціювати заходи профілактики за об'ємом і терміновістю їх проведення.

Важливим на даному етапі є правильне планування проведення експертної оцінки щодо вибору як методу проведення експертизи, так і кількості експертів, їх кваліфікація, спеціалізація, досвід роботи у даному напрямку, наукова спрямованість та інше. Результуючим компонентом завершення даного циклу є отримання експертних висновків та звітів, на основі яких планується методологія наступних двох.

Організаційний цикл технології проводиться за чотирма послідовними етапами і полягає у виявленні основних чинників, що призводять до виникнення ідентифікованих ризиків та проведенні кількісної оцінки встановлення причинно-наслідкового зв'язку між ними та рівнем інвалідизації працівників з послідуєчим прогнозуванням та оцінкою їх впливу на стан здоров'я. Акцентованим аспектом у циклічному управлінні є вплив на різні види ризиків та чинники їх виникнення через використання правильно визначених прицільно орієнтованих методів/заходів для їхньої нейтралізації або зменшення, що є одним із основних завдань санітарно-епідеміологічної служби та управління праці у співпраці з керуючою ланкою підприємства та управлінням охорони здоров'я.

На завершальному логіко-мислячому циклі відбувається аналітичний контроль за результатами доцільності вибраних науково обґрунтованих методів/заходів щодо впливу на ризик з попередньо визначеними критеріями оцінки показників їх адекватності, ефективності та результативності. За умови відсутньої ефектив-

ності, тобто ризик зберігається на тому ж рівні впливу як і раніше, проводиться логічний аналіз помилок та причин, які призвели до їх виникнення на кожному етапі організаційного циклу, після усунення яких здійснюється повторна двоциклична (організаційний-логіко-мислячий)

технологія управління ризиками до отримання результату – «вплив ефективний», що в свою чергу, передбачає досягнення кінцевої мети щодо профілактики виробничо-зумовлених захворювань, травматизму та інвалідизації працюючого населення.

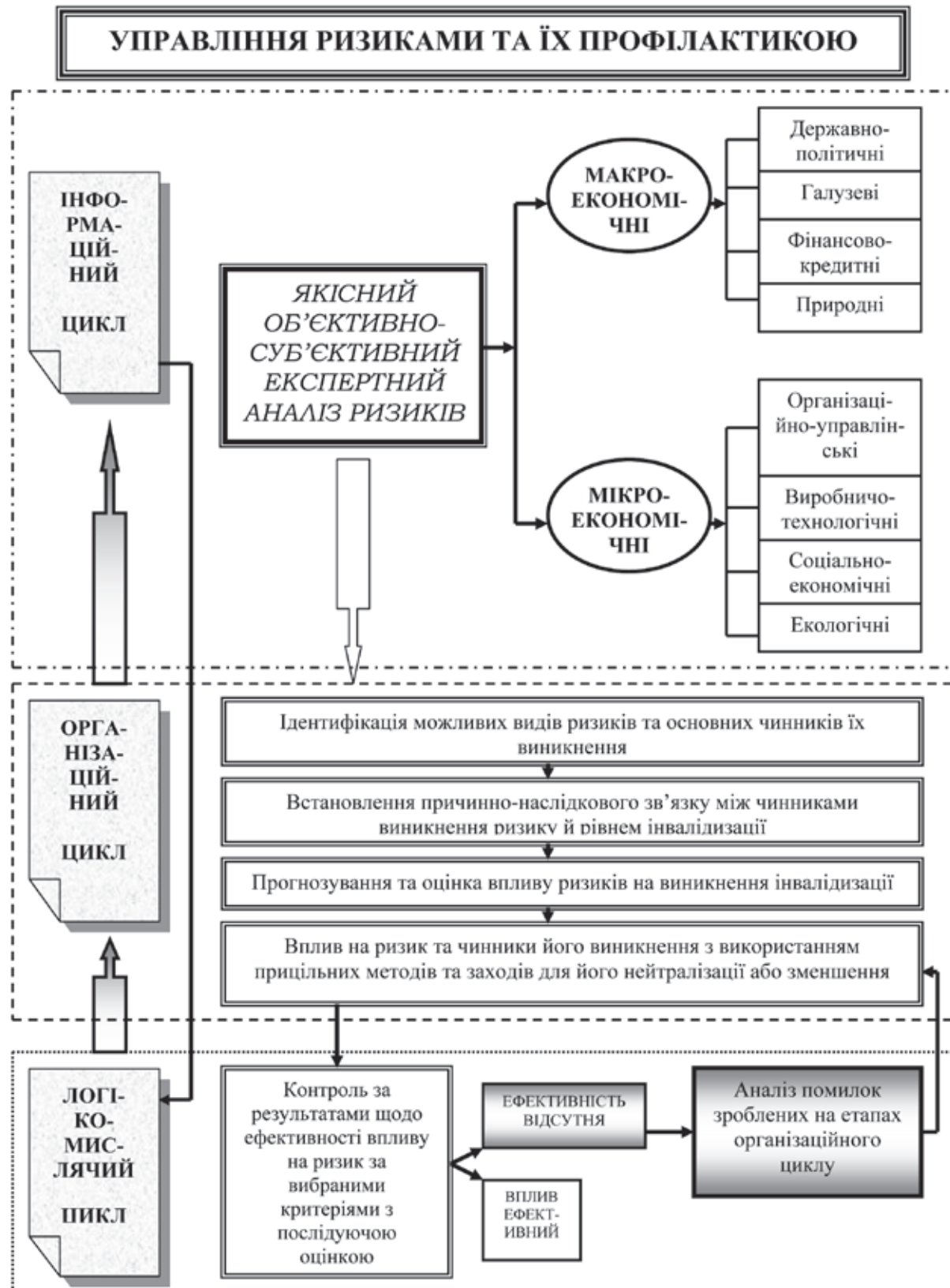


Рис. 1. Схема технології управління ризиками та їх профілактикою

Управління ризиками здійснюється комплексом організаційно-технічних, лікувально-профілактичних, економічних та інформаційних заходів. Згідно з рекомендаціями Міжнародної організації праці, перевагу слід віддавати технічним заходам з усунення небезпечного чинника та впровадження нових безпечних технологій. За неможливості усунення шкідливого чинника заходи спрямовують на зниження його рівня до безпечних величин. При збереженні залишкового ризику необхідно застосовувати засоби індивідуального захисту та здійснення захисту працюючих часом (режим праці та відпочинку, скорочений робочий день, додаткові відпустки), що подовжує безпечний стаж роботи.

Використання аналітичного підходу щодо управління ризиками та їх профілактикою у пріоритетному порядку дозволяє: 1) нівелювати ризик; 2) встановити контроль за ризиками в

джерелах їх виникнення; 3) звести до мінімуму ризику за допомогою розробки системи безпечної праці, впровадження інноваційних технічних та організаційно-управлінських заходів з використанням досвіду щодо охорони праці та професійної підготовки.

Висновки

Доцільність використання даного підходу полягає в тому, що його застосування дозволяє:

1. Комплексно виявити причинно-наслідкові зв'язки між чинниками ризику та виникненням захворювань/інвалідизації у працівників різних галузей.
2. Проаналізувати та оцінити конкретні ризику, котрі призвели до погіршення їх стану здоров'я, і, як результат, визначити прицільні методи/заходи щодо управління ними з подальшою їх нейтралізацією.

Список літератури

1. Сквирская Г. П. Медико-организационные аспекты совершенствования охраны здоровья работающих и развития профпатологической службы в современных экономических условиях [Текст] / Г. П. Сквирская // Медицина труда и промышленная экология. – 2001. – № 9. – С. 1–6.
2. Корнацький В. М. Проблеми здоров'я та подовження тривалості життя населення України [Текст] / В. М. Корнацький // Укр. мед. часопис. – 2008. – № 5. – С. 83–87.
3. Вертеленко М. В. Методичні підходи до оцінки ризику впливу шкідливих і небезпечних виробничих чинників на професійне здоров'я [Текст] / М. В. Вертеленко // Укр. журнал з проблем медицини праці. – 2007. – № 2. – С. 72–77.
4. Глембоцька А. Умови праці та стан здоров'я працівників основних галузей економіки за 2010 рік [Текст] / А. Глембоцька // СЕС. – № 1. – 2011. – С. 18–24.

Стаття надійшла до редакції 18.02.2013

Е. Н. Крекотень

Винницький національний медичний університет імені Н. І. Пирогова

МЕТОДОЛОГИЯ ЦИКЛИЧЕСКОГО УПРАВЛЕНИЯ ПРОИЗВОДСТВЕННЫМИ РИСКАМИ И ИХ ПРОФИЛАКТИКОЙ

В статье представлены методологические подходы к управлению производственными рисками и их профилактикой по циклической схеме с результирующей целью предупреждения возникновения производственно-обусловленных заболеваний, производственного травматизма и отравлений во время трудовой деятельности работников.

Ключевые слова: профессиональный риск, профилактика, работники, трудовая деятельность, заболеваемость.

О. М. Krekoten

Pirogov Vinnytsya National Medical University

METHODOLOGY OF A CYCLIC MANAGEMENT OF THE OCCUPATIONAL RISKS AND THEIR PREVENTION

In the article the methodological approaches to the management of the occupational risks and their prevention using a cyclic schema are presented. The resulting purpose of a cyclic management of the occupational risks is preventing of the work-related diseases, industrial injuries and poisonings during employer's labour activity.

Keywords: occupational risk, prevention, employers, labour activity, morbidity.

З. В. Лашкул

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

ВПЛИВ ОРГАНІЗАЦІЇ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА ЗАСАДАХ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ НА ЗАХВОРЮВАНІСТЬ І СМЕРТНІСТЬ ВІД АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЇ ПАТОЛОГІЇ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

У дослідженнях проведених автором протягом 10 років доведена ефективність роботи лікарів загальної практики в окремо взятому районі, по профілактиці смертності хворих на артеріальну гіпертензію, де первинна медична допомога надається лікарями загальної практики.

У той же час, аналіз медичної документації померлих унаслідок церебральної патології з артеріальною гіпертензією показав, що практично всі померлі, лікарські препарати приймали не регулярно. У 76% випадках мали надлишкову масу тіла, у 68% випадків реєструвався підвищений рівень холестерину.

Ключові слова: лікар загальної практики, хвороби системи кровообігу, артеріальна гіпертензія, смертність, захворюваність.

Стан здоров'я населення України на протязі останніх років характеризується збереженням високої смертності, низькою очікуваною тривалістю життя, високим рівнем захворюваності.

Серед неінфекційних хвороб, серцево-судинні захворювання спричиняють глобальні соціально-економічні втрати населення багатьох країн світу, включаючи й Україну. Саме ці хвороби на 66% визначають рівень загальної смертності всього населення нашої країни. Вони залишаються основною причиною смертності (30%) і серед осіб працездатного віку [1, 2].

У Політичній декларації щодо профілактики неінфекційних захворювань і боротьби з ними, яка була ухвалена рік тому під час 66-ї Генеральної асамблеї ООН, було визнано, що неінфекційні хвороби є одним із основних викликів розвитку людства у XXI столітті і створюють загрозу для соціально-економічного благополуччя в усьому світі. У своєму виступі, на цій Асамблеї, Президент України Віктор Янукович наголосив на виключній пріоритетності політики профілактики у здійснюваному реформуванні системи охорони здоров'я. У зв'язку з цим, вкрай важливою є розробка і реалізація комплексних превентивних заходів з подолання негативних тенденцій [1, 7].

В наш час загальною визнано, що ситуація з серцево-судинними захворюваннями значною мірою пов'язана зі способом життя і виникненням внаслідок цього фізіологічних чинників ризику. Країни, яким за останні 30 років вда-

лося досягти істотного зниження смертності від серцево-судинних захворювань, зокрема, США, Австралія, Фінляндія, Польща та інші, використовували концепцію факторів ризику при розробці і реалізації національних профілактичних програм. Наприклад, у Фінляндії зниження на 82% смертності від ішемічної хвороби серця, значною мірою обумовлено зменшенням рівня високого артеріального тиску, високого вмісту холестерину і паління. Аналогічним чином, у Литві, за рахунок зниження рівнів артеріального тиску, холестерину, індексу маси тіла і куріння зменшилась як загальна смертність, так і смертність від ішемічної хвороби серця [3, 4, 12].

Нажаль, серед широких верств населення в Україні, все ще немає достатнього розуміння ефективності профілактики. Все ще недооціненим залишається той факт, що зниження показників захворюваності та смертності, збільшення кількості років здорового життя людини можна досягнути, вкладаючи ресурси в профілактику захворювань і програми зміцнення здоров'я. Однією з причин такого нерозуміння є, зокрема, й те, що позитивні результати профілактики віддалені на десятки років [7, 8, 9, 10].

Заходи, спрямовані як на профілактику, так і на високоспеціалізоване лікування серцево-судинних захворювань, передбачені і в розробленому за ініціативи МОЗ України проекті Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: Український вимір», який після всебічного обговорення буде передано на розгляд до Верховної

Ради України. Зміна пріоритетів у фінансуванні профілактичної роботи у згаданій програмі передбачає повне задоволення потреб медичної галузі і населення у необхідних для цього ресурсах. Це є запорукою збереження здоров'я людини, як вищої людської цінності [1, 11]. За ініціативи Президента України Віктора Януковича, реалізується комплекс урядових заходів щодо покращення лікування хворих на артеріальну гіпертензію, проваджується регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою [7].

Одною із актуальних задач сучасної охорони здоров'я, з врахуванням проведення реформ на первинному рівні, є пошук ефективних шляхів профілактики серцево-судинних захворювань [7, 9, 13, 14].

Перехід до функціонування первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини дозволить суттєво збільшити ефективність профілактичної роботи, спрямованої на покращення здоров'я населення України [7, 8].

Серед чинників, які впливають на профілактику цих захворювань та смертність в більшості досліджень йде мова про модель організації первинної медичної допомоги за принципом сімейного лікаря [9, 12].

Мета роботи. Визначення впливу моделі організації медичної допомоги на засадах сімейного лікаря на захворюваність і смертність від артеріальної гіпертензії та цереброваскулярної патології з артеріальною гіпертензією в Михайлівському районі Запорізької області.

Об'єкт і методи дослідження: дослідження проводиться з 2001 року, тобто з часу запровадження моделі надання первинної медичної допомоги населенню Михайлівського району на засадах сімейної медицини. Дослідження, по вивченню впливу моделі надання первинної медичної допомоги на показники смертності і захворюваності від серцево-судинних захворювань, має три етапи: перший, це підготовка нормативних документів, прийняття рішень сільських та міських рад, розпорядження обласної державної адміністрації про запровадження первинної медико-санітарної допомоги населенню на заса-

дах сімейної медицини. Другий етап – це організаційна робота по оснащенню сімейних амбулаторій та підготовці медичного персоналу. Третій етап – це безпосередньо аналіз демографічних показників та показників здоров'я населення за період 2001–2011 років, проведення соціально-гігієнічного дослідження серед медичних працівників та населення району.

Методи дослідження: статистичний, соціологічний, експертних оцінок.

Результати та обговорення

Предметом цього обговорення є вплив сімейних лікарів на показники виявлення, охоплення диспансерним наглядом, захворюваності та смертності хворих артеріальною гіпертензією.

Аналіз статистичних показників виявлення артеріальної гіпертензії зріс з 22,1 в 2001 році до 28,9 в 2011 році. (табл. 1).

Показник охоплення диспансерним наглядом за аналогічний період зріс з 86,9 до 100% (табл. 2).

Захворюваність на артеріальну гіпертензію зросла з 1389,3 на 100 тис. дорослого населення в 2001 році до 2553,3 в 2011 році (табл. 3).

Смертність від артеріальної гіпертензії за цей період не реєструвалася.

Смертність населення від хвороб системи кровообігу зменшилась з 17,1 на 1000 жителів до 15,6 в 2011 році. (табл. 4).

Смертність від цереброваскулярних хвороб з артеріальною гіпертензією зменшилась з 10,5 в 2001 році на 1000 жителів дорослого населення до 1,6 в 2011 році. (табл. 5).

Кількість викликів швидкої допомоги зменшилась з 9574 в 2001 році до 5915 в 2011 році. (табл. 6).

Проведений аналіз медичної документації померлих від цереброваскулярної патології з артеріальною гіпертензією показав: що 98% хворих мали постійно підвищений АТ, в 68% хворих були високі показники загального холестерину, в 76% встановлена надлишкова маса тіла, практично всі хворі не дотримувались призначеного лікування.

Таблиця 1

Виявлення артеріальної гіпертензії (в відсотках оглянутих)

Рік	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Виявлення ГХ (%)	22,1	22,9	24,3	25,3	27,5	27,8	28,0	28,4	29,6	29,8	29,6

Таблиця 2

Охоплення диспансерним наглядом хворих на артеріальну гіпертензію (в відсотках від виявлених)

Рік	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Охоплення диспансерним наглядом (%)	84,0	87,5	92,5	96,5	96,8	97,0	98,1	99,8	100	100	100

Таблиця 3

Захворюваність на артеріальну гіпертензію (на 100 тис. дорослого населення)

Рік	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Михайлівський район	1389,3	933,8	985,9	751,5	859,1	2530,8	2553,2	3252,8	2530,2	2580,2	2284,9

Таблиця 4

Смертність від цереброваскулярних хвороб з артеріальною гіпертензією (на 1000 жителів дорослого населення)

Рік	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Михайлівський район	10,5	6,1	2,4	3,2	2,9	3,5	3,1	2,6	1,6	1,7	1,6

Таблиця 5

Смертність від хвороб системи кровообігу (на 1000 жителів дорослого населення)

Рік	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Михайлівський район	17,3	17,3	11,8	11,7	13,0	12,5	13,3	12,5	13,4	15,2	15,6

Таблиця 6

Кількість викликів швидкої медичної допомоги (всього за рік)

Рік	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Михайлівський район	9574	8681	9690	8079	7046	7712	7010	6165	6085	6120	5915

Таблиця 7

Аналіз медичної документації померлих від цереброваскулярних хвороб з артеріальною гіпертензією (за 2001–2011 роки)

№	Виявлені фактори ризику	Всього	Процент (%)
1	Кількість випадків	100	100
2	Мали постійно підвищений рівень АТ	98	98
3	Мали надлишкову масу тіла	76	76
4	Мали підвищений рівень холестерину	68	68
5	Не регулярно приймали ліки	100	100

Висновки

1. Організація первинної медичної допомоги на засадах сімейного лікаря за десятирічний період її запровадження на території Михайлівського району позитивно вплинула на показники смертності пацієнтів від артеріальної гіпертензії та від цереброваскулярних хвороб з артеріальною гіпертензією, як в цілому на показники смертності від хвороб системи кровообігу.

2. Десятирічний період дослідження показав, що це стало можливим за рахунок раннього виявлення артеріальної гіпертензії, та 100% охоплення хворих диспансерним наглядом.

3. В той же час аналіз медичної документації померлих від цереброваскулярної патології з артеріальною гіпертензією показав, що причиною ускладнень, були наявність таких факторів ризику, як постійно підвищений АТ, відсутність

у хворих прихильності до постійного прийому ліків, надлишкова маса тіла, гіперхолестеринемія.

4. В зв'язку з вищесказаним, з 2013 року в локальні стандарти по обстеженню хворих артеріальною гіпертензією на первинному рівні, включено визначення рівня загального холестерину.

5. З метою підвищення прихильності хворих до прийому ліків, та модифікації наявних факторів ризику, в первинній ланці охорони здоров'я, організовані «Школи здоров'я для пацієнтів з гіпертонічною хворобою» (На основі методичних рекомендацій розроблених кафедрою і узгоджених МОЗ України).

Дослідження, впливу організації первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини на захворюваність і смертність від артеріальної гіпертензії та цереброваскулярної патології з артеріальною гіпертензією, продовжуються.

Список літератури

1. В. М. Коваленко. Сучасні пріоритети і результати розвитку кардіології в Україні Український кардіологічний журнал додаток . – 1/2012. – С. 4–8
2. В. М. Коваленко. Профілактика серцево-судинних захворювань в Україні в світі міжнародних рекомендацій. Київ 2009 р. Медична енциклопедія. – С. 6–9
3. Рекомендації української асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії. – Київ 2008. – С. 80
4. ВОЗ Профілактика серцево-судинних захворювань. – Женева. – 2007. С. 19.
5. Рекомендации Европейского общества кардиологов по профилактике серцево-судинних захворювань в клинической практике. – 2012. – С. 84.
6. Школа здоров'я для больных серцево-судинними захворюваннями. Методическое пособие. – Москва. – 2011. – С. 137.
7. З. В. Лашкул Роль врача общей практики в профилактике серцево-судинних захворювань. Сучасні медичні технології. – 2010. – № 3. – С. 123–126
8. З. В. Лашкул Організація роботи сімейного лікаря по профілактиці цереброваскулярної патології. Збірник наукових праць, ЗМАПО. – 2010. – С. 247–256
9. З. В. Лашкул Влияние социально-гигиенических и медико-биологических факторов риска на заболеваемость и смертность от ССЗ на региональном уровне. Збірник наукових праць, ЗМАПО. – 2010. – С. 290–296
10. З. В. Лашкул Влияние социально-гигиенических и медико-биологических факторов риска на заболеваемость и смертность от ССЗ на региональном уровне. Збірник наукових праць, ЗМАПО. – 2010. – С. 290–296
11. З. В. Лашкул, Д. А. Лашкул, В. Ф. Посний, Г. В. Балашов, В. Л. Курочка, В. С. Авраменко, Одринський В. А., Фершал Я. Ю. Школа здоров'я, як сучасна технологія вторинної профілактики артеріальної гіпертензії в первинній ланці охорони здоров'я. Навчально-методичний посібник – Київ. – 2012. – С. 47
12. Discussion: what is happening with the guidelines? (I. Graham, Z. Reiner et al.) // Матеріали 76-го конгресу Європейського товариства з атеросклерозу (European Atherosclerosis Society, EAS). – 10–13 червня. – 2007; Гельсінкі, Фінляндія.
13. Brookes L. Preview of the Fourth European Guidelines on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. Medscape Cardiology. – 2007 (www.medscape.com).
14. Ringleb P. A., Bousser M. G., Ford G. et al. European Stroke Organisation (ESO) Executive Committee; ESO Writing Committee. Guidelines for Management of Ischaemic Stroke and Transient Ischaemic Attack – 2008. Cerebrovasc Dis 2008; 25 (5): 457–507.

Стаття надійшла до редакції 11.03.2013

З. В. Лашкул

ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины»

ВЛИЯНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ПРИНЦИПАХ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ ОТ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

В исследованиях проведенных автором на протяжении 10 лет доказана эффективность работы врачей общей практики в отдельно взятом районе, по профилактике смертности больных артериальной гипертензией, где первичная медицинская помощь предоставляется врачами общей практики.

В тоже время, анализ медицинской документации умерших по причине церебральной патологии с артериальной гипертензией показал, что практически все умершие, лекарственные препараты принимали не регулярно. В 76% случаях имели избыточную массу тела, в 68% случаев зарегистрировался повышенный уровень холестерина.

Ключевые слова: врач общей практики, болезни системы кровообращения, артериальная гипертензия, смертность, заболеваемость.

Z. V. Lashkul (Zaporozhye)

SI "Zaporizhia Medical Academy of Post-Graduate Education Ministry of Health of Ukraine"

INFLUENCE THE ORGANIZATION OF PRIMARY HEALTH CARE TO THE PRINCIPLES OF FAMILY MEDICINE ON MORBIDITY AND MORTALITY FROM HYPERTENSION AND CEREBROVASCULAR DISEASE WITH HYPERTENSION

In the studies conducted by the author for 10 years proved the effectiveness of general practice in a particular area, to prevent mortality in hypertensive patients, where primary health care is provided by general practitioners.

At the same time, the analysis of medical records of deaths due to cerebral pathology with hypertension showed that almost all the dead, not taking medications regularly. In 76% of cases were overweight, 68% of high cholesterol.

Keywords: general practitioner, cardiovascular diseases, hypertension, mortality, morbidity.

О. М. Лисунець

ДУ «Український Державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпропетровськ

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ЕКСПЕРТИЗА ПРИ ВРОДЖЕНИХ ВАДАХ СЕРЦЯ ЯК СОЦІАЛЬНА ТЕХНОЛОГІЯ

Стаття присвячена питанню медико-соціальних проблем, що склалися на сучасному етапі в практиці введення хворих на вроджені вади серця. Сучасні показники поширеності вродженої патології серця диктують необхідність розробки ефективних технологій, які будуть здатні забезпечити вдосконалення механізму надання соціальної допомоги пацієнтам з вродженими вадами серця працездатного віку.

Ключові слова: вроджені вади серця, соціальні технології.

Серед соціальних проблем сучасної України, що мають економічне і навіть політичне значення, слід назвати інвалідність [3].

За даним ВООЗ, близько 30% дитячої інвалідності і захворюваності обумовлено пороками розвитку. Генетичні, спадкові захворювання, пороки розвитку нерідко сприяють формуванню хронічної патології. Вроджені вади серця (ВВС) – одна з найпоширеніших патологій у дітей, що призводить до соціальної недостатності. За останнє десятиріччя спостерігається зростання частоти ВВС в Україні. Якщо у 1997 році ВВС діагностували у 0,40% на 1000 народжених живими, у 2000 році – у 0,50%, то у 2005 році – у 0,85% відповідно. У 2005 році загальна кількість хворих із ВВС у віці до 14 років склала 37588 осіб, 14–18 років – 8708 хворих, і їх кількість продовжує невпинно зростати. В Україні щорічно народжується 5–6 тисяч дітей із ВВС, а майже 1,5 тисячі з них потребують невідкладної кардіохірургічної допомоги. Протягом останніх 30 років у всьому світі відмічається значне зростання числа пацієнтів з успішно скорегованими ВВС. В наші дні до 85% дітей, які з'явилися на світ з аномаліями розвитку серцево-судинної системи, доживають до дорослого віку. Очікується, що група дорослих пацієнтів, які перенесли операції з приводу ВВС збільшуватиметься приблизно на 5% в рік [1, 4, 6, 11].

Організація повномасштабної кардіохірургічної допомоги не зупинила зростання числа хворих в Україні з цією патологією, які потребують соціальної підтримки [10]. Широке дослідження стану хворих з вадами серця породило безліч теоретичних і практичних проблем. Були не тільки накопичені нові знання й хірургічний досвід лікування вад серця, але виявлені інші проблеми, що виникали у міру того, як збільшувалась кількість хворих після кардіохірургічного лікування, тривалість життя яких після операції наблизилася до тривалості життя здорової людини. Було роз-

почато пошук широких фізіологічних і патофізіологічних узагальнень, необхідних для глибокого розуміння суті змін, що відбуваються в організмі хворого, та використання отриманих знань для організації широкої медичної діяльності по подоланню даної патології.

Будь-яку поразку серцево-судинної системи дитини слід розглядати як захворювання всього організму [1, 6, 11]. Порушення функцій та компенсаторні зрушення з першого дня життя йдуть поряд, до патологічного процесу залучаються все нові органи й системи, приводячи до глибоких і різносторонніх зрушень в організмі. У зв'язку з незрілістю захисні реакції дитини відрізняються слабкою вираженістю, а механізми компенсації швидким виснаженням [4]. З іншого боку, молодий організм дуже пластичний, тому хронічні, «повільні» дії в цьому віці можуть призвести до такої глибокої перебудови, яка рідко можлива у дорослих [11]. Клінічна картина й прогноз при цьому визначаються декількома чинниками, головними з яких є анатомічна вираженість пороку і ступінь напруженості компенсаторних механізмів [1, 6]. Компенсація та декомпенсація є єдиним процесом адаптації організму до пошкодження. Пристосування діяльності серцево-судинної системи до підвищення навантаженням у здорових і у хворих забезпечується одними й тими ж функціональними механізмами. Відмінність полягає в тому, що у здорових ці механізми діють недовго і не постійно, а у хворих – тривало і безперервно. Нервово-психічний розвиток у більшості пацієнтів, які підлягали операції з приводу ВВС, досить не визначений: наголошуються або порушення, що раніше були, або придбані в результаті ускладнень в передопераційному періоді і в період операції [9]. Іноді причинами затримки розвитку є внутрішньоутробні інфекції, синдром Дауна та інші синдроми, пов'язані з відставанням у розумовому розвитку. У пацієнтів, що перенесли операції, які

технологічно передбачають гіпотермічну зупинку кровообігу або гіпотермічну перфузію з малою об'ємною швидкістю, у віддаленому періоді наголошується відставання в розумовому розвитку [12]. Хронічні мозкові синдроми, такі як хореоатетоз, зв'язують з використанням глибокої гіпотермії. Існує мало даних, що стосуються пізнього результату у пацієнтів, які підлягали операції на серці в дитинстві. Проте, їх шкільна успішність, успіхи на роботі та частота вступів до браку менша ніж дані показники у дорослих такого ж віку без ВВС. У зв'язку з цим треба відзначити, що ВВС можна розглядати як природну «модель» дефіцитарного розвитку, що обтяжена цілим комплексом біологічних шкідливостей; наявність цього захворювання вабить переструктурування всієї соціальної ситуації розвитку дитини [11, 12, 13].

В умовах економічної нестабільності виникають передумови для різкого збільшення хворих на серцево-судинні та вроджені захворювання, що вселяє серйозні побоювання за долю підростаючого покоління й соціально-економічний розвиток країни в цілому. Переламати ситуацію можна тільки за умови повної та всебічної мобілізації фундаментальної, медичної, біологічної науки й передової медичної практики, а також розробки та використання ефективних організаційно-методологічних технологій профілактики та реабілітації.

Необхідною умовою реалізації будь-якої соціальної технології є наявність існуючих або створення нових організаційних структур, що забезпечують цілеспрямовану дію на соціальний об'єкт [5]. В даному випадку такою структурою служить державна служба медико-соціальної експертизи (МСЕ). Основною метою МСЕ (як соціальної технології) являється визначення потреб оглянутої особи в заходах соціального захисту, що включає реабілітацію. У Законі про реабілітацію інвалідів в Україні (2005), Державної типової програми реабілітації інвалідів, затвердженої Постановою Кабінету Міністрів України від 08.12.2006 р. № 1686; Положення про індивідуальну програму реабілітації інваліда, затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 23.05.2007 р. № 757 записано, що «медико-соціальна експертиза визначення в установленому порядку потреб оглянутої особи в заходах соціального захисту, включаючи реабілітацію, на основі оцінки обмежень життєдіяльності, викликаних порушеннями здоров'я із стійкими розладами функцій організму». Таким чином, в законодавчих документах відбита мета МСЕ, обкреслені межі компетенції і повноважень фахівців служби МСЕ, відмічена соціальна значущість експертного рішення в аспекті заходів соціального захисту. Вказана вище мета МСЕ видозмінила завдання, що вирішуються фахівцями служби МСЕ, змінила склад самих фахівців цієї служби (з'явилися фахівці з реабілітації, соціальної роботи, психологи та ін.). Змістився акцент з того «що не може інвалід» на те «що може

інвалід» і які умови потрібні для реалізації його можливостей. Звідси з'явилися нові по суті поняття: реабілітаційний потенціал і реабілітаційний прогноз, реабілітаційний ефект, індивідуальна програма реабілітації (ІПР) та ін. З організаційно-методологічних позицій суть технологізації МСЕ можливо звести до наступного: формування процесу; додання йому цільової спрямованості; оптимізація соціального процесу і забезпечення його стійкості; забезпечення сприятливих супутніх умов. Основу технологічного процесу МСЕК повинен складати визначений алгоритм дій, програма рішення принципово нових завдань, що дозволяє отримати передбачуваний і обґрунтований результат. Послідовність процедур і операцій, що пропонується цим алгоритмом, повинна складатися з формування мети, вироблення і вибору способів впливу, організації дії, оцінки і аналізу результатів дії. У приведеному алгоритмі визначальним є формування мети, етап постановки цілі, яка повинна бути чітко і коректно визначена, практично досяжна і припускає процедуру перевірки. Даний етап повинен будуватися на наступних принципах: точне і чітке формулювання цілі стосовно даної конкретної ситуації; визначення цілей інших осіб та організацій, на які передбачається направляти дію; визначення вірогідних наслідків досягнення сформульованих цілей, деякі цілі можуть виявлятися, по суті, засобом досягнення інших, побічних або що відділених цілей; визначення обставин, що сприяють поставленим цілям чи перешкоджають досягненню; виявлення складових проблемної ситуації – керованих і некерованих. При формуванні мети важливо визначити, які умови та обставини, що до неї відносяться, піддаються дії і контролю, а які ні.

Проте мета без визначення засобів її досягнення – лише проект, що не має реальної опори в самій дійсності. Отже, має бути об'єктивно зумовлена досяжність мети. Аналіз проблемної ситуації, а стосовно МСЕ реабілітаційно-експертна діагностика, по-перше, дозволяє сформулювати, уточнити, об'єктивізувати конкретні цілі у конкретного оглянутого, а, по-друге, виробити і вибрати способи впливу (передусім, об'єм і характер реабілітаційних заходів), вибрати адекватний інструментарій соціальної дії, оптимальний варіант рішення проблеми. Останнє багато в чому зумовлює організацію самої дії. З технологічних позицій і реабілітаційно-експертна діагностика, і організація реабілітаційного процесу повинні базуватися на системному підході при аналізі і рішенні особистих проблем інваліда.

Однак, існуюча система реабілітації осіб з ВВС, у тому числі у віддалені періоди після хірургічної корекції, вимагає серйозного перегляду, як в цілому, так і по окремих складових. Якщо схеми ведення пацієнтів з ВВС до кардіохірургічного втручання і в стаціонарі представляються достатньо відпрацьованими, то в організаційному плані реа-

білітаційна допомога не орієнтована на сучасні показники поширеності вродженої патології серця. Не дивлячись на велике число пропонуваніх методик по лікуванню і реабілітації пацієнтів з ВВС, при упровадженні кожної з них виявляються свої регіональні особливості, що пов'язані з можливостями адміністративних територій (наявністю адекватної матеріально-технічної бази, кадрового

складу, тощо).

Таким чином, слід визнати, що оцінка соціальних, медичних і правових положень, що склалися на сучасному етапі в практиці введення хворих на ВВС, диктує необхідність розробки ефективних технологій, які будуть здатні забезпечити вдосконалення механізму надання соціальної допомоги пацієнтам з ВВС працездатного віку.

Список літератури

1. Зиньковский М. Ф. Врождённые пороки сердца / М. Ф. Зиньковский, под ред. акад. А. Ф. Возианова. – К.: Книга-плюс, 2010. – 1200 с.
2. Лисунець О. М. Стан та актуальні питання медико-соціальних аспектів інвалідності при вроджених вадах серця після хірургічної корекції / О. М. Лисунець, І. Я. Ханюкова, О. В. Танцура, Ю. В. Ткаченко // Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. Випуск 19, книга 2. – Київ., 2010. – С. 162–166.
3. Медичні аспекти медико-соціальної експертизи при вроджених вадах серця у дорослих: науково-методичний посібник для лікарів медико-експертних установ та лікувально-профілактичних закладів / А. В. Іпатов, О. М. Лисунець, І. Я. Ханюкова, Ю. В. Ткаченко / за ред. члена-кор. АМН України проф. М. Ф. Зиньковского. – Дніпропетровськ: Пороги, 2012. – 87 с.
4. Моисеенко Р. А. Современные проблемы и задачи детской кардиоревматологической службы Украины / Р. А. Моисеенко, А. П. Волосовец // Мат-лы конференции «Актуальные вопросы детской кардиоревматологии», 27–28 апреля, Евпатория. – 2006. – С. 94–98.
5. Науменко Е. Б., Шестаков В. П. Технология социальной работы: учеб. пособие / Е. Б. Науменко, В. П. Шестаков // СПб., 2005. – Ч. 3–98.
6. Островський Ю. П. Хирургия сердца / Ю. П. Островський. – М.: Мед. литература, 2007. – 576 с. 235.
7. Султанова А. С. Внутренняя картина болезни подростков, перенесших операцию при врожденном пороке сердца: Дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Султанова Альфия Сергеевна. – М., 2000. – 236 с.
8. Сучасний стан первинної інвалідності при вроджених вадах системи кровообігу у осіб працездатного віку в Україні / О. М. Лисунець, І. Я. Ханюкова, Ю. В. Ткаченко, І. М. Зубко // М-ли XII Національного конгресу кардіологів України. – К., 2012. – С. 128–129.
9. Шарыкин А. С. Врожденные пороки сердца: руководство для педиатров, кардиологов, неонатологов / А. С. Шарыкин. – М.: Бином, 2009. – 384 с.
10. Шевченко Ю. Л. Кардиохирургическая агрессия и головной мозг / Ю. Л. Шевченко, А. А. Михайленко, А. Н. Кузнецов, А. А. Ерофеев. – СПб.: Наука, 1997.
11. Юргенс Т. А. Отдаленные результаты хирургического лечения коарктации аорты и физическая работоспособность: дис. кандидата мед. наук: 14.00.44 / Татьяна Арвидовна Юргенс. – М., 2005. – 230 с.

Стаття надійшла до редакції 14.03.2013

Е. М. Лисунець

ГУ «Украинский государственный НИИ медико-социальных проблем инвалидности МЗ Украины»

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ЕКСПЕРТИЗА ПРИ ВРОЖДЕНИХ ПОРОКАХ СЕРЦЯ ЯК СОЦІАЛЬНА ТЕХНОЛОГІЯ

Стаття посвящена вопросу медико-социальных проблем, которые сложились на современном этапе в практике введения больных с врожденными пороками сердца. Современные показатели распространенности врожденной патологии сердца диктуют необходимость разработки эффективных технологий, которые будут способны обеспечить совершенствование механизма предоставления социальной помощи пациентам с врожденными пороками сердца работоспособного возраста.

Ключевые слова: врожденные пороки сердца, социальные технологии.

O. Lysunets

Ukrainian State research institute of mediko-social'nikh problems of disability

MEDICAL AND SOCIAL EXPERTISE IN CONGENITAL HEART DISEASE AS SOCIAL TECHNOLOGY

The article is devoted medical and social issues which have developed at the present time in management of patients with congenital heart disease. The prevalence of congenital heart disease now make it necessary to develop effective technologies to be able to ensure the improvement of the mechanism for providing social care for adult patients with congenital heart defects.

Keywords: congenital heart defects, and social technologies.

О. Н. Литвинова, Н. О. Теренда, В. С. Коломийчук

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

МЕТОДИ ЕКОНОМІЧНОЇ ТЕОРІЇ В РЕФОРМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

У статті розглядається дія основних засад економічної теорії в системі охорони здоров'я. Показана необхідність застосування законів та категорій економічної теорії в процесі реформування системи охорони здоров'я, що неминуче призведе до раціональної організації суспільних відносин у сфері охорони здоров'я, забезпечить потреби людей в плані охорони здоров'я, та його повернення у разі захворювання через лікування. Акцентовано на тому, що використання економічних методів та механізмів в системі охорони здоров'я значно підвищить показники національного доходу через відтворення робочої сили.

Ключові слова: економічна теорія в системі охорони здоров'я, продуктивні сили, робоча сила.

Економічна теорія є методологічною і теоретичною базою системи економічних наук в т.ч. охорони здоров'я. Зокрема економіка охорони здоров'я базується на основних законах та категоріях економічної теорії [1].

Економічна теорія, маючи місію розробки економічних механізмів, дозволить з їх допомогою досягати раціональної організації суспільних відносин у сфері охорони здоров'я для забезпечення добробуту людей в плані як охорони, так і повернення їм здоров'я, тобто лікування.

Саме економічна теорія дає відповіді на запитання чому одні галузі процвітають, інші, як охорона здоров'я на даному етапі історичного розвитку України – занепадають. Від яких показників залежить добробут громадян держави, що таке валовий національний продукт і чому від його величини, а саме від стану справ у сфері матеріального виробництва залежать можливості фінансування медицини й інших галузей соціальної сфери? Саме знання економічної теорії дає можливість розуміти і аналізувати соціально-економічні явища і процеси, бачити їх динаміку в часі, тенденції, альтернативність і перспективу розвитку. Вільне володіння законами економічної теорії дає можливість уникати повторень помилок і раціонально адаптувати бажані перспективи до реальних можливостей сьогодення.

Методи економічної теорії в системі охорони здоров'я дають можливість визначати які послуги, в якому обсязі, як і для кого раціонально їх надавати. З допомогою аналітичної економіки є можливість вивчати зміни в системі охорони здоров'я, динаміку затрат, обсяг наданих послуг, кадрову зайнятість, що дасть змогу розробити адекватну політику раціонального функціонування галузі. Аналіз зовнішнього ринку системи охорони здоров'я методами економічної теорії дасть відповідь на питання які напрямки доцільно розвивати у власній країні, а що кра-

ще імпортувати, маючи на увазі як матеріальні цінності (обладнання, медикаментозні засоби та апаратуру) так і безпосередньо послуги. Використовуючи методологічний апарат економічної теорії в системі охорони здоров'я та медичної допомоги, можна найоптимальнішим шляхом вирішити питання надання населенню повноцінної медичної допомоги при раціональному використанні ресурсів.

З 2015 року в Україні суттєво розширюються можливості приватної підприємницької діяльності в галузі охорони здоров'я. Ділових людей медичної галузі цікавлять питання, які належать до економічної теорії, а саме: в чому суть розширення свободи господарської діяльності, який досвід мають країни з розвинутою ринковою економікою в цьому напрямку, як будуть діяти товарна і фондова біржі тощо?

Людське суспільство не може існувати, не виробляючи матеріальні і духовні блага. Наука, культура, соціальна сфера, мораль, політика – усе це людство може дозволити собі лише тому, що в економіці визрівають необхідні матеріальні умови. Виробництво матеріальних благ і послуг становить основу будь-якого суспільства. Розвиток виробництва визначає рівень розвитку суспільства, є основою його культури та достатку. Без виробництва суспільство не може існувати.

Соціальна природа способу виробництва виявляється у виробничих відносинах. Саме виробничі відносини розкривають суть соціальних взаємовідносин у виробництві. Якого б технічного розвитку не набули продуктивні сили, вони не забезпечать головного – стимулу людської діяльності, побудованої на мотивації як окремого індивіда так і соціальної групи і суспільства загалом.

Головними складовими виробничих відносин є відносини розподілу, обміну і споживання [2]. Саме виробничі відносини визначають мотива-

цію взаємостосунків робочої сили і, як результат, організацію продуктивних сил, які в результаті цих стосунків розвиваються чи гальмуються.

Сьогоднішня криза охорони здоров'я в Україні також зумовлена особливостями і специфікою виробничих відносин у системі. Зміщення акцентів мотивації із якісної орієнтації на кількісну призвело до матеріалізації основних виробничих чинників. Лікар став матеріально зацікавленим у потенційно хворому пацієнті. Здоровий відвідувач не несе ніякого мотиваційного чинника для діяльності лікаря. Заклади охорони здоров'я в основу своєї маркетингової стратегії також заклали кількісні (матеріальні) аргументи для залучення пацієнтів, мотивуючи свої заклики новим високотехнологічним обладнанням та високим сервісним обслуговуванням. Основним базисним чинником гуманізації відносин у тандемі «хворий–здоровий» стало поняття доброчинності, що має на увазі виключно збір коштів у вигляді пожертв, спонсорських чи добровільних внесків тощо. Причому слід звернути увагу на факт неспинного зростання запитуваних сум.

Така ситуація є надзвичайно небезпечною для суспільства, що її запроваджує, так як стосується найвагомішого – здоров'я і життя людини. Як доказ вірності даного твердження приводимо демографічні дані щодо чисельності населення України за останні 10 років (табл. 1).

Як бачимо, спостерігається активний зворотний вплив виробничих відносин на продуктивні сили, що призвело до вираженого гальмування розвитку суспільства у вияві демографічного занепаду – скорочення населення, що є достатньо загрозливим показником для розвитку держави. Зневажання даного чинника здатне призвести суспільство не лише до гальмування розвитку, а й до конфліктних ситуацій.

Слід звернути увагу, що економіка охоплює всі види діяльності людини, які дозволяють їй забезпечувати собі матеріальні умови життя на Землі. Отже, предметом вивчення економіки є ті сили, які призводять у кінцевому результаті до створення тих чи інших матеріальних благ – це продуктивні сили. Елементами процесу виробництва є власне праця, предмети праці та засоби праці.

У сукупності засоби праці (те, з допомогою чого людина впливає на елементи природи) і предмети праці (те, на що спрямована праця людини з метою створення матеріальних благ) становлять засоби виробництва. Відношення людей до природи через взаємодію з засобами виробництва становлять продуктивні сили суспільства. Структурно продуктивні сили включають робочу силу (особистий або суб'єктивний фактор виробництва) і засоби виробництва (матеріально-речовий або об'єктивний фактор виробництва).

Продуктивні сили суспільства знаходяться у постійному розвитку. Особливі зміни у всі сфери

суспільного життя, а також в розвиток продуктивних сил суспільства внесла науково-технічна революція [3]. Наука перетворилася в безпосередню продуктивну силу, тому її можна виділити як самостійний елемент продуктивних сил поряд з робочою силою і засобами виробництва.

Сучасні продуктивні сили в системі охорони здоров'я – це складна система, яка включає різноманітні за структурою елементи. За походженням – це суспільні й природні елементи. В сфері медичної допомоги вони складаються із безпосередніх лікувально-профілактичних закладів, як суспільних елементів та природних лікувальних сил, як вода, певні кліматичні умови, грязелікування тощо. За складом продуктивні сили є матеріальні, як медичне обладнання, інструментарій, медикаментозні засоби і духовні – безпосередній психоемоційний вплив лікаря, священника, психолога, нейролінгвіста тощо на стан хворого. За характером відтворення і специфікою функцій – об'єктивні й суб'єктивні, що близькі до матеріальних та духовних елементів у сфері медичного впливу.

На початку розвитку капіталізму потреби виробництва задовольняли робітники з низьким рівнем освіти і простою кваліфікацією.

У сьогоднішньому виробництві є необхідність у робітниках, які мають достатньо високий рівень освіти (середню загальну чи середню спеціальну). Значно вищі вимоги сьогодні і щодо кваліфікації потенційних робітників.

На сучасному етапі виробництва переважає автоматизація процесів, вимагає більшого залучення не лише фізичних, а й розумових здібностей робітника, вміння логічно і нестандартно мислити, творчих задатків особистості (креативності, як сьогодні модно говорити). Особливо це актуально у галузі охорони здоров'я. Нинішня система охорони здоров'я є складним науково-виробничим комплексом із необхідністю широкого використання поєднання високотехнічного обладнання і аналізу патологічних процесів з численними факторами невизначеності.

Визріває все більша потреба у фахівцях з високими моральними і духовними початками. Дані вимоги сьогодні чи не найбільше необхідні саме в сфері охорони здоров'я та медичної допомоги. Без духовної складової, в умовах жорсткої ринкової економіки, лікар перетворюється в монстра, який живе за рахунок хворих і немічних людей. Діалектичний закон єдності і боротьби протилежностей працює в системі медичної допомоги чи не найпотужніше. З одного боку лікар має бути зацікавленим у здоров'ї пацієнта, а з іншого він же зацікавлений у зростанні своїх прибутків. Вихід із цієї ситуації один: «лікарю слід платити не за роботу, а за те, щоб він нічого не робив». Іншими словами, лікар повинен бути багатим тоді, коли його пацієнти здорові! Звідси і впливає особливість структури продуктивних

Таблиця 1

Чисельність населення України за 1992–2013 роки

Дата	Чисельність (тис.)	Абсолютний приріст	Темп приросту
на 01.01.1992	52056,6	+112,2	+0,216%
на 01.01.1993	52244,1	+187,5	+0,360%
на 01.01.1994	52114,4	-129,7	-0,248%
на 01.01.1995	51728,4	-386,0	-0,741%
на 01.01.1996	51297,1	-431,3	-0,834%
на 01.01.1997	50818,4	-478,7	-0,933%
на 01.01.1998	50370,8	-447,6	-0,881%
на 01.01.1999	49918,1	-452,7	-0,899%
на 01.01.2000	49429,8	-488,3	-0,978%
на 01.01.2001	48923,2	-506,6	-1,025%
на 01.01.2002	48457,1	-466,1	-0,953%
на 01.01.2003	48003,5	-453,6	-0,936%
на 01.01.2004	47622,4	-381,1	-0,794%
на 01.01.2005	47280,8	-341,6	-0,717%
на 01.01.2006	46929,5	-351,3	-0,743%
на 01.01.2007	46646,0	-283,5	-0,604%
на 01.01.2008	46372,7	-273,3	-0,586%
на 01.01.2009	46143,7	-229,0	-0,494%
на 01.01.2010	45962,9	-180,8	-0,392%
на 01.01.2011	45778,5	-184,4	-0,401%
на 01.01.2012	45633,6	-144,9	-0,317%
на 01.01.2013	45547,8	-85,8	-0,188%

сил в системі охорони здоров'я, як факторів, які забезпечать перетворення ресурсів відповідно до потреб людей, створюють матеріальні й духовні блага і визначають зростання продуктивності суспільної праці.

Основною продуктивною силою будь-якого суспільства, основним елементом виробництва є саме людина, або робоча сила

Робоча сила – це здатність людини до праці, сукупність її фізичних та інтелектуальних здібностей, набутих знань та досвіду, які використовуються у процесі виробництва матеріальних благ чи надання послуг.

Робоча сила не існує ні в якій іншій формі, як лише в особі людини-працівника. Звідси виникає ціла низка питань щодо форми застосування або використання робочої сили.

Реально на ринку робітник може продати лише здатність до праці, тобто певну сукупність своїх фізичних і духовних властивостей, або робочу силу. Капіталіст купує в робітника – власника робочої сили – тимчасове розпорядження нею.

Якщо розглядати робочу силу як суб'єкт господарства і як невіддільну частку людини, то вийдемо на позиції людини економічної, чого допустити в системі охорони здоров'я вкрай небажано.

(*Homo Economicus*) або економічна людина – концептуально розглядається в деяких економічних теоріях як людина повністю раціональна і вузько корислива, яка має здатність виносити судження стосовно своїх суб'єктивно визначених цілей.

Ця теорія різко відрізняється від концепції Людини взаємної (*Homo reciprocans*), яка стверджує, що людина в першу чергу мотивована бажанням співпрацювати та поліпшувати своє середовище. Остання більш придатна для системи охорони здоров'я.

Робоча сила – основний елемент продуктивних сил у будь-якому суспільстві, але товаром вона стає лише в умовах ринкових відносин. Це зумовлено тим, що робітник позбавлений власності на засоби виробництва і на засоби існування, але сам він особисто вільний, тобто є власником своєї робочої сили і може розпоряджатися нею. Як і будь-який інший товар, робоча сила має дві сторони: споживчу вартість і вартість. Але робоча сила – товар специфічний. Роботодавець купує робочу силу, точніше тимчасове розпорядження нею, але її виробниче споживання означає включення у процес праці не лише фізичних і духовних властивостей людини, а всієї людської особи з притаманними їй кваліфікацією, мотивацією, волею, свідомістю, культурними

Таблиця 2

Навантаження на одне робоче місце, вакансію за професійними групами на ринку праці України у 2000–2011 р.

Професійні групи	Кількість осіб					
	2000	2001	2002	2005	2010	2011
Всього	24	17	11	5	9	8
Законодавці, вищі державні службовці, керівники	22	19	11	4	9	9
Професіонали	20	15	8	3	5	5
Фахівці	34	24	14	5	7	7
Технічні службовці	125	76	43	9	14	16
Робітники сфери обслуговування та торгівлі	70	42	26	10	10	12
Кваліфіковані робітники сільського господарства	30	44	29	18	32	35
Кваліфіковані робітники з інструментом	13	8	4	2	5	4
Оператори та складальники устаткування та машин	17	14	8	4	14	12
Найпростіші професії	43	39	26	12	10	10

Таблиця 3

Характеристика кадрового потенціалу системи охорони здоров'я України

	1995	2000	2005	2008	2009	2010
Всього лікарів (тис.)	206,2	200,1	194,7	196,2	196,0	197,1
Забезпеченість (на 10 тис. населення)	40,4	40,8	41,6	42,7	42,7	43,2
Укомплектованість штатних лікарських посад фізичними особами %	70,5	83,8	80,8	80,3	80,4	80,8
Частка осіб пенсійного віку %	17,5	18,2	21,0	22,9	23,2	24,5
Кількість середнього медичного персоналу (тис.)	540,0	486,0	438,8	430,0	430,0	428,7
Забезпеченість на 10 тис. населення	105,7	99,1	93,9	93,6	93,6	94,0
Укомплектованість штатних посад середнього медперсоналу фізичними особами	86,3	101,0	97,6	95,2	95,2	95,2
Частка осіб пенсійного віку %	12,1	10,4	13,5	14,8	15,2	15,8

навичками тощо. Це надає вартісним властивостям людської робочої сили особливого характеру і позначається на кожній із сторін товару робоча сила. З погляду споживчої вартості специфіка цього товару виявляється в тому, що у процесі його споживання він не зникає, а створює нову вартість, більшу від вартості самого товару робоча сила. Саме ця властивість робочої сили і лежить в основі створення додаткового продукту і є основою збагачення.

Робоча сила в умовах ринкової економіки в Україні також стала товаром, який має споживчу вартість і вартість. Споживча вартість робочої сили полягає в її здатності створювати такі необхідні суспільству матеріальні блага і послуги, які були б більшими від вартості самої робочої сили. Вартість робочої сили визначається вартістю необхідних для її відтворення життєвих засобів. Із поняттям споживчої вартості робочої сили тісно пов'язане поняття мінової вартості. Саме з цією

вартістю у сьогоднішній Україні пов'язані серйозні дисбаланси. Оплата праці в нашій державі сьгодні не пов'язана ні з поняттями собівартості підготовки кваліфікованого працівника, ні з вартістю нового продукту, який вона створює. Особливо ця невідповідність є очевидною у системі охорони здоров'я, освіти тощо. Такий дисбаланс породжує тіньову економіку, яку ми спостерігаємо у сфері медичної допомоги, що призводить, в кінцевому вимірі до перетворення системи медичної допомоги де-юре у систему медичних послуг де-факто.

В усіх установах та закладах системи охорони здоров'я України зайнято близько півтора мільйона чоловік. В основі дисбалансу в оплаті їхньої праці лежить переважання пропозиції над попитом, що ілюструємо нижче, показуючи навантаження на одну вакансію.

Вартість робочої сили та її потреба залежать від соціально-економічного розвитку суспіль-

ства. Як бачимо із таблиці 2 пропозиція робочої сили в Україні значно перевищує попит на неї, що свідчить про певні економічні негаразди в суспільстві. Можна припустити, що саме ситуація переваги пропозиції над попитом зумовлює таку низьку заробітну платню у системі охорони здоров'я. Зокрема, у 2012 році середня зарплата по галузі становила 1940 грн., при 1017 грн. прожиткового мінімуму, а порівняно з середньою по державі заробітна плата лікаря становить лише 57,4%.

До робочої сили в системі охорони здоров'я відносяться лікарі усіх спеціальностей, середній медичний персонал, молодший медичний персонал, технічний та обслуговуючий персонал. Не зважаючи на політику Міністерства охорони здоров'я щодо обмеження росту медичних кадрів, їх кількість в Україні все-таки зростає, чого не можна сказати про середній медичний персонал (табл. 3).

Сьогодні, предмети праці в переважній більшості самі є продуктом попередньої праці (той самий бланк чи марля) і їх джерела так чи інакше витікають безпосередньо з природи. Саме природні ресурси і є первинними і спільними для всіх людей предметами праці. Хоч сьогодні, завдяки науково-технічному прогресу ми навчилися виробляти такі матеріали, яких у природі немає, а в системі охорони здоров'я їх чимало, все одно первинною основою для них є природні ресурси. Чим довший ланцюг перетворень предмету праці – тим вища його вартість і тим вища вартість кінцевого продукту з них виготовленого. Саме ці фактори і лежать в основі безупинного росту ціни на медичні послуги і, в умовах науково-технічного прогресу і ринкових механізмів, немає важелів стримування цієї вартості. Лише державні регуляторні механізми здатні захистити основну масу громадян від небезпеки опинитися неплатоспроможними в сфері охорони здоров'я.

Засоби праці – це ті предмети чи знаряддя, які людина ставить між собою і предметом праці. Вони служать засобом впливу на предмети праці, що призводить до зміни останніх. В системі медичної допомоги засобами праці є маніпуляційні інструменти, хірургічні інструменти, шприци, перев'язочні засоби, медичне обладнання, апаратура тощо. Рівень розвитку засобів праці обумовлений розвитком суспільства, рівнем наукових досягнень тощо.

Сьогодні система охорони здоров'я потребує невідкладної оптимізації в засобах праці. З одного боку велетенська матеріальна база, залишена у спадок від радянських часів використала свій амортизаційний запас і потребує на утримання значних фінансових вкладень, яких на сьогодні немає. З другого – нераціональне використання дороговартісного високотехнологічного обладнання, яке розпорошене по лікувально-

профілактичних закладах і працює на добу 4–6 годин з неповним завантаженням. Використання стаціонарних закладів для реального лікування хворого протягом 2–3 години на добу, а решта часу він працює у відпочинковому для хворого режимі призвело до неможливості насичення цих закладів коштами. Сучасна реформа охорони здоров'я повинна орієнтуватися на раціоналізацію діяльності лікувально-профілактичних закладів. Тому що недотримання цих принципів призведе до недоступності основної маси пацієнтів до медичної допомоги, що буде вираженим порушенням Конституції України, у якій проголошено, що найвищою соціальною цінністю в Україні є людина, що її права, свободи та їх гарантії визначають зміст і спрямованість діяльності держави, а їх утвердження і забезпечення є головним обов'язком держави (стаття 3), права і свободи людини є невідчужуваними та непорушними (стаття 21), їх зміст і обсяг при прийнятті нових законів або внесенні змін до чинних законів не може бути звужений (стаття 22).

Виробничі відносини – головна сторона способу виробництва. Слід наголосити на тому, що це ті відносини між людьми, які проявляються у відносинах з безпосередніми речами: знаряддями, предметами, засобами праці. І характер цих відносин диктуються формами власності на дані речі, кому належать ці знаряддя і засоби – суспільству, групі чи окремій людині.

Слід акцентувати на тому, що ці відносини залежать від власності та визначаються нею. Завжди присвоює вироблений продукт виключно власник засобів виробництва. Залежно від характеру виробничих відносин відповідно, розподіляються та споживаються вироблені матеріальні блага: або спільно – як у первісному суспільстві, або ж пануюча меншість присвоює додатковий продукт, як ми спостерігаємо сьогодні [4]. Оптимальне співвідношення форм власності в системі охорони здоров'я повинно забезпечувати баланс доступності до медичної допомоги всіх верств населення. Переважання однієї форми власності створює монополію з усіма витікаючими наслідками: зростанням цін і недоступністю допомоги. Тому, з огляду на особливу специфіку відносин при наданні медичної допомоги чи послуг, питання власності на засоби виробництва має стратегічне значення.

Таким чином, можемо підсумувати, що при проведенні реформи охорони здоров'я слід керуватися в першу чергу законами і категоріями економічної теорії. Саме такий підхід забезпечить раціональну організацію суспільних відносин у сфері охорони здоров'я, забезпечить потреби людей в плані як охорони, так і повернення їм здоров'я, тобто лікування. Використання економічних методів та механізмів в системі охорони здоров'я значно підвищить показники національного доходу через відтворення робочої сили.

Список літератури

1. Економічна теорія: політична економія: підручник / за ред. С. І. Юрія. – К.: Кондор, 2009. – 604 с.
2. Колесов Н. Д. Экономическая теория: Учебник / Н. Д. Колесов, А. Ф. Сидоров. – Санкт-Петербург: б. в., 2002. – 580 с.
3. Довбенко М. В. Сучасна економічна теорія. Економічна нобелогія: Навчальний посібник. – Київ: «Академія», 2005. – 145 с.
4. Александровська В. М., Білоусова В. Ю., Коржова Д. О. Основи економічної теорії. – Донецьк, «Норд-Комплект». – 2009. – 122 с.

Стаття надійшла до редакції 21.01.2013

О. Н. Литвинова, Н. А. Теренда, В. С. Коломийчук

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

МЕТОДЫ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ В РЕФОРМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ

В статье рассматривается действие основных принципов экономической теории в системе здравоохранения. Показана необходимость применения законов и категорий экономической теории в процессе реформирования системы здравоохранения, что неизбежно приведет к рациональной организации общественных отношений в сфере здравоохранения, обеспечит потребности людей в плане здравоохранения, и его возврата в случае заболевания из-за лечения. Акцентировано на том, что использование экономических методов и механизмов в системе здравоохранения значительно повысит показатели национального дохода путем воспроизводства рабочей силы.

Ключевые слова: экономическая теория в системе здравоохранения, производительные силы, рабочая сила.

O. N. Lytvynova, N. O. Terenda, V. S. Kolomyichuk

TSMU "Ternopol'skiy state medical university of the name of I. Ya. Gorbachevskogo"

METHODS OF ECONOMIC THEORY IN HEALTH CARE REFORM OF UKRAINE

The article considers the effect of the basic principles of economic theory in the health care system. The necessity of applying laws and categories of economic theory is showed in the process of reforming the system of health care that will inevitably lead to the rational organization of social relations in sphere of health care and will provide people's needs in terms of health and his return in case of diseases through the treatment. The main significance lies in the fact that using of economic methods and mechanisms in the health care system will significantly increase the indicators of the national income through the reproduction of the labor force.

Keywords: economic theory in the healthcare system, the productive forces, labor force.

В. М. Лобас, Г. А. Слабкий, О. А. Кравець

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ НА ПРИНЦИПАХ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ В ДОНЕЦКОЙ ОБЛАСТИ

В статье проведен ситуационный анализ развития первичной медико-санитарной помощи населению на принципах семейной медицины в Донецкой области.

Ключевые слова: Донецкая область, первичная медико-санитарная помощь, развитие, показатели.

Донецкая область является пилотным регионом по реформированию системы оказания медицинской помощи населению [1]. В области приоритетным является внедрение первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) на принципах общей врачебной практики-семейной медицины, основные подходы которой научно обоснованы [2–4].

Цель работы: изучить состояние внедрения первичной медико-санитарной помощи на принципах семейной медицины в Донецкой области, которая является пилотным регионом по вопросам реформирования системы оказания медицинской помощи населению.

Материалы и методы: системному анализу подвержены данные оперативного мониторинга развития ПМСП в Донецкой области за 2012 год.

Результаты и их обсуждение

В 2012 г. в области осуществлен очередной шаг по развитию первичной медико-санитарной помощи населению на принципах общей врачебной практики-семейной медицины путем образования 70 центров ПМСП (2011 год – 2 центра, увеличение количества в 35 раз) при их количестве в городах – 55, а сельских районах – 17.

Структурными подразделениями центров являются 445 семейных амбулаторий (114 – в сельских районах, 331 – в городах и поселках городского типа) и 464 ФАПа/ФП.

Показатель обеспеченности семейными амбулаториями в области составил 1,01 на 10 тыс. населения, в городах – 0,81, в сельских районах – 2,3. Наименьший показатель зарегистрирован в г. Кировское (0,35), Константиновка (0,51), ЦПМСП № 1 Макеевка (0,52), Авдеевка (0,57), Доброполье (0,61), Угледар (0,62), а наибольший – в г. Донецк (1,06), Селидово (1,10), Докучаевск (1,22), Шахтерск (1,28). В сельских районах наименьшая обеспеченность семейными амбулаториями зарегистрирована в Старобешевском (1,55), Володарском (1,75), а наибольшая – Добропольском (2,93), Шахтерском

(4,03), Константиновском (5,20) районах.

В сравнении с 2011 годом выросло количество штатных врачебных должностей с 4375,5 до 4691,0. Увеличение составило 315 должностей при уровне их занятости 81,6%.

В центрах ПМСП работает 422 врача-специалиста и 92 врача диагностической службы. Статистическая служба ПМСП представлена 20 врачами-статистиками и 8 – методистами.

Выросло число штатных должностей младших медицинских работников с медицинским образованием на 306,75 должностей, штатным расписанием предусмотрено 10064,24 штатных должностей младших специалистов, из них 8856 должностей заняты 7992 физическими лицами (90,2%). По сравнению с 2011 годом в первичном звене стало работать на 325 физических лица младших специалистов больше.

По специальности младшие медицинские специалисты распределяются следующим образом: 6335 – медицинские сестры, 292 – фельдшера, 240 – клинические лаборанты, 164 – рентген-лаборанты, 488 – медицинские сестры физиотерапевтических кабинетов и др. Статистическая служба представлена 184 статистиками.

В сельской местности непосредственно с врачами первичного звена работают 763 младших специалиста, а на самостоятельном приеме – 521.

Укомплектованность врачами центров ПМСП в области снизилась на 1,6% и составила 65,0%, укомплектованность врачами первичного звена снизилась на 3,1% и составила 64,5%, укомплектованность семейными врачами области снизилась на 2,9% (63,8% – 2012 г.), участковыми терапевтами снизилась на 3,9% (60,6% – 2012 г.), участковыми педиатрами снизилась на 0,5% (73,7% – 2012 г.).

При этом в сельских районах увеличилась укомплектованность участковыми терапевтами на 5,83% (66,03% – 2012 г.), на 0,9% (74,7% – 2012 г.) выросла укомплектованность участковыми педиатрами.

Центрами ПМСП в 2012 году обслуживается все население области, однако нагрузка на вра-

**Показатели количества прикрепленного населения на одну штатную должность
и одно физическое лицо врача первичного звена медицинской помощи в городах
и сельской местности, абс (2011, 2012 гг.)**

Среднее количество населения, прикрепленного на одну штатную должность				
	Города		Сельские районы	
	2012	2011	2012	2011
Всего (терапевты, педиатры, семейные)	906,22	986,1	918,93	1007,2
Семейные врачи	1485,54	1332,1	1191,86	1588,5
Участковые терапевты	1860,88	2165,5	1403,5	1657,8
Участковые педиатры	878,76	921,3	586,32	823,1
Среднее количество населения, прикрепленного на одну штатную должность				
Всего (терапевты, педиатры, семейные)	1383	1678	1435	1713
Семейные врачи	2261	1884	1904	2277
Участковые терапевты	3089	3425	2158	2651
Участковые педиатры	1191	1210	810	1096

чей первичного уровня медицинской помощи в городах и сельской местности неравнозначна и колеблется в сравнении с предыдущим периодом. Статистические данные приведены в таблице 1. При этом в центрах ПМСП гг. Авдеевка, Артемовск, Дебальцево, Димитров, Докучаевск, Дружковка, Ждановка, Кировское, Константиновка, Новогородовка, Шахтерск, Ясиноватая, Новоазовского р-на, а также некоторых центрах гг. Горловка, Краматорск, Мариуполь, Донецк детскому населению медицинскую помощь оказывают не семейные врачи, а врачи-педиатры.

В 2012 г. из общего числа врачей первичного звена, в сельских районах, подлежало аттестации 65, аттестовались 51, не аттестованы 14 (21,5%), так как не прошли курсы повышения квалификации. В городах подлежало аттестации 380 врачей ПМСП, из них аттестовано 359, не аттестовано 21 (5,5%) по той же причине. В 2011 году не аттестованные врачи от подлежащих, в сельской местности составили 19,4%, в городах 7,6%. Удельный вес не аттестованных врачей, непосредственно оказывающих первичную помощь, в сельской местности составил – 6,1%, в городах – 2,7% от общего числа врачей общей практики-семейных врачей.

Обеспеченность койками дневного стационара ЦПМСП составила 10,3 на 10 тыс. населения (4526). Пролечено на койках дневного стационара первичного уровня 4,4 (194163) на 100 жителей. В 2011 г. данный показатель составил 2,5.

Проконсультировано на вторичном уровне 511645 пациентов, 83% (424624) были направлены врачами первичной медико-санитарной помощи. Показатель вырос на 53,4% в сравнении с 2011 годом (29,6%).

В центрах ПМСП осуществляется свободный выбор врача.

Все центры ПМСП и семейные амбулатории ведут электронный реестр населения, удельный вес амбулаторий подключенных к Интернету составил 115 (25,8%). При этом число подключений за два месяца (декабрь 2012 г. – январь 2011 г.) увеличилось на 2,2%.

В соответствии таблицей оснащения медицинским оборудованием оснащены два центра ПМСП (2,8%), 24 ЦПМСП оснащены транспортными средствами (33,3%), 41 ЦПМСП оснащен средствами связи (56,9%), 25 ЦПМСП оснащены компьютерами (34,7%).

В 275 амбулаториях и ФАПах расположены пункты реализации лекарственных средств.

С целью выполнения Программы экономических реформ 2010–2014 гг. «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» внедрен порядок мотивации труда медработников первичного уровня, суммы, затраченные на мотивацию врачей и средних медицинских работников в 2012 г. составили 12809,955 тыс. грн. и 19742,344 тыс. грн. соответственно.

Выводы

1. Показано состояние структуры первичной медико-санитарной помощи в Донецкой области по данным оперативного мониторинга за 2012 год, которое характеризуется созданием 72 центров ПМСП с охватом всего населения области данным видом медицинской помощи.

2. Недостатком в организации ПМСП на принципах семейной медицины является недостаточный уровень обеспечения штатных должностей медицинских работников первичного уровня физическими лицами, недостаточный уровень их аттестации и материально-технического оснащения семейных амбулаторий.

Список літератури

1. Закон України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» від 7 липня 2011 року N 3612-VI.
2. Іванов Д. Д. Сімейна медицина: зарубіжний досвід та перші кроки в Україні / Д. Д. Іванов // Управління закладом охорони здоров'я. – 2007. – №5. – С. 104–107.
3. Організація роботи лікаря загальної практики (сімейного лікаря) / Під ред. В. М. Лехан. Дніпропетровськ. АРТ-ПРЕС, 2002. – 370 с.
4. Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2008 рік / за ред. В. М. Князевича. – К.: МОЗ України, ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», 2009. – 384 с.

Стаття надійшла до редакції: 12.03.2013

В. М. Лобас, Г. А. Слабкий, О. А. Кравець
Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

РЕЗУЛЬТАТИ ВПРОВАДЖЕННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ ЗА ПРИНЦИПАМИ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В ДОНЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ

У статті наведений ситуаційний аналіз розвитку первинної медико-санітарної допомоги населенню за принципами сімейної медицини у Донецькій області.

Ключові слова: Донецька область, первинна медико-санітарна допомога, розвиток, показники.

V. M. Lobas, G. A. Slabkiy, O. A. Kravec
Donetsk National Medical University of Maxim Gorky (DonNMU)

RESULTS OF INTRODUCTION OF PRIMARY MEDIKO-SANITARNYOY HELP ON PRINCIPLES OF DOMESTIC MEDICINE IN DONETSK AREA

In the article the situational analysis of development of primary mediko-sanitarnoy help a population on principles of domestic medicine is pointed in the Donetsk area.

Keywords: Donetsk area, primary mediko-sanitarnaya help, development, indexes.

Т. В. Лобода, В. М. Якимець

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ МЕДИКО-СОЦІОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЩОДО ПОРТРЕТУ ЛІКАРЯ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

У зазначеному дослідженні були використані два основні напрямки соціологічного методу. По-перше, в процесі анкетування здійснювалося вивчення думки пацієнтів КМКЛ № 12 щодо оцінки їх звернень за медичною допомогою та з'ясовувався рівень їх задоволення якістю роботи КМКЛ № 12. При цьому особлива увага зверталася на виявлення причин, які впливали на відношення пацієнтів до умов лікування і медичного обслуговування.

Ключові слова: медико-соціологічне дослідження, анкетування, лікар сімейної медицини.

Проблеми збереження і зміцнення здоров'я населення України є настільки важливими і актуальними, що складають одну з найважливіших внутрішніх функцій нашої держави. Саме широтою і складністю завдань з охорони здоров'я пояснюється необхідність всіх без винятку органів державної влади України виконувати ті чи інші функції державного управління з питань охорони здоров'я. Передусім це пояснюється тим, що, з одного боку, рівень здоров'я є особистісною характеристикою людини, що забезпечує її можливість самореалізації, конкурентоспроможності в суспільстві, у досягненні певної якості життя, а з іншого боку, забезпечення оптимальної якості життя населення є метою перетворень в економічній, політичній та соціальній сфері життєдіяльності суспільства. Таким чином, здоров'я людини і населення в цілому становить органічну складову прогресу суспільства як цілісної системи і забезпечується багаторівневим державним управлінням [1, 2, 3].

Медико-соціологічні дослідження в охороні здоров'я мають велике значення для оцінки діяльності галузі. Як зазначають дослідники даної проблеми, ці дослідження дають змогу отримати інформацію про об'єктивні явища, що спостерігаються в суспільстві й галузі, виявити недоліки і проблеми, що існують [4, 5, 6].

Матеріали і методи дослідження. З метою вивчення соціологічного портрету лікаря загальної практики-сімейної медицини, задоволеності пацієнтів роботою КМКЛ № 12, нами проведено медико-соціологічне дослідження шляхом анкетування.

Результати дослідження та їх обговорення

Серед 636 опитаних постійних пацієнтів КМКЛ № 12 627 (98,6%) чоловіків та 9 (1,4%) жінок у віці від 45 до 89 років. За освітою серед

працездатного населення 578 чоловік, що складає 90,9% від загальної кількості опитаних, закінчили вищі навчальні заклади, а решта 58 чоловік, або 9,1%, – мають середню освіту.

У зазначеному дослідженні нами використані два основні напрямки соціологічного методу. По-перше, в процесі анкетування здійснювалося вивчення думки пацієнтів КМКЛ № 12 щодо оцінки їх звернень за медичною допомогою та з'ясовувався рівень їх задоволення якістю роботи КМКЛ № 12. При цьому особлива увага зверталася на виявлення причин, які впливали на відношення пацієнтів до умов лікування і медичного обслуговування. Метою цієї частини зазначеного дослідження було і вивчення думки хворих щодо визначення шляхів удосконалення організації надання медичної допомоги. По-друге, опитування лікарів КМКЛ № 12 дозволило оцінити результати реформування охорони здоров'я, виявити найбільш пріоритетні проблеми, які стоять перед медичною службою, та зважити реальні можливості щодо подальшого поліпшення роботи КМКЛ № 12.

Перша група запитань, з якими ми звернулися до пацієнтів, стосувалася інформації про лікаря загальної практики-сімейної медицини. «Чи знаєте Ви свого сімейного лікаря?», «Чи знаєте Ви адресу Вашого сімейного лікаря, його службовий або домашній телефон?», «Чи відвідував Вас сімейний лікар на дому?», «Чи відвідував Вас сімейний лікар, коли Ви лікувалися в стаціонарі?», «Чи проводив з Вами сімейний лікар санітарно-просвітницьку роботу?», «Чи існують труднощі з викликом лікаря по телефону?», «Як часто направляв Вас сімейний лікар до лікаря-спеціаліста (окуліста, невропатолога, інфекціоніста тощо)?».

Відповідаючи на запитання цієї частини анкети, пацієнтам, окрім відповіді на останнє запитання, пропонувалося використовувати наступні варіанти кодування відповідей: А – «так», В – «ні».

За результатами опитування за першою групою запитань переважна більшість наших респондентів (99,5%) позитивно оцінила роботу сімейного лікаря і тільки 0,2% опитаних дали негативну відповідь, а 0,3% респондентів не відповіли на поставлені запитання. Правда, на запитання щодо існування труднощів, пов'язаних із викликом сімейного лікаря по телефону, відповіді розподілилися по-іншому. Для 545 опитаних, що становить 85,7% від їх загальної кількості, ніяких причин для виклику лікаря за допомогою телефону не існує. Але для значної кількості з опитаних (91 чол., або 14,3%) певні труднощі в цьому плані все-таки були.

Що стосується запитання «Як часто направляв Вас сімейний лікар до лікаря-спеціаліста (окуліста, невропатолога, інфекціоніста тощо)?», то в цьому випадку відповіді наших респондентів розподілились наступним чином. 490 опитаних, або 77,0% вважають, що їх направляли до вузьких спеціалістів за необхідністю; 90 респондентів, що становить 14,2% відповіли, що їх жодного разу не направляли до вузьких спеціалістів; один пацієнт (0,2%) заявив, що його часто направляли до інших спеціалістів; 47 респондентів, що становить 7,4% від загальної кількості опитаних нами, навпаки вважають, що їх рідко направляли до вузьких спеціалістів; 8 пацієнтів, або 1,2% від загальної кількості опитаних, не дали відповіді на зазначене запитання.

Друга група запитань до пацієнтів стосувалася інформації щодо причин звернення до сімейного лікаря та оцінки ефективності його діяльності у порівнянні з роботою дільничного терапевта.

Відповіді на запитання анкети – «Чи перебуваєте Ви на диспансерному обліку?», розподілились наступним чином. Позитивну відповідь дали 496 опитаних, що становить майже 78,0% від їх загальної кількості. 137 (21,5%) опитаних не знаходиться на диспансерному обліку, не дали відповіді – 3 пацієнти, або 0,5%.

Співвідношення відповідей постійних пацієнтів КМКЛ № 12 на запитання «Чи зверталися Ви до сімейного лікаря впродовж останнього року?» мало наступний вигляд: «так» – 610 (95,9%), «ні» – 26 (4,1%). Таким чином, майже 96,0% опитаних минулого року зверталися за медичною допомогою до свого сімейного лікаря, отже переважна більшість з наших респондентів могла впевнено говорити і про причини цих звернень.

Відповіді на запитання анкети «Які причини звернення до сімейного лікаря?» розподілились наступним чином. З причини загострення хронічного захворювання або появи нової хвороби до сімейного лікаря звернулося 200 (майже 31,5%) респондентів. Ще 423 хворі, що становить 66,5% від загальної кількості тих, що відповідали на анкету, відвідали сімейного лікаря згідно плану обстеження. З причини оформлення документів на медико-соціальну експертну комісію (МСЕК)

до сімейного лікаря впродовж минулого року звернулося 7 хворих (1,1%), а з метою оформлення документів для санаторно-відбіркової комісії (СВК) – 6 (0,9%) від загальної кількості опитаних.

На запитання анкети «Якщо Ви захворієте, то звертаєтесь до сімейного лікаря?»: А – тільки в разі необхідності, Б – в усіх випадках (окрім легкого захворювання), В – в усіх випадках нами отримані наступні відповіді. Тільки в разі необхідності до сімейного лікаря звернулося 174 пацієнти, що становить 27,4% від загальної кількості респондентів. Абсолютно така ж кількість опитаних – 174 (27,4%) для відповіді на зазначене вище запитання вибрала варіант «В». В усіх випадках (окрім легких захворювань) до сімейного лікаря звернулося 265 (41,6%) пацієнтів. Не дали відповіді на дане запитання або вписали свій варіант 23 пацієнти, що становить 3,6% респондентів.

Відповіді на запитання анкети «Що Вас приваблює в роботі сімейного лікаря: А – рівень знань, Б – різнобічність знань лікаря, В – вміння, Г – організованість?», розподілились наступним чином.

Рівень знань лікаря загальної практики та їх різнобічність відмітило 219 (34,4%) респондентів; рівень знань – 54 (8,5%); різнобічність знань – 68 (10,7%). Окрім того, рівень знань і організованість у роботі сімейного лікаря відзначили 22 (3,4%) респондентів. На думку 176 респондентів, що становить 27,7% від загальної кількості опитаних, в роботі сімейного лікаря їх приваблюють саме вміння останнього. Для решти 97 опитаних (15,3%) в роботі сімейного лікаря привабливими є всі (АВВГ), запропоновані нами характеристики.

На запитання анкети – «Як Ви вважаєте, чому діяльність сімейного лікаря ефективніша діяльності дільничного терапевта?», при запропонованих нами варіантах: А – зменшилась кількість досліджень, Б – зменшилась кількість консультацій, В – досить одного лікаря, Г – підвищилась увага до членів сім'ї, – відповіді наших респондентів розділились наступним чином: А – 27 (4,2%); Б – 58 (9,1%); В – 182 (28,6%); Г – 143 (22,5%). Ще 123 (19,4%) респонденти для відповіді на зазначене вище запитання обрали комбінації із запропонованих відповідей: АВ – 54 (8,5%), АВВ – 36 (5,7%), ВВ – 33 (5,2%). Не дали відповіді 103 (16,2%) респондентів.

Відповіді на запитання анкети – «Як Ви вважаєте, чи необхідна спеціальність сімейного лікаря?», розподілились наступним чином: «так» – 600 (94,3%), «ні» – 15 (2,4%). Не дали відповіді на дане запитання 20 чоловік, або 3,1%, один з опитаних (0,2%) заявив, що «не знає».

Третя група запитань стосувалася інформації щодо оцінки стану особистого здоров'я респондентів та з'ясування причин, які заважають пацієнтам відвідувати КМКЛ № 12.

Відповіді на запитання анкети – «Ваша оцінка стану особистого здоров'я» при запропонованих нами варіантах – а) добре; б) задовільне; в) незадовільне, – розподілилися наступним чином: А – 73 (11,5%); Б – 526 (82,7%); В – 30 (4,7%). Не дали відповіді 7 (1,1%) респондентів.

На наше прохання «Перерахуйте обставини, що заважають Вашим відвідинам КМКЛ № 12», – при запропонованих нами варіантах: А) значні затрати часу; Б) недоброзичливе відношення лікарів; В) низька кваліфікація лікарів; Г) брак діагностичного обладнання; Д) висока платня за додаткове використання нових діагностичних технологій; Е) інші причини, – відповіді респондентів розподілилися так. А – 367 (57,7%); Г – 3 (0,5%); Б – 21 (3,3%); АЕ – 5 (0,8%); АВВ – 1 (0,2%). Звертає на себе увагу той факт, що серед інших причин 6 респондентів, або 0,9% від загальної кількості опитаних, вказали на недостатнє забезпечення ліками. Як недолік у роботі лікарні вважаємо і те, що 8,0% (51 чол.) опитаних не дали відповіді на дане запитання.

На запитання анкети «При виникненні нової хвороби або загостренні хронічного захворювання» – пацієнт: А) звертався у поліклініку за місцем проживання; Б) відвідував КМКЛ № 12; В) користувався платними медичними послугами; Г) лікувався самостійно; Д) Ваш варіант», – респонденти дали такі відповіді: А) – 189 (29,7%); Б) – 335 (52,7%); В) – 11 (1,7%); Г) – 20 (3,2%). Серед своїх варіантів 60 опитаних, або 9,4% від їх загальної кількості, вказали медичний пункт військової частини за місцем проживання; одному з опитаних (0,2%) прийшлося викликати карету швидкої допомоги. Не дали відповіді 5 (0,8%) респондентів.

Четверта група запитань стосувалась інформації щодо оцінки роботи реєстратури та лікарні в цілому. Для ілюстрації отриманих відповідей на цю частину анкети, наводимо відповіді респондентів на два із цієї групи запитань.

На питання – «Скільки хвилин пацієнт стоїть в черзі за талоном до лікаря?», – при запропоно-

ваних нами варіантах: А) – до 15 хв., Б) – від 15 до 30 хв., В) – від 30 до 60 хв., Г) – понад 60 хв., – відповіді респондентів були наступними. До 15 хв. на це витрачає 382 опитаних, або 60,1% від їх загальної кількості; 191 пацієнт (30,1%) простоє в черзі, як правило, від 15 до 30 хв. Ще 28 респондентів (4,4%) очікують на отримання талону на прийом до лікаря від 30 до 60 хв. А 35 (5,4%) із числа опитаних витрачає на отримання талона до лікаря понад 1 годину.

Роботу КМКЛ № 12 в цілому оцінюють, як: А) – відмінну – 60 (9,4%); Б) – добру – 274 (43,1%); В) – задовільну – 301 (47,3%); Г) – незадовільну – 1 (0,2%). Таким чином, 99,8% респондентів оцінили роботу КМКЛ № 12 позитивно (рис. 1).

Висновки

Завдяки проведеному соціальному дослідженню у цій його частині, можна у якості висновку сказати наступне.

По-перше, інститут сімейного лікаря набуває все більшого поширення в системі охорони здоров'я в цілому. Про це свідчать такі показники:

- висока обізнаність пацієнтів про сімейних лікарів;
- надання переваги зверненням до сімейного лікаря в усіх випадках захворювань;
- довіра до різнобічності знань та компетентності сімейного лікаря.

По-друге, опитування засвідчило, що введенню посади сімейного лікаря віддається перевага у порівнянні з традиційно існуючою системою дільничних лікарів. Респонденти це пояснюють тим, що відвідування одного і того ж лікаря спричиняє менше психологічно-емоційне напруження. Останнє можна пояснити з позицій клінічної психології тим, що атмосфера довіри, яка складається у стосунках сімейного лікаря і пацієнта, зменшує психологічний дискомфорт (почуття страху та тривоги) у хворого.

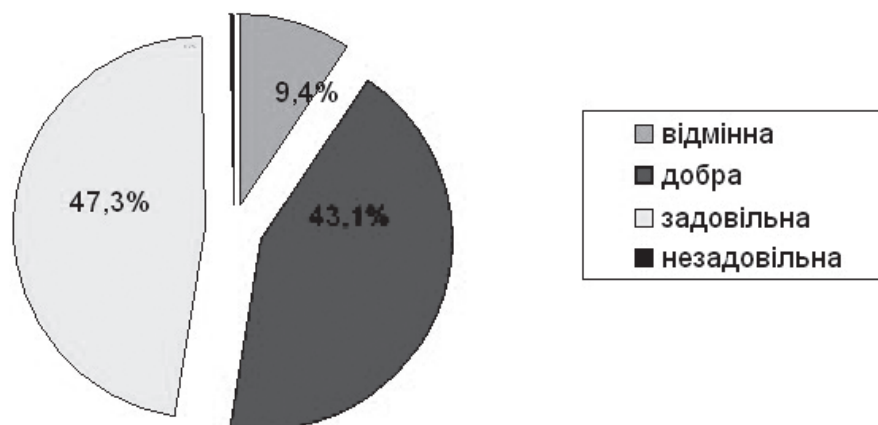


Рис. 1. Показники оцінки роботи КМКЛ № 12 працездатним населенням

По-третє, в результаті проведеної роботи стали зрозумілими не лише переваги інституту сімейного лікаря, але й намітилися шляхи подальшого розвитку та реформування системи надання медичної допомоги працездатному населенню.

Проведене опитування серед лікарів КМКЛ № 12, показало, що своєю роботою задоволені 37 респондентів, що складає 72,5% від їх загальної кількості (51 лікар). Правда, умовами для реалізації своїх професійних можливостей задоволені лише 50% опитаних, при цьому переважна більшість респондентів вважають, що їх заробітна плата не відповідає виконаній роботі. Стосовно оснащеності КМКЛ № 12, центрів та відділень медичним обладнанням, можливістю використання сучасних лікувально-діагностичних тех-

нологій, то лише 60,1% респондентів на ці запитання дали позитивну відповідь.

Одним з найважливіших для нас було питання щодо ставлення лікарів до реформування первинної медико-санітарної допомоги у медичній службі. Відрадно вважати той факт, що всі опитані нами лікарі вказали на своє позитивне ставлення до реформи первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини.

На нашу думку, отримані в результаті проведеного дослідження результати, можуть бути цікавими і для лікувально-профілактичних закладів МОЗ України. Вони, передусім, можуть слугувати пошукам спільних кроків відомчої та цивільної медицини у швидшому впровадженні в практику інституту лікарів загальної практики-сімейних лікарів, а, по-друге, будуть сприяти створенню єдиного медичного простору України.

Список літератури

1. Гладун З. С. Державне управління в галузі охорони здоров'я / З. С. Гладун. – Тернопіль: Укрмед. книга, 1999. – 312 с.
2. Журавель В. І. Механізми державного регулювання систем охорони здоров'я / В. І. Журавель, В. Г. Присенко, В. Ц. Черномаз // Одеськ. мед. журн. – 2005. – №2. – С. 4–9; 123, 124.
3. Законодавство України про охорону здоров'я: зб. нормат. актів: Коментарі та постатейні матеріали станом на 15 серпня 2000 р. / уклад. М. І. Мельник, М. І. Хавронюк. – Київ: АТІКА, 2000. – 256 с.
4. Гаджиев Р. С. Мнение городского населения об амбулаторно-поликлинической помощи / Р. С. Гаджиев, И. А. Камаев, Т. В. Поздеева, И. Ю. Самарцева // Здравоохран. Росс. Федер. – 2003. – № 1. – С. 27–30.
5. Жирнова Г. М. Развитие общей врачебной практики в условиях муниципального здравоохранения / Г. М. Жирнова, Н. А. Алексеев, Н. П. Батина [и др.] // Здравоохран. Росс. Федер. – 2003. – № 1. – С. 11–13.
6. Лисица Д. Н. Организация и методология решения «проблем здоровья» пациентов в общей врачебной практике / Д. Н. Лисица // Здравоохран. Росс. Федер. – 2005. – № 4. – С. 42–44.

Стаття надійшла до редакції: 06.03.2013

Т. В. Лобода, В. Н. Якимець

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОТНОСИТЕЛЬНО ПОРТРЕТА ВРАЧА СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

В данном исследовании были использованы два основных направления социологического метода. Во-первых, в процессе анкетирования изучалось мнение пациентов КГКБ № 12 по поводу оценки их обращений за медицинской помощью, и определялся уровень их удовлетворенности качеством работы КГКБ № 12. При этом особое внимание обращалось на выявление причин, которые влияли на отношение пациентов на условия лечения и медицинское обслуживание.

Ключевые слова: медико-социологическое исследование, анкетирование, врач семейной медицины.

T. V. Loboda, V. N. Yakimets

ANALYSIS OF THE RESULTS OF MEDICAL AND SOCIOLOGICAL RESEARCH ON THE PORTRAIT OF FAMILY DOCTORS

In this study, we used two main areas of the sociological method. First, in the opinion survey studied patients KGKH № 12 on the evaluation of their applications for medical care and their level of satisfaction with the quality of work KGKH number 12. With particular attention paid to the identification of the causes that influenced the patient's relationship to the conditions of treatment and care.

Keywords: medical and sociological research, questionnaires, family physician.

Р. О. Моїсеєнко

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика

ОСНОВНІ НАПРЯМКИ РЕФОРМУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я МАТЕРІВ ТА ДІТЕЙ В УКРАЇНІ ТА ЇХ ЕФЕКТИВНІСТЬ

В статті представлено проблеми та шляхи реформування охорони здоров'я матерів та дітей в Україні

Ключові слова: реформування охорони здоров'я матерів та дітей.

Система управління охороною здоров'я, яка застосовується в країні, рівень фінансування, прихильність політиків до питань реформування сфери охорони здоров'я, стан мережі закладів охорони здоров'я державного та недержавного сектору, наявність підготовленого кадрового потенціалу медичних працівників, у тому числі управлінців, які мають досвід роботи у системі, напрямку впливає на ефективність реформ.

У цілому в сфері охорони здоров'я здійснювалась розробка і впровадження адекватних сучасним умовам державних і галузевих заходів, спрямованих на зміцнення матеріально-технічного потенціалу закладів охорони здоров'я, трансформації регламентної системи медичної допомоги в більш вільну, з розширенням компетенції регіонів.

Зусилля сектору охорони здоров'я матерів і дітей були спрямовані на подальший розвиток служб репродуктивного здоров'я, удосконалення структури родопомічних і дитячих закладів та першочергове оснащення їх лікувально-діагностичною апаратурою, створення нових сучасних закладів охорони здоров'я та їх структурних підрозділів, розробку та впровадження сучасних всесвітньо визнаних медико-організаційних технологій з доведеною ефективністю, забезпечення доступності, якості та профілактичної спрямованості медичної допомоги жінкам і дітям, раціонального використання наявних ресурсів.

Програмно-цільове управління службою охорони здоров'я матерів і дітей супроводжувалося структурними змінами, що відповідали як стану демографічної ситуації, так і впровадженню сучасних стратегій охорони громадського здоров'я з переорієнтацією первинної медико-санітарної допомоги на засади загальної лікарської практики/сімейної медицини, розвитком стаціонар-замінних технологій, служб планування сім'ї, центрів медико-соціальної реабілітації дітей, репродуктивної медицини, онкогематології, кардіохірургії, перинатальних центрів. Сформована

служба охорони здоров'я матері та дитини є багатофункціональним комплексом, який включає широку мережу закладів охорони здоров'я – амбулаторно-поліклінічних, стаціонарних, кадрових та науково-дослідних, учбових різного рівня акредитації, спеціалізованих центрів, санаторіїв, будників дитини. Існуюча в Україні мережа закладів охорони здоров'я, які надають лікувально-профілактичну допомогу жінкам і дітям, у цілому достатня для надання їм медичної допомоги на всіх трьох рівнях. До складу служби охорони здоров'я матерів і дітей входять 88 положових будинків, в яких 107 центрів планування сім'ї та репродукції особи, 96 – медико-генетичні консультації, Національна дитяча спеціалізована лікарня «Охматдит» та 28 обласних дитячих лікарень, 94 дитячих міських, 6 інфекційних та 3 туберкульозні лікарні для дітей, 47 будинків дитини, 136 санаторіїв для дітей. У 2011 р. в усіх стаціонарах країни налічувалось 52,4 тисячі ліжок для дітей, 22,3 тис. ліжок для вагітних та роділь і 19,3 – для гінекологічних хворих.

Усі роки незалежності України в системі охорони материнства і дитинства продовжувались структурні зміни, визначались Концепцією розвитку охорони здоров'я населення України та заходами Державних програм стосовно охорони материнства і дитинства.

З позицій доказового менеджменту вагоме значення для забезпечення ефективної перинатальної допомоги, «здорового старту» немовлят, їх подальшого психоемоційного та інтелектуального розвитку і стану здоров'я людини в наступні роки має ініціатива ВООЗ і ЮНІСЕФ «Лікарня, доброзичлива до дитини», започаткована у 1991 р. Станом на початок 2012 р. міжнародне звання «Лікарня, доброзичлива до дитини» присвоєно 396 закладам охорони матері і дитини, або 39,0% з тих, що підлягають сертифікації, з них сертифіковано 94,6% самостійних положових стаціонарів, 65,5% дитячих обласних лікарень, 51,6% дитячих міських лікарень і лише 29,3% ЦРЛ і РЛ з підрозділами для надання акушерсько-

гінекологічної і педіатричної допомоги.

Однією з важливих складових реформування охорони здоров'я є кадрове забезпечення. Незважаючи на системну роботу щодо підняття престижу праці медичних працівників, збільшення заробітної плати, ситуація з кадровими ресурсами у охороні здоров'я залишається складною.

На сьогодні забезпеченість лікарями в Україні становить 43,1 на 10 тисяч населення. Поряд з цим, забезпеченість лікарями, які безпосередньо надають медичну допомогу населенню, становить лише 27,1 на 10 тис. населення, що відповідає показникам США (27,0) та перевищує показники Великобританії (21,0) та Польщі, проте поступається показникам більшості країн ЄС та Росії.

Дефіцит лікарів в цілому складає 47 тисяч осіб. На сьогодні у закладах охорони здоров'я працює близько 100 тис. медичних працівників пенсійного віку (41,8 тис. лікарів та 57,7 тис. молодших медичних працівників з медичною освітою). Тому упродовж останніх років розпочато поступову переорієнтацію підготовки студентів-медиків із збільшенням держзамовлення медичним університетам у пілотних регіонах, де забезпечення лікарями значно гірше у порівнянні із західними областями.

У 2012 році укомплектованість посад лікарями зі спеціальності «загальна практика/сімейна медицина» складає 73%, вакантною є 1781 посада лікарів загальної практики/сімейної медицини. Продовжує залишатися суттєвий дефіцит лікарів первинної мережі, і зокрема педіатрів.

У відповідності до тенденцій розвитку сфери охорони здоров'я службою охорони здоров'я жінок і дітей за сприяння проектів міжнародної технічної допомоги були розроблені науково обґрунтовані нормативи ресурсного забезпечення служби охорони здоров'я матері і дитини. Затверджені відповідними наказами МОЗ України нормативи базуються на забезпеченні рівного доступу як сільського, так і міського населення до медичних послуг. Розроблено нормативно-правові засади регіоналізації перинатальної допомоги, впроваджено понад 62 Накази МОЗ України, що затверджують клінічні протоколи, стандарти медичної допомоги дітям і матерям.

Особливе значення для запровадження системних змін в охороні здоров'я матері і дитини мали ряд загальнодержавних, державних, цільових програм та заходів, загальний обсяг фінансування за якими з державного бюджету тільки з 2000 по 2012 роки зріс у 175 разів. Всього за період з 2000 по 2012 роки тільки за основними державними програмами було передбачено на заходи з охорони материнства та дитинства 3840,1 млн. грн., з них на медикаменти – 3613,0 млн. грн., на медичне обладнання – 227,1 млн. грн.

Протягом останніх майже 20 років створено та розвинуто нові структури надання медичної

допомоги: Перинатальні центри II та III рівнів, Центри первинної медичної допомоги, Центри планування сім'ї та Центри репродуктивної медицини, медико-генетичні центри (консультації), виїзні реанімаційні бригади (неонатальні та акушерські), відділення реанімації новонароджених, Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії, Клініку для лікування дітей с ВІЛ-інфекцією/СНІД та Український медичний центр дитячої офтальмології та мікрохірургії ока на базі НДСЛ «ОХМАТДИТ», систему екстреної медичної допомоги, «Клініки, дружня до молоді», Центри профілактики ВІЛ-інфекції/СНІД, Центри медико-соціальної реабілітації дітей, Реабілітаційні центри для роботи з сім'ями, що мають дітей з обмеженнями здоров'я, на базі будинків дитини, Санаторії для вагітних, для дітей з онкозахворюваннями, цукровим діабетом.

Важливим елементом попередження виникнення відхилень у стані здоров'я та інвалідизації дитини стали нові технології такі, як: інформаційні, лікарський формуляр, стандартизація медичної допомоги, створення реєстрів пацієнтів, малюкової та материнської смертності, хворих на ДЦП, сучасні перинатальні технології, регіоналізація перинатальної допомоги, перинатальний аудит медичної допомоги із використанням «MATRIX-BABIES», принципи грудного вигодовування, Розширена ініціатива «Лікарня, доброзичлива до дитини», допоміжні репродуктивні технології, профілактика вертикальної трансмісії ВІЛ-інфекції, дослідження важкої материнської захворюваності, перехід на реєстрацію МС з 22 тижнів вагітності, методики скринінгу новонароджених на ФКУ, гіпотиреоз, муковісцидоз, зміна порядку медичного спостереження за дітьми раннього, дошкільного та шкільного віку, інтегроване ведення хвороб дитячого віку, перехід на модель спостереження дитини лікарем-педіатром до 18 років з подальшим переведенням на модель сімейного лікаря, спостереження дітей та вагітних сімейним лікарем, методики медико-педагогічного контролю в школах, міжсекторальний інтегрований підхід, реабілітаційна методика «Тандем-партнерство», календар щеплень із розширенням кількості інфекцій для імунізації, застосування комбінованих вакцин, моніторинг несприятливих подій, пов'язаних з імунізацією (НППІ) тощо.

Основними законодавчими актами останніх років, які регламентували напрямки реформи системи охорони здоров'я стали Закони: «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» (2011р.) та «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» (2011 р.) та Укази Президента України: «Про заходи щодо

Ефективність впровадження оптимізованої системи організації медичної допомоги дітям і матерям в Україні

Показники здоров'я	2000 рік	2011 рік	Зниження (%)
Показники здоров'я матерів:			
Материнська смертність (на 100 тис. народжених живими)	24,7	16,9	35,6
Частота патологічних пологів (на 100 пологів)	68,4	31,5	53,9
Рівень вертикальної трансмісії ВІЛ від матері до дитини (на 100 дітей)	27	2,0	92,5
Частота акушерських кровотеч (на 1000 пологів)	38,5	18,6	51,7
Родовий сепсис і розлита післяродова інфекція (на 1000 пологів)	0,17	0,03	82,3
Співвідношення частоти нормальних пологів та хворих новонароджених дітей, Україна (на 100 пологів і 100 новонароджених)	31,5/26	68,5/15,4	
Кількість абортів (на 1000 жінок фертильного віку)	32,1	13,5	57,9
Показники здоров'я дітей:			
Смертність дітей першого року життя (на 1000 народжених живими)	11,9	9,0	24,4
Рання неонатальна смертність (на 1000 народжених живими)	4,7	3,9	17,0
Неонатальна смертність (на 1000 народжених живими)	6,6	5,6	15,2
Смертність немовлят від вроджених аномалій розвитку (на 10 тис. народжених живими)	3,47	2,19	36,9
Смертність дітей першого року від інфекційних хвороб (на 10 тис. народжених живими)	6,0	2,8	53,3
Смертність дітей першого року від хвороб органів дихання (на 10 тис. народжених живими)	7,8	2,7	65,4
Захворюваність немовлят (на 1000 народжених живими)	272	153	43,8
Захворюваність дітей першого року життя (на 1000 дітей)	2018	1560	22,7
Захворюваність дітей першого року життя на дитячий церебральний параліч (на 1000 дітей)	0,5	0,19	62,0
Захворюваність новонароджених на внутрішньочерепну родову травму (на 100 тис. народжених живими)	86,4	2,64	96,9
Захворюваність дітей першого року життя на ВВР (на 1000 дітей)	57,1	45,9	19,6
Смертність від вроджених вад серця (на 10 тис. дітей до 17 років)	0,62	0,48	22,6

забезпечення ефективності реалізації Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» № 1154/2010 від 21.12.2010 р. та відповідно Про Національні плани дій на 2011, 2012, 2013 роки щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010–2014 роки.

Першочерговим у реформуванні стала структурно-функціональна перебудова первинної медико-санітарної допомоги та створення системи екстреної медичної допомоги; реструктуризація вторинної та третинної меддопомоги, забезпечення її регіоналізації та застосування ефективних

механізмів фінансування медичних послуг населенню на первинному рівні на основі індикативних показників якості медичної допомоги.

Впровадження оптимізованої системи надання медичної допомоги дітям і матерям з використанням сучасних технологій проводилось одночасно практично на всіх адміністративних територіях України.

Реструктуризація служби охорони здоров'я матері та дитини призвела до позитивних зрушень в основних інтегральних показниках здоров'я та індикаторах якості медичної допомоги.

Таким чином, зміни, що відбулись в системі

охорони здоров'я матерів і дітей за роки незалежності України, не дивлячись на суттєвий фінансовий та кадровий дефіцит достовірно вплинули на основні медико-соціальні показники, а

саме зниження смертності, захворюваності, особливо у дітей першого року життя, що напряму впливатиме на основні медико-демографічні показники в Україні у майбутньому.

Список літератури

1. Антипкін Ю. Г. Нагальні наукові та практичні проблеми охорони здоров'я матері та дитини / Ю. Г. Антипкін // Журн. НАМН України. – 2011. – Т. 17, № 1. – С. 44–47.
2. Глобальная стратегия охраны здоровья женщин и детей / ООН. – [Женева], 2010. – 24 с. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2009 г. Здоровье и системы здравоохранения / Европейское региональное бюро ВОЗ. – Копенгаген : ВОЗ, 2010. – 205 с.
3. Гойда Н. Г. Проблемы акушерської допомоги в Україні та шляхи їх вирішення / Гойда Н. Г., Н. Я. Жилка, Г. О. Слабкий / Охорона здоров'я України. 2007. – № 3–4 (27–28). – С. 88–97.
4. Гойда Н. Г. Результати співпраці Національної медичної академії після-дипломної освіти імені П. Л. Шупика з міжнародними організаціями по реалізації Проєктів і Програм з охорони здоров'я, що ведуться в Україні / Н. Г. Гойда, Ю. В. Вороненко // Охорона здоров'я України. 2008. – № 1 (29). – С. 41–44.
5. Декларация тысячелетия Организации Объединенных Наций [Электронный ресурс]: принята резолюцией 55/2 Генеральной Ассамблеи от 8 сент. 2000 г. – Режим доступа: URL : http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/summitdecl.shtml. – Название с экрана.
6. До проблеми розробки та впровадження клінічних протоколів у діяльність служби охорони здоров'я матері та дитини / О. О. Дудіна, Н. Я. Жилка, Г. О. Слабкий, Г. О. Бринь // Здоров'я жінки. – 2006. – № 1. – С. 36–40.
7. Москаленко В. Ф. Здоровье и здравоохранение. Ключевые императивы: руководство / В. Ф. Москаленко. – К.: Авіцена, 2011. – 250 с.
8. Орда О. М. Окремі напрямки подальшого розвитку охорони здоров'я України / О. М. Орда, Ю. В. Вороненко, Н. Г. Гойда // Ліки України. 2007. – № 111. – С. 63–65.
9. Перинатальна допомога: ціль розвитку тисячоліття – пріоритет реформування медицини / записав О. Устінов // Укр. мед. часопис. – 2010. – № 5. – С. 11–14.
10. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 31.10.2011 № 1164-р «Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я – 2020: український вимір».
11. Улучшение материнского и перинатального здоровья: Европейский стратегический подход к обеспечению безопасной беременности / Европейское региональное бюро ВОЗ. – Копенгаген : ВОЗ, 2007. – 51 с.
12. Устінов О. Регіоналізація перинатальної допомоги: міжнародний досвід / О. Устінов // Укр. мед. часопис. – 2012. – № 4. – С. 4–5.
13. Финансирование систем здравоохранения. Путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью : доклад о состоянии здравоохранения в мире : исполнительное резюме / ВОЗ. – Женева : ВОЗ, 2010. – 20 с.
14. Хобзей М. К. Економічна мотивація впровадження інституту сімейної медицини / М. К. Хобзей // Охорона здоров'я України. – 2001. – № 2. – С. 8–13.
15. Моїсеєнко Р. О. Ефективність впровадження сучасних перинатальних технологій в діяльність закладів служби охорони здоров'я матері і дитини / Р. О. Моїсеєнко, О. О. Дудіна // Інновації в медицині. – 2011. – № 7. – С. 60.

Стаття надійшла до редакції: 28.03.2013

Р. А. Моїсеєнко

Національна медична академія послєдипломного образования ім. П. Л. Шупика

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РЕФОРМИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МАТЕРЕЙ И ДЕТЕЙ В УКРАИНЕ И ИХ ЭФФЕКТИВНОСТЬ

В статье представлены проблемы и пути реформирования здравоохранения матерей и детей в Украине.

Ключевые слова: реформирование здравоохранения матерей и детей.

Р. О. Моїсеєнко

National Medical Academy of Postgraduate Education

BASIC WAYS OF MOTHERS AND CHILDREN HEALTH CARE REFORM IN UKRAINE AND EFFICIENCY

This paper presents the problems and ways of mothers and children health care reform in Ukraine.

Keywords: mothers and children health care reform.

Н. В. Чепурнова

Закарпатський Центр з профілактики та боротьби зі СНІДом

АНАЛІЗ ЗАКОНОДАВСТВА ЩОДО РЕАЛІЗАЦІЇ РЕПРОДУКТИВНОГО ПРАВА ДИСКОРДАНТНИМИ ПАРАМИ

Представлено аналіз законодавства щодо реалізації репродуктивного права дискордантними парами.

Ключові слова: законодавство, дискордантні пари, репродуктивне право, забезпечення.

На міжнародному рівні питання «репродуктивного права» обговорювалося на Четвертій всесвітній конференції зі становища жінок (Пекін, 1995), на якій була прийнята «Програма дій міжнародної конференції з народонаселення та розвитку», що мало велике значення для багатьох країн, оскільки в ній вперше дається визначення репродуктивних прав, а також визначаються цілі й завдання політики в області народонаселення [2].

Репродуктивні права ґрунтуються на визнанні основного права всіх подружніх пар і окремих осіб вільно приймати відповідальне рішення щодо кількості своїх дітей, інтервалів між їх народженням і часом їх народження [1, 3, 6]. Сюди включається і право приймати відповідальні рішення щодо відтворення потомства без якої б то не було дискримінації, примусу і насильства [4, 5].

Мета роботи: провести системний аналіз чинного законодавства щодо реалізації репродуктивного права дискордантними парами.

Матеріали та методи

Для проведення аналізу законодавства використано контент-аналіз та метод системного підходу.

Результати та обговорення

Репродуктивні права розуміються як права, які передбачають право людини мати дітей; право тимчасово уникати дітонародження; право взагалі від нього відмовлятися. Репродуктивні права можна також визначити як права, пов'язані з реалізацією різних аспектів продовження роду (дітонародження), а саме з прийняттям рішення про зачаття дитини, з визначенням кількості дітей, інтервалів між їх народженням. Через репродуктивні права безпосередньо реалізується конституційне право на життя. Зміст репродуктивних прав включає в себе, по-перше, консти-

туційний захист репродуктивних можливостей, по-друге, сприяння реалізації останніх з боку держави. Захист репродуктивних можливостей має на увазі конституційний обов'язок держави реалізовувати всю сукупність заходів економічного, соціального, культурного, наукового, медичного, санітарно-епідеміологічного характеру, спрямованих на збереження та зміцнення репродуктивного здоров'я кожної людини.

У міжнародному праві питання репродуктивних прав займають далеко не останнє місце. До міжнародних актів, які регулюють дані права належать, наприклад, Декларація з народонаселення 1966 р., де право на планування сім'ї розглядається в якості одного з основних прав людини. У 1979 р. в Конвенції про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок були встановлені права жінок і чоловіків вільно приймати рішення про кількість дітей і проміжки між їх народженням, а також право на інформацію, освіту і засоби, що забезпечують їм можливість користуватися такими правами. У Рекомендаціях для подальшого здійснення «Всесвітнього плану дій в області народонаселення» (Мехіко, 1984) урядам було запропоновано підтримувати планування сім'ї в рамках програм охорони матері і дитини. Амстердамська декларація, прийнята представниками 79 країн на міжнародному форумі «Народонаселення в ХХІ столітті» (1989), до числа основних принципів діяльності в області народонаселення включила підвищення якості та ефективності державних і приватних програм планування сім'ї. У Віденській декларації, прийнятій у 1993 р. на Всесвітній конференції з прав людини, знову підтверджувалися основні репродуктивні права, і на основі принципу рівності між жінками і чоловіками було заявлено про право жінок на доступну і адекватну охорону здоров'я, а також на широке коло послуг в галузі планування сім'ї. Далі концепція репродуктивних прав була розширена в ході Міжнародної конференції з народонаселення і розвитку (Каїр, 1994).

Репродуктивне право для дискордантних пар в звичайних умовах без шкоди для здоров'я партнера та дитини не може реалізуватися, оскільки вірогідність передачі ВІЛ при кожному незахищеному гетеросексуальному статевому акті складає 1/1000 (від чоловіка до жінки) або менше 1/1000 (від жінки до чоловіка). Вірогідність передачі ВІЛ у декілька разів підвищується на тлі високого вірусного навантаження або за наявності інших ЗПСШ. Тим більше, що вірусне навантаження в спермі або виділеннях статевих шляхів не завжди пропорційна вірусному навантаженню в плазмі крові, і ВІЛ може знаходитися в спермі навіть у випадках, коли вірусне навантаження у плазмі крові нижче визначеного рівня. Тобто незахищені гетеросексуальні стосунки є небезпечними навіть за відсутності вірусного навантаження. Обов'язкове використання презервативів знижує ризик передачі ВІЛ в гетеросексуальних парах на 85%.

Для реалізації репродуктивного права дискордантних парам необхідна медична допомога з метою захисту від ВІЛ-інфекції партнера через застосування допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ).

ДРТ – це методики лікування безпліддя, за яких маніпуляції з репродуктивними клітинами, окремі або всі етапи підготовки репродуктивних клітин, процеси запліднення і розвитку ембріонів до переносу їх у матку реципієнтки здійснюються в умовах *in vitro*.

В результаті досягнень в антиретровірусній терапії ВІЛ-позитивні дискордантні пари отримали довгоочікувану можливість реалізувати свої репродуктивні плани. Сучасні наукові досягнення дозволяють не лише звести до мінімуму можливість зараження партнера, а й в разі знизити ризик народження ВІЛ-інфікованої дитини. Тому репродуктивні технології для ВІЛ-інфікованих майбутніх батьків активно застосовуються у багатьох країнах світу, де це урегульовано на законодавчому рівні. Право на ДРТ є одним зі складових загального поняття репродуктивних прав.

Питання застосування ДРТ в Україні регламентуються Цивільним кодексом (п. 7), який унормовує, що повнолітні жінка або чоловік мають право за медичними показаннями на проведення щодо них лікувальних програм допоміжних репродуктивних технологій, а також наказами МОЗ України від 23.12.2008 № 771 «Про затвердження Інструкції про порядок застосування допоміжних репродуктивних технологій», зареєстрованого в Міністерстві юстиції 20.03.2009 за № 263/16279, та від 29.11.2004 № 579 «Про затвердження Порядку направлення жінок для проведення першого курсу лікування безплідності методами допоміжних репродуктивних технологій за абсолютними показаннями за бюджетні кошти», зареєстрованому в Мініс-

терстві юстиції 15.02.2005 за № 224/10504.

Наказом МОЗ України від 23.12.2008 № 771 «Про затвердження Інструкції про порядок застосування допоміжних репродуктивних технологій» визначається порядок та умови застосування методик допоміжних репродуктивних технологій в Україні. У пункті 15 цього наказу визначені протипоказання до застосування ДРТ, посилаючись на наказ МОЗ України від 29.11.2004 № 579 «Про затвердження Порядку направлення жінок для проведення першого курсу лікування безплідності методами допоміжних репродуктивних технологій за абсолютними показаннями за бюджетні кошти», яким регламентується порядок направлення жінок для проведення першого курсу лікування безплідності методами ДРТ за абсолютними показаннями за бюджетні кошти. Цим наказом затверджені протипоказання до застосування ДРТ, серед яких є ВІЛ-інфікування незалежно від рівня та стадії хвороби. Тобто за вітчизняним законодавством у дискордантних пар відсутня можливість реалізувати своє репродуктивне право.

При проведенні аналізу законодавства України з питань забезпечення репродуктивного права дискордантних пар встановлено, що на галузевому рівні не визначено отримання статистичних даних щодо кількості дискордантних пар в Україні із статистичним обліком ВІЛ-інфікованих чоловіків та жінок у дискордантній парі, що унеможливило розрахунок потреби у використанні сучасних репродуктивних технологій та необхідних обсягів фінансового забезпечення.

В Україні ДРТ почали застосовувати з 1987 р. На даному етапі ДРТ використовують близько 20 закладів охорони здоров'я, які концентруються здебільшого у великих містах і є приватної форми власності. Частка державних центрів становить лише 11,0%, у структурі виконаних циклів ДРТ вони займають 11,4%. Вартість одного циклу ДРТ включає прямі затрати на лікувальний цикл (витратні матеріали та реактиви), медикаменти, амортизацію обладнання, непрямі витрати. В державній програмі Репродуктивне здоров'я нації до 2015 року передбачене фінансування за рахунок державних коштів 600 циклів на рік (медикаменти та витратні матеріали), які проводяться лише у 2 медичних закладах державної форми власності певними показаннями, визначеними наказом МОЗ України від 29.11.2004 № 579 «Про затвердження Порядку направлення жінок для проведення першого курсу лікування безплідності методами допоміжних репродуктивних технологій за абсолютними показаннями за бюджетні кошти». Надання медичної допомоги методами ДРТ ВІЛ-інфікованим пацієнтам, один із яких є партнером дискордантної пари, цим наказом не передбачається.

У зв'язку з відсутністю статистичних даних про надання медичної допомоги дискордантним

парам, нами використаний інтернетний ресурс щодо доступності послуг з питань ДРТ для ВІЛ-інфікованих пацієнтів з дискордантних пар.

Так, за даними громадської організації Всеукраїнської мережі людей, що живуть з ВІЛ (ЛЖВ), яка є основним реципієнтом коштів Гранту глобального фонду боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією в Україні, за 2011 р. до них звернулося за допомогою понад 500 дискордантних пар, які бажають мати дітей. За цією інформацією ЛЖВ зверталися і до державних, і до приватних центрів репродуктології з пропозиціями про співпрацю у питанні забезпечення репродуктивних прав дискордантних пар. Проте ці установи від участі у проекті відмовилися. При такому підході в дискордантній парі може народитися не тільки здорова дитина, а й зберегтися здоров'я іншого партнера, що є важливим для подальшого життя і виховання дитини. Проблеми з зачаттям у дискордантній парі пов'язані також з тим, що якщо вірус передається ВІЛ-негативній жінці, то з'являється ризик передачі ВІЛ дитині, що у цьому випадку буде навіть вищим, ніж для ВІЛ-позитивної жінки.

В результаті відсутності можливості використати технології ДРТ численні дискордантні пари просто намагаються зачати дитину під час небезпечного сексу, діючи на свій страх і ризик.

Також значне число подружніх пар, у яких ВІЛ-інфікований чоловік, звертаються за медичною допомогою до Польщі, де давно діє центр із очищення сперми від ВІЛ-інфекції. Вартість цих послуг дуже висока. Це ще раз вказує на необхідність удосконалення вітчизняного законодавства з метою підвищення доступності методик ДРТ до населення.

Наступною проблемою недосконалості вітчизняного законодавства щодо застосування ДРТ для пацієнтів із дискордантних пар є те, що наведена у наказі МОЗ України від 23.12.2008 № 771 «Про затвердження Інструкції про порядок застосування допоміжних репродуктивних технологій» дефініція, що ДРТ – це методики лікування безпліддя, за яких маніпуляції з репродуктивними клітинами, окремі або всі етапи підготовки репродуктивних клітин, процеси запліднення і розвитку ембріонів до переносу їх у матку реципієнтки здійснюються в умовах *in vitro*, є не повною, оскільки потреба у застосу-

ванні ДРТ виникає не лише у випадках безпліддя. У випадках дискордантних подружніх пар, у яких один із подружжя є ВІЛ-інфікованим, другий – ВІЛ-негативним, вони не страждають безпліддям. Проте, щоб застерегти від інфікування статевого партнера, такі подружні пари використовують бар'єрні засоби контрацепції, що унеможлиблює запліднення природним шляхом без ризику ВІЛ-інфікування для партнера та народження здорової дитини.

В Україні медичні послуги щодо ДРТ дискордантним парам ще недостатньо розвинені за соціально-економічних причини, недосконалої нормативно-правової бази, відсутності наукового обґрунтування проблеми, дискримінації в суспільстві щодо ВІЛ-інфікованих осіб та недостатньої підготовки спеціалістів.

Важливим питанням у відношенні дискордантних пар є дискримінація з боку служб репродуктивного здоров'я. Не тільки в нашій країні, але й у більшості країн світу, дискордантні пари зіштовхуються з відмовою в подібній допомозі, наприклад, пов'язаної з лікуванням безплідності або ДРТ. Також відсутній прогрес у нових розробках зниження ризику при зачатті для таких пар.

Численні психологічні проблеми, з якими стикаються звичайні пари, різко загострюються у дискордантних парах, навіть якщо обидва партнери при створенні сім'ї інформовані про ВІЛ-позитивний статус одного з них. Одна з головних психологічних проблем, що заважають ефективному спілкуванню в такій парі – це страх втратити кохану людину, що потребує вирішення цієї проблеми за комплексним підходом. Психологічної підтримки потребують також питання: перспективи спільного майбутнього, рішення зачати дитину, загроза кримінальної відповідальності ВІЛ-позитивного партнера, відносини із зовнішнім світом.

Висновки

Проведений аналіз законодавчого забезпечення репродуктивного права дискордантних пар показав на його недосконалість та необхідність вирішення на законодавчому рівні питань забезпечення репродуктивного права дискордантних пар, як це вирішено у більшості країн Європи.

Список літератури

1. Доступ ВІЛ-позитивних жінок до якісних послуг з охорони репродуктивного здоров'я та материнства / О. М. Балакірева, Енн Екман, О. Г. Левцун [та ін.]. – К. : Вид-во Раєвського, 2004. – 112 с.
2. Жилка Н. Я. Аналітичний огляд законодавчого забезпечення охорони репродуктивного здоров'я / Н. Я. Жилка. – К. : Вид-во Раєвського, 2005. – 96 с.
3. Жилка Н. Я. Законодавчо-нормативне забезпечення охорони здоров'я ВІЛ-інфікованих жінок та охро-
- ни здоров'я народжених ними дітей (аналітичний огляд) / Н. Я. Жилка, Г. О. Слабкий, О. В. Юрченко // Проблеми військової охорони здоров'я : зб. наук. праць Укр. військ.-мед. академії. – К., 2006. – Вип. 16. – С. 651–660.
4. Медична допомога і соціальний супровід дискордантних пар. Методичні рекомендації. Нізова Н., Сало Н. Й., Яцура О. П. – Київ, 2009. – 107 с.
5. Нормативно - правове врегулювання реалізації ре-

продуктивних прав осіб та сімейних пар, уражених епідемією ВІЛ - інфекції: Аналітичний довідник / Під ред. Професора Нізової Н. М. – К.: Інжиніринг, 2010. – 128 с.

6. Репродуктивні права та механізми їх реалізації у ВІЛ-позитивних жінок в Україні. В. М. Буроменський, Н. М. Нізова, В. М. Рудий. – К., Вид. Раєвського, 2005: 144 с.

Стаття надійшла до редакції 28.02.2013

Н. В. Чепурнова

Закарпатський Центр по профілактике и борье со СПИДом

АНАЛИЗ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА ПО ВОПРОСУ РЕАЛИЗАЦИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ПРАВА ДИСКОРДАНТНЫМИ ПАРАМИ

Представлено анализ законодавства по вопросу реализации репродуктивного права дискордантными парами.

Ключевые слова: законодательство, дискордантные пары, репродуктивное право, обеспечение.

N. V. Chepurnova

Carpathian Centre for Prevention and Control of AIDS

ANALYSIS OF THE LAW ON REPRODUCTIVE RIGHTS DISCORDANT COUPLES

The analysis zakonodavstva on reproductive rights discordant couples.

Keywords: law, discordant couples, reproductive rights, security.

А. Н. Пищита

Российская медицинская академия последипломного образования, г. Москва, Российская Федерация

РЕФОРМА ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

В статье анализируется реформа здравоохранения в Российской Федерации за последние годы и программа развития здравоохранения на период до 2020 года. Приведены первые результаты реформы, оценка перспектив развития здравоохранения в новых условиях.

Ключевые слова: организация здравоохранения, законодательная реформа, права пациентов, медицинская помощь, охрана здоровья.

Главная цель государственной стратегии реформирования национального здравоохранения заключается в создании и обеспечении необходимых условий для защиты жизни, охраны здоровья и максимально возможного продления периода активной творческой деятельности каждого гражданина РФ.

Для достижения этой цели необходимо обеспечить реализацию прав граждан на:

- качественную своевременную квалифицированную медицинскую помощь,
- сохранение здоровья на уровне, позволяющем гражданину принимать активное участие в решении социальных, экономических и политических задач исходя из интересов личности и общества.

В течение последних 20-ти лет здравоохранение является объектом реформирования во многих странах мира. Не является исключением и Российская Федерация. Основной задачей Министерства здравоохранения РФ, в настоящее время, является создание необходимой правовой основы для успешного реформирования национальной системы здравоохранения, обеспечение адекватного финансирования учреждений государственного и муниципального здравоохранения, развитие частного сектора здравоохранения, повышение социальной защищенности всех слоев населения, при обязательном соблюдении следующих принципов:

- защита прав человека и гражданина в сфере охраны здоровья и обеспечение государственных гарантий, связанных с этими правами;
- доступность и достаточность медико-социальной помощи для всех слоев населения;
- приоритет профилактических мер в сфере охраны здоровья граждан;
- ответственность органов государственной власти и муниципальных органов самоуправления, учреждений и организаций независимо от форм собственности, а также должностных лиц за обеспечение прав граждан в области охраны здоровья.

Практика многих демократически развитых

стран отчетливо показывает, что даже высокий уровень финансирования медицинских учреждений не обеспечивает гарантированную реализацию прав пациентов. Причины этого явления достаточно разнообразны. Одна из ключевых – недостаточная разработанность механизмов реализации прав граждан на охрану здоровья.

Права граждан в сфере медицинской деятельности – это предусмотренные международными и внутригосударственными нормативно-правовыми актами положения, гарантирующие гражданам охрану здоровья и предоставление медицинской помощи, в случае возникновения заболевания.

Среди международно-правовых документов, посвященных правам граждан в сфере медицинской деятельности, необходимо выделить Всеобщую декларацию прав человека (принятую на третьей сессии Генеральной Ассамблеи ООН резолюцией 217 А (III) от 10 декабря 1948 г.), в которой указано: «каждый человек имеет право на такой жизненный уровень, включая пищу, одежду, жилище, *медицинский уход и необходимое социальное обслуживание*, который необходим для поддержания здоровья и благосостояния его самого и его семьи, и право на обеспечение на случай безработицы, болезни, инвалидности, вдовства, наступления старости или иного случая утраты средств к существованию по не зависящим от него обстоятельствам. Материнство и младенчество дают право на особое попечение и помощь» [4].

Обеспечение прав граждан на охрану здоровья представляет собой систему организационно-правовых средств, предназначенных для наиболее полной реализации прав граждан, предусмотренных нормативно-правовыми актами, регулирующими правоотношения в здравоохранении. Различают следующие направления деятельности государства по наиболее полному обеспечению реализации указанных прав граждан:

- нормативно-правовое (подготовка и издание юридических документов, содержащих меха-

низмы реализации прав граждан в здравоохранении);

- организационное (формирование системы и контроль деятельности медицинских учреждений для обеспечения возможности реализации прав граждан в здравоохранении);

- финансово-экономическое (адекватное финансовое и материально-техническое обеспечение здравоохранения из бюджетов различных уровней, реализация федеральных целевых программ в сфере здравоохранения);

- информационное (обеспечение широкого информирования граждан о правах на охрану здоровья и качественную медицинскую помощь с использованием печатных и электронных средств массовой информации).

Первый этап реформирования российского здравоохранения (2009–2012 гг.) практически завершен. Он предусматривает разработку стандартов медицинской помощи, порядков оказания медицинской помощи, формирование эффективных регулирующих органов, повышение доступности высококачественной медицинской помощи и начало модернизации информационной системы здравоохранения.

Наиболее важным результатом этого этапа реформы системы здравоохранения РФ стало создание более структурированной нормативно-правовой базы. Сформированная законодательная база в сфере охраны здоровья граждан позволяет в определенной степени решать неотложные проблемы здравоохранения. Продолжается планомерная системная работа по созданию «Кодекса охраны здоровья граждан РФ», в состав которого входят следующие блоки законов:

1. Надзорные законы, направленные на обеспечение безопасных условий жизни и среды обитания человека (о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения, об охране атмосферного воздуха, о питьевой воде, о радиационной безопасности).

2. Законы профилактической направленности, обеспечивают предупреждение распространения особо опасных инфекционных, а также неинфекционных заболеваний (об иммунопрофилактике инфекционных болезней, о предупреждении распространения в РФ ВИЧ-инфекции, об ограничении курения табака, о предупреждении распространения в РФ туберкулеза и пр.).

3. Законы, защищающие права граждан в сфере охраны здоровья (о защите прав потребителей, проект – о правах пациентов, о рекламе медицинских услуг, изделий и лекарственных средств).

4. Законы, определяющие права и ответственность медицинских и фармацевтических работников, а также медицинских учреждений за правонарушения в сфере охраны здоровья (соответствующие статьи Уголовного, Гражданского кодексов РФ, Кодекса об административных

правонарушениях, статьи Трудового кодекса РФ, Закон о пенсиях за выслугу лет).

5. Законы, регламентирующие деятельность федеральной системы здравоохранения в части организационной структуры и основных направлений деятельности (Об основах охраны здоровья граждан в РФ, о лекарственных средствах, об обязательном медицинском страховании; проекты федеральных законов: о здравоохранении, о частной медицине).

6. Законы, регулирующие финансирование здравоохранения (Закон о бюджете, о тарифах фондов ОМС и бюджетах Федерального фонда обязательного медицинского страхования, Налоговый кодекс).

7. Законы, регулирующие отдельные виды медицинской деятельности (о психиатрической помощи, о донорстве крови и ее компонентов, о трансплантации органов и тканей человека, проект федерального закона: о биомедицинских технологиях) [1].

В течение ближайших 3–4 лет планируется принять еще 5 федеральных законов, касающихся биомедицинских технологий, медицинского страхования, организации здравоохранения, около 100 ведомственных нормативных актов (Приказов, распоряжений Министерства здравоохранения РФ), более 30 Постановлений правительства РФ, регламентирующих правоотношения в сфере охраны здоровья граждан.

Окончательное формирование «Кодекса охраны здоровья граждан РФ» может быть завершено к 2016–2017 годам, при условии стабилизации социально-экономической обстановки в стране и завершения реформирования экономики страны, в общем, и здравоохранения, в частности.

В декабре 2012 года Правительством РФ утверждена программа модернизации национального здравоохранения до 2020 года. С каждым годом финансирование здравоохранения РФ существенно увеличивается. В соответствии с проектом федеральной государственной программой «Развитие здравоохранения в Российской Федерации», объем бюджетных ассигнований составит более 33 трлн. рублей. Программа предполагает 2 этапа реализации.

На первом этапе (2013–2015 гг.) на реализацию программы из бюджета будет потрачено почти 980 млрд. рублей. На втором этапе (2016–2020 гг.) на развитие здравоохранения будет израсходовано более 26 трлн. рублей. В декабре 2012 года рассматривались следующие варианты финансирования здравоохранения РФ на ближайшие годы: бюджетный и модернизационный. При реализации бюджетного сценария развития здравоохранения к 2015 году финансирование отрасли составит около 2,48 трлн. руб. (3% ВВП), к 2020–3,4 трлн. руб. (2,5% ВВП). Этот вариант не позволит решить проблему хронического недостатка финансирования здравоохранения.

Модернизационный вариант предусматривает более высокий уровень финансирования здравоохранения РФ: до 3 трлн. руб. (3,7% ВВП) к 2015 году и 6,5 трлн. руб. (4,7% ВВП) – к 2020. Именно этот вариант и был утвержден на заседании Правительства РФ. По прогнозам Министерства здравоохранения РФ, расходы на здравоохранение к 2020 году должны составить около 5,5% ВВП РФ. Это не самые высокие показатели в мире, но такой уровень финансирования еще никогда не отмечался в Российской Федерации [3].

Проводимая за последние годы реформа позволила достичь ощутимых результатов. Впервые за последние десятилетия удалось не только остановить убыль населения в РФ, но и добиться устойчивого прироста населения.

По результатам 11 месяцев 2012 года отмечено устойчивое снижение смертности при всех основных заболеваниях:

- при заболеваниях органов кровообращения – почти на 4% ,
- при инсультах – на 8% ,
- при туберкулезе – на 11% ,

– от внешних причин – на 5,6% .

Устойчивая тенденция к снижению смертности отмечается и при онкологических заболеваниях – всего 1% , но это тоже результат, поскольку показатели смертности от онкологических заболеваний в РФ не значительно отличаются от передовых стран мира [2].

Изменилась и оценка медицинской помощи гражданами РФ. Независимые опросы, проведенные страховыми медицинскими организациями в 3 537 стационарах и в 6 459 учреждениях (более 1,5 млн. респондентов), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, показали, что за период реализации региональных программ модернизации здравоохранения значительно увеличилась удовлетворенность населения оказанной им медицинской помощью с 53% в 2011 году до 72% к началу 2013 года [5].

В настоящее время российское здравоохранение вступило во второй этап реформы: изменение системы медицинской помощи, переход на преимущественно одноканальное финансирование и расширение платных медицинских услуг. Этот этап должен завершиться к 2016 году.

Список литературы

1. Герасименко Н. Ф., Александрова О. Ю., Григорьев И. Ю. Законодательство в сфере охраны здоровья граждан. Под общей ред. акад. РАМН В. И. Стародубова. – М.: МЦФЭР, 2005. С. 23.
2. Министр Вероника Скворцова выступила с докладом в Государственной Думе в рамках «Правительственного часа» и ответила на вопросы депутатов <http://www.rosminzdrav.ru/health/78>.
3. Распоряжением Правительства РФ № 2511-р от 24 декабря 2012 года утверждена «Государственная программа развития здравоохранения Российской Федерации» <http://www.rosminzdrav.ru/health/72>.
4. Статья 25 Всеобщей декларации прав человека (принята на третьей сессии Генеральной Ассамблеи ООН резолюцией 217 А (III) от 10 декабря 1948 г.). СПС «Гарант».
5. Удовлетворенность населения медицинской помощью увеличилась. <http://www.rosminzdrav.ru/health/med-service/213>.

Стаття надійшла до редакції: 15.02.2013

А. Н. Пиццита

Російська медична академія післядипломної освіти, м. Москва, Російська Федерація

РЕФОРМА ЗАКОНОДАВСТВА У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В РОСІЙСЬКІЙ ФЕДЕРАЦІЇ

У статті аналізується реформа охорони здоров'я в Російській Федерації за останні роки та програма розвитку охорони здоров'я на період до 2020 року. Наведено перші результати реформи, оцінка перспектив розвитку охорони здоров'я в нових умовах.

Ключові слова: організація охорони здоров'я, законодавча реформа, права пацієнтів, медична допомога, охорона здоров'я.

N. Pishchita Alexander

Russian Medical Academy of Postgraduate Education, Moscow, Russian Federation

LEGISLATIVE REFORM IN THE HEALTH SECTOR IN THE RUSSIAN FEDERATION

The paper analyzes the health care reform in the Russian Federation in recent years and health development programs for the period up to 2020. The first results of the reform, the assessment of the prospects for health care under the new conditions.

Keywords: Health Organization, legislative reform, patients' rights, medical care, health.

Р. Ю. Погоріляк

Ужгородський національний університет

ХАРАКТЕРИСТИКА ЯКОСТІ ТА ДОСТУПНОСТІ НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ ЗАКАРПАТТЯ

Автором проведена оцінка якості та доступності медичної допомоги, використовуючи індикатори якості. Встановлено різнонаправлену тенденцію показників.

Ключові слова: індикатори якості, якість, доступність медичної допомоги.

Згідно з визначенням ВООЗ якість медичної допомоги – це властивість процесу взаємодії лікаря та пацієнта, зумовлена кваліфікацією персоналу, тобто спроможністю лікаря знижувати ризик прогресування захворювання та появи нового патологічного процесу, оптимально використовувати ресурси медицини та забезпечувати задоволеність пацієнта від його взаємодії з медичною системою [1, 2]. Система оцінки якості та ефективності медичної допомоги повинна функціонувати в кожному лікувальному закладі безперервно. Слід чітко розуміти, що тільки через покращення якості медичної допомоги досягаються всі цілі управління: забезпечується довготерміновий успіх організації в цілому і кожного співробітника окремо, визначається свій сегмент ринку медичних послуг і залучення інвестицій, і нарешті, забезпечується задоволеність пацієнта та благополуччя персоналу лікувально-профілактичного закладу [3].

Оцінка якості медичних послуг проводиться у відповідності до індикаторів, встановлених наказом МОЗ України від 02.11.2011 року № 743. Відповідно до цього наказу індикаторами первинної медичної допомоги є: первинний вихід на інвалідність, кількість випадків дитячої смертності, виявлення випадків туберкульозу в занедбаних стадіях та повнота охоплення диспансерним наглядом хворих з окремими захворюваннями.

Мета роботи – провести оцінку якості та доступності первинної медичної допомоги населенню Закарпатської області у відповідності до цих індикаторів.

Матеріали та методи. Матеріалами та інформаційною основою дослідження стали звіти форми № 33 – здоров, № 21 – а та 35 – здоров за 1995 – 2010 рр. Результати отримані за допомогою методів аналізу (порівняльного та статистичного).

Результати та обговорення

Інвалідність є одним із найважливіших показників здоров'я населення, індикатором

якості та ефективності соціально-гігієнічних і лікувально-профілактичних заходів. Ретроспективний статистичний погляд на стан первинної інвалідності населення Закарпатської області протягом 1995–2010 років свідчить про її зниження протягом 1995–2000 років, з наступним різким зростанням до 2005 року та поступовим зменшенням до 2010 року. Зумовлено це складною медико-соціальною природою багатокомпонентного комплексу факторів, які впливають на процес інвалідизації, де провідна роль належить соціально-економічним, демографічним та екологічним чинникам. Зростання показників інвалідності співпадало із зміною пенсійного законодавства та зростанням соціальних пільг, а зниження показників первинної інвалідності дорослого населення виникло в результаті подальшого обмеження фінансування соціальних програм для інвалідів та скорочення надання їм пільг. Проте, якщо провести вирівнювання динамічних рядів, то можна відмітити тенденцію до зростання показника первинної інвалідності серед працездатного населення на 8,4%, а серед дорослого населення зниження на 6,4%.

Аналізуючи рівень первинного виходу на інвалідність в залежності від географічної зони проживання, як серед дорослого так і серед працездатного населення характерним є найвищий рівень цього показника в гірських районах, нижчий в передгірських та найнижчим є низинній зоні, що може свідчити про несвоєчасність, недостатню якість та доступність медичної допомоги в гірських та передгірських районах, що в подальшому призвело до інвалідизації. При порівнянні вищезгаданих показників із середніми по Україні, було виявлено переважання рівня середньодержавних над середньообласними серед дорослого населення, проте показник інвалідизації серед працездатного населення в Закарпатській області виявився більшим (у 2005 р. – на 6,3%, у 2010 р. – на 3,1%). У структурі первинної інвалідності, як серед дорослого, так і серед

працездатного населення, переважає інвалідність з приводу хвороб системи кровообігу (801 – доросле та 724 – працездатне населення), новоутворень (741 та 657 відповідно), хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини (530 та 520 відповідно).

Одним з найвідчутніших індикаторів суспільно-економічного благополуччя є показник смертності дітей віком до одного року. Динаміка смертності немовлят надзвичайно чутливо реагує на зрушення в соціально-економічному і санітарному стані країни, в медичному обслуговуванні, екологічних умовах, способі життя різних верств населення. Найвищий рівень смертності немовлят в Україні був зафіксований у 1995 році на рівні 15 померлих на 1000 народжених. В Закарпатській області в той час рівень був нижчим і становив 12,8 померлих на 1000 народжених. Проте уже з 2000 року і по 2010 рік даний показник в області перевищував середньоукраїнський і зріс на 27,9%. При аналізі рівня дитячої смертності до 1 року в залежності від біогеохімічних зон проживання було встановлено, що найвищий її рівень відмічався в гірській зоні, що можливо пов'язано із низькою якістю і доступністю медичної допомоги, незадовільним здоров'ям матерів тощо. Показник дитячої смертності ще більше викликає занепокоєння і з огляду на те, що його рівень майже вдвічі перевищує показники розвинутих європейських країн (Швеція – 2,4%, Франція – 3,6%, Німеччина – 3,9%, Чехія – 3,4%).

Таким чином, смертність дітей віком до одного року є одним із найчутливіших індикаторів рівня соціально-економічного розвитку суспільства, що акумулює в собі рівень освіти та культури, стан навколишнього середовища, ефективність профілактичних заходів, рівень доступності та якості медичної допомоги, розподіл соціальних і матеріальних благ у суспільстві.

Про своєчасність медичної допомоги та кваліфікацію медичного персоналу свідчить показник повноти диспансеризації. Його розраховують в залежності від віку та захворювання. Аналіз повноти охоплення диспансерним наглядом хворих в різні вікові категорії в Закарпатській області має наступні тенденції: протягом 1995–2010 років тільки серед дорослого населення (18 р. і старші) повнота охоплення диспансеризацією зросла на 50,1% (від 43,1 до 64,7 на 100 осіб), а серед дітей та підлітків цей показник до 2000 року зростав (на 4,3% та 18,4% відповідно), після чого вже протягом останніх 10 років має тенденцію до зменшення. Повнота охоплення диспансеризацією хворих серед дітей зросла протягом 1995–2010 років з приводу хвороб нервової системи (на 61,5%), ендокринної системи (на 8,6%) та вроджених аномалій (на 4,7%). Поряд з цим повнота диспансеризації з приводу інфекційних хвороб, захворювань вуха та кістково-м'язової

системи протягом досліджуваного періоду знизилася. Що стосується дорослого населення області, то показник повноти диспансеризації зріс за основними нозологічними групами захворювань: кістково-м'язової системи (в 2,7 раз), ПЖК (майже в 2 рази), хвороб нервової системи (на 43,9%), інфекційних хвороб (на 32,8%), травлення (на 28,8%), кровообігу (на 26,0%), новоутворення (на 1,7%), вроджених аномалій (на 4,0%) тощо. Дані показники свідчать про погіршення стану здоров'я населення області та зростання кількості хворих з хронічною патологією серед дорослих.

Не менш важливим показником доступності та якості медичної допомоги є виявлення випадків туберкульозу в занедбаних стадіях, а саме активні форми туберкульозу з деструкцією. Україна відноситься до країн з високим показником захворюваності на туберкульоз, вона посідає 7 місце в Європі, за темпами зростання мультирезистентного туберкульозу – 2 місце в Європі, а за його поширеністю у вперше виявлених хворих – 4 місце у світі [3].

Епідемічна ситуація щодо туберкульозу в Закарпатській області є більш благоприємною, ніж в Україні загалом, оскільки рівень захворюваності в 2010 році в області становив 54,6 на 100 тис. населення, а середньодержавний рівень – 66,8 на 100 тис. населення. Однак негативним є зростання рівня захворюваності на туберкульоз з досліджуваної області протягом 1995–2010 років на 80,8% (від 30,2 в 1995 році до 54,6 у 2010 році). Що стосується виявлення випадків туберкульозу в запущених стадіях, то в області їх з року в рік реєструється все більше (від 215 випадків в 1995 році до 303 випадків в 2010 році). Таким чином, за 15 років число випадків деструкції зросло на 88 випадків, а питома вага запущених форм туберкульозу в загальній кількості захворюваності коливалася від 55,3% в 1995 р. до 41,5% в 2005 році. Такий високий відсоток (майже 50%) запущених випадків туберкульозу може бути пов'язаний із низькою причин, однією з яких є пізні виявлення хворих на туберкульоз із поширеним, деструктивним процесом та масивним бактеріовиділенням. Для зменшення захворюваності на туберкульоз, а саме в запущених стадіях необхідним є забезпечення якісного надання медичних послуг на рівні первинної медичної ланки (покращити виявлення), підвищити доступ до діагностики та лікування, підвищити рівень громадської обізнаності, підвищити якість контрольованого лікування через мережу лікувально-профілактичних закладів, підвищити надання соціальної допомоги хворим та забезпечити їх супровід під час амбулаторного лікування, а також посилити координацію протитуберкульозної служби, загальної мережі та служби протидії ВІЛ/Сніду щодо своєчасного виявлення випадків туберкульозу.

Висновки

Результати досліджень свідчать про недостатню якість та ефективність надання первинної медичної допомоги населенню області: зростання показників первинної інвалідності, захворюваності на туберкульоз, а саме в запущених стадіях, переважанням рівня дитячої смертності в області над середньоукраїнським показником тощо. Особливої уваги потребує якість надання медичної допомоги в гірській місцевості.

Забезпечення населення лікувально-профілактичною допомогою в достатньому обсязі та

високої якості залежить від багатьох причин, а саме: адекватності матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я, професіоналізму та кваліфікації лікарів, компетентності керівників, психологічної готовності населення піклуватися про своє здоров'я. Тому, в першу чергу, необхідно впливати на ці причини і враховувати їх при розробці регіональних програм та заходів підвищення якості та доступності медичної допомоги.

В подальшому планується оцінка якості та доступності вторинної та третинної медичної допомоги населенню Закарпатської області.

Список літератури

1. Кардаш В. Е. Управлінський облік і якість роботи лікувально-профілактичного закладу / В. Е. Кардаш, Е. Ц. Ясинська, М. І. Грицюк, Ж. А. Ревенко, Г. В. Кардаш // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я . – 2012. – № 2 –3 (18 –19). – С. 137 –141.
2. Мартиненко Л. В. Якість медичної допомоги пацієнту – якість життя медика / Л. В. Мартиненко // Жіночий лікар. – 2006. – № 1. – С. 36 –38.
3. Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України: [гол. ред. Москаленко В. та ін]. – К., 2011. – 439 с.

Стаття надійшла до редакції: 25.02.2013

Р. Ю. Погориляк

Ужгородський національний університет, кафедра общественного здоровья, г. Ужгород

ХАРАКТЕРИСТИКА КАЧЕСТВА И ДОСТУПНОСТИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ЗАКАРПАТЬЯ

Автором проведена оценка качества и доступности медицинской помощи, используя индикаторы качества. Установлено разнонаправленную тенденцию показателей.

Ключевые слова: индикаторы качества, качество, доступность медицинской помощи.

R. Y. Pohorilyak

Uzhgorod National University, Department of Public Health, Uzhgorod

BCHARACTERISTICS OF QUALITY AND ACCESSIBILITY OF PRIMARY HEALTH CARE TO THE POPULATION OF TRANSCARPATHTIA

The author evaluated the quality and accessibility of health care, using quality indicators. Established diversity direction trend indicators.

Keywords: quality indicators, quality, accessibility of health care.

В. Ф. Посный

ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины»

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО ТРУДА

В статье приведены результаты исследования гипертонической болезни у лиц интеллектуального труда.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, факторы риска, сердечно-сосудистые заболевания, диспансеризация, профилактика, реабилитация.

Сердечно-сосудистые заболевания, в т. ч. артериальная гипертензия в Украине, как и во всех странах с развитой экономикой, является одной из актуальных медико-социальных проблем.

Повышенное артериальное давление – неизменный фактор риска возникновения сосудистых заболеваний мозга, ишемической болезни сердца (ИБС), сердечной и почечной недостаточности, нарушений зрения и т. д.

Артериальная гипертензия повышает риск смерти от сердечно-сосудистой патологии в 3 раза.

Согласно статистике в среднем возрасте (50–59 лет) гипертоники умирают от заболеваний сердца и сосудов в 2–3 раза чаще, чем больные с нормальным давлением. Если же гипертоники курят или страдают избыточным весом, то смертность возрастает более чем в 6 раз.

По данным НИИ неврологии РАМН у 78,2% больных, перенесших инсульт, ранее наблюдалось стойкое повышенное артериальное давление.

В России около 30 млн. человек (каждый четвертый россиянин) имеют повышенные цифры артериального давления.

Гипертоническая болезнь как наиболее распространенное заболевание сердечно-сосудистой системы у 10–15% встречается среди всего населения Земли и у 18–20% взрослых людей в экономически развитых странах.

У лиц с повышенным артериальным давлением, начиная с 45 лет, продолжительность жизни в среднем на 10 лет короче, чем у людей без гипертонии.

Согласно данным официальной статистики, более 22,4 млн. населения Украины страдают различными сердечно-сосудистыми заболеваниями, из них, 10,3 млн. людей имеют артериальную гипертензию, более 7,5 млн. – ишемическую болезнь сердца.

При анализе структуры артериальной гипертензии за уровнем артериального давления у 50% больных выявлено артериальную гипертензию 1-й степени, у каждого 3-го – артериальную гипертензию 2-й степени, у каждого 5-го – арте-

риальную гипертензию 3-й степени.

Цель работы. Изучение влияния социально-гигиенических факторов на течение болезни у 49 пациентов интеллектуального труда, имеющих высшее образование, с артериальной гипертензией, находящихся на стационарном лечении в 2009 году в кардиологическом отделении городской клинической больницы № 9 города Запорожье.

Методы исследования

В работе были использованы социально-гигиенический, статистический методы и методы экспертных оценок.

Для проведения исследования нами предварительно была разработана «Карта больного с артериальной гипертензией», включающая 27 социально-гигиенических показателей-факторов риска (пол, возраст больных, образование, продолжительность, условия и характер выполняемой работы, условия проживания, длительность гипертонической болезни и особенности ее течения, наличие факторов риска у каждого обследованного больного, а также выполнение больными врачебных рекомендаций после выписки из стационара и др.)

Всем больным, которые находились на стационарном лечении в указанный период в кардиологическом отделении, была проведена выкопировка сведений из медицинской документации, согласно разработанных признаков.

Результаты исследования и их обсуждение

Исследованием установлено, что среди обследованных больных интеллектуального труда с высшим образованием, болеющих гипертонической болезнью, преобладали мужчины (57%)

У 97,9% больных диагностирована гипертоническая болезнь 2-й степени, из них, 43% больных поступили в стационар с гипертоническим кризом.

Возрастной состав исследуемых распределил-

ся следующим образом: 40–50 лет (39,9%), 50–60 лет (36,8%), 60–70 лет (18,3%).

В профессиональном плане чаще артериальной гипертензией среди лиц интеллектуального труда, имеющих высшее образование, болели лица инженерно-технических специальностей (34,7%). Следующие ранговые места распределились среди учителей и преподавателей ВУЗов и техникумов (20,4%), экономистов и бухгалтеров (14%).

Общий стаж работы у обследованных больных с артериальной гипертензией составлял более 20 лет (75,5%) и лишь у 16,3% больных общий стаж работы составлял 15–20 лет. Большинство обследованных больных (94%) отметили связь работы с постоянной сидячей позой.

Длительность заболевания больных с артериальной гипертензией 5–10 лет (30,6%), 10–15 лет (24,4%), 3–5 лет (20,4%) и 15–20 лет (18,3%).

Большинство обследованных больных (63,2%) заболевание артериальной гипертензией связывают с гиподинамией, 55% больных – с нервно-психическим перенапряжением и 45% больных – с курением. Значительную долю в возникновении артериальной гипертензии больные связывают с сочетанием нервно-психического перенапряжения, гиподинамией и курением.

Более 57% больных трудоспособного возраста по поводу заболевания пребывали на больничных листах. Важная роль отводится своевременности установления диагноза артериальной гипертензии. По данным исследования в 77,5% случаев диагноз установлен своевременно. В 87,7% случаев диагноз установлен в амбулаторных условиях и лишь 12,3% – в стационаре. Более 87% больных отмечают наличие болезни в анамнезе.

Исследованием также установлено, что 94%

больных артериальной гипертензией постоянно принимают в лечении гипотензивные препараты.

Предполагается, что не последнюю роль в развитии артериальной гипертензии играет наследственность.

Данное исследование установило, что артериальной гипертензией в 45% случаев болел отец и в 43% случаев болела мать.

Из всех обследованных 94% больных в трудоустройстве не нуждались.

Удовлетворительные жилищно-бытовые условия отмечено у 51% больных и хорошие – у 48,5% больных. 94% пациентов проживают в отдельных квартирах и лишь 6% больных имеют собственный дом.

По семейным обстоятельствам женатых больных артериальной гипертензией было 53%, замужних – 36,8%.

Среди исследуемой группы 85,7% больных артериальной гипертензией имели семьи, состоящие в основном, из 3-х членов семьи (45%) и 2-х членов семьи – 32,6%.

Диспансерное обследование и наблюдение больных артериальной гипертензией по данным исследования проводилось не в полном объеме (79,5%) и не регулярно (70,1%). Ежегодная консультация больных с указанной патологией в 73,7% случаев отсутствовала.

Результаты стационарного лечения больных с артериальной гипертензией показали, что в 87,7% случаев состояние здоровья улучшилось и лишь у 12% – без перемен.

Таким образом, комплексная многофакторная оценка состояния сердечно-сосудистой системы у больных с артериальной гипертензией позволяет установить риск осложнений и проведение реабилитационных мер.

Стаття надійшла до редакції: 04.03.2013

В. Ф. Посний

ДЗ «Запорізька державна медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

СОЦІАЛЬНО-ГІГІЄНИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ У ОСІБ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ ПРАЦІ

У статті наведені результати дослідження гіпертонічної хвороби в осіб інтелектуальної праці.

Ключові слова: гіпертонічна хвороба, фактори ризику, серцево-судинні захворювання, диспансеризація, профілактика, реабілітація.

V. F. Posniy

SI "Zaporizhzhya State Academy of Postgraduate Education Ministry of Health of Ukraine"

SOCIO-HYGIENIC STUDIES HYPERTENSION PATIENTS WITH INTELLECTUAL WORK

The results of the study of hypertension in individuals of intellectual work.

Keywords: hypertension, risk factors, cardiovascular disease, clinical examination, prevention, rehabilitation.

В. Г. Присенко, З. Р. Махкамова

Таврический Национальный университет им. В. И. Вернадского

Крымский Государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского

ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ: СТРУКТУРА И МЕХАНИЗМЫ КОРПОРАТИВНОГО УПРАВЛЕНИЯ

В условия рыночной экономики эффективность здравоохранения зависит от развития многоукладности при оказании медицинской и санаторной помощи. Изложены вопросы корпоративного управления акционерным обществом для крупных медицинских учреждений.

Ключевые слова: управление, здравоохранение, приватизация, акционерное общество.

Становление рыночных отношений в Украине связано с изменением форм собственности. Недостаточное ресурсное обеспечение отрасли и низкая эффективность использования имеющихся ресурсов не могут обеспечить эффективное функционирование системы охраны здоровья в целом, и санаторно-курортного комплекса, в частности (например, южных регионов).

Одно из направлений – развитие многоукладности в оказании медицинской и санаторно-курортной помощи [1].

Однако до сих пор эффективно перестроить свою работу руководителям отрасли мешает отсутствие достаточных знаний по управлению в новых социально-экономических условиях [2].

Рыночная экономика, основываясь на здравом смысле, не допускает общей приватизации лечебно-профилактических и санаторно-курортных учреждений (госпитали и санатории для инвалидов, инфекционные и онкологические больницы, СЭС и СПИД – центры и др.)

Одной из приемлемых форм деятельности в здравоохранении является открытое акционерное общество (ОАО), эффективное управление которым возможно в рамках сотрудничества между акционерами, Наблюдательным советом и Правлением. При этом необходимо баланс интересов собственников, максимальная прибыль от всех видов деятельности. В нашей отрасли, как правило, крупного медучреждения (диагностики, лечения, профилактики, реабилитации, рекреации и др.) в рамках норм действующего законодательства Украины.

Главными чертами эффективного корпоративного управления является: прозрачность деятельности общества и финансовой информации; защита прав акционеров; независимость Наблюдательного совета в определении стратегии и принятия ключевых решений; контроль за деятельностью Правления, утверждение бизнес-планов, прием и увольнение членов Правления.

Государство принимает участие в управлении обществом только в пределах принадлежащего государству пакета акций. При отсутствии паке-

та государство влияет на деятельность ОАО своей социальной, антимонопольной, налоговой, таможенной, банковской политикой и т. п. [3].

ОАО – юридическое лицо. Каждый акционер имеет право владеть любым количеством акций и осуществлять контроль за деятельностью акционерного общества.

Акционерами могут быть физические и юридические лица, а так же фонд государства Украины.

Высшим органом управления ОАО является общее собрание акционеров, где применяются все стратегические решения. Методы и средства достижения целей определяются Наблюдательным советом. Правление обеспечивает выполнение конкретных заданий под внутренним контролем Ревизионной комиссии, проводит подготовительную работу к общему собранию акционеров (1–2 раза в год).

Функции высшего органа управления ОАО в промежутках между собраниями осуществляет наблюдательный совет и его представитель.

1. Правление несет ответственность за текущую деятельность общества (заключает договоры, проводит кадровую политику, осуществляет бизнес-планирование и др.). Председатель и члены Правления избираются общим собранием акционеров или согласно Уставу общества [4].

Наблюдательный совет контролирует работу Правления, которое реализует политику ОАО. Цели, формы и виды деятельности отражены в Уставе.

2. По действующему законодательству Украины [5] могут функционировать следующие организационно-правовые формы: акционерное общество, общество с ограниченной ответственностью, полное общество, общество с дополнительной ответственностью, коммандитное общество.

Для крупных больниц с большим количеством медицинского персонала (будущих акционеров) наиболее приемлемы открытые акционерные общества со следующими преимуществами:

1) Широкие возможности для привлечения капитала за счет эмиссии облигаций, дополни-

тельного количества акций, получение кредитов и т. п.;

2) Финансовый риск собственников ограниченностью прилежащих им. акций;

3) Акционеры могут продать свои акции без согласования с другими акционерами;

4) Акционеры имеют возможность нанимать любую команду профессиональных менеджеров, так как функции собственника и руководителя четко разграничены.

Переход к функционированию действующих систем здравоохранения и санаторно-курортной помощи за вышеприведенной схемой деятельности позволяет на практике внедрить корпоративное управление.

По определению Мирового Банка корпоративное управление есть система выборных и назначенных органов, которые осуществляют управление деятельностью открытых акционерных обществ в рамках норм действующего законодательства.

Знание основ и конкретные схемы корпоративного управления поможет руководителям системы здравоохранения обеспечить акционерам удовлетворение своих интересов, избежать санкций за несоблюдение юридических норм и

правил при оказании медицинской помощи пациентам. В свою очередь, эффективное корпоративное управление, на наш взгляд, безусловно, повысит качество оказываемых медицинских услуг населению.

Организация ОАО в системе охраны здоровья населения – это возможность полнее использовать прогрессивные стороны конкуренции:

– обеспечить взаимный контроль качества медицинских и санаторно-курортных услуг между врачами с одной стороны, и пациентами и рекреантами с другой;

– влияние на уровень цен, который отвечает интересам, как работникам, так и получателям медицинской и санаторной помощи;

– общее желание иметь постоянные связи;

– соревнования и конкуренция медперсонала что касается потенциального пациента или рекреанта;

Таким образом, необходимо подчеркнуть, что деятельность ОАО отвечает интересам всех – основателей, акционеров, кредиторов, поставщиков, медперсонала ЛПУ и санатория, пациентов или рекреантов, пенсионеров, центральных и местных органов местного самоуправления, а так же государства и общества в целом.

Список литературы

1. Основы законодательства Украины о здравоохранении, розд. 1, ст. 4, 1992 г.
2. Концепція управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року // Наказ МОЗ України 01.08.2011 р. № 45.
3. Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава // Програма економічних реформ на 2010 – 2014 роки стр. 22–26.
4. Закон України «О хозяйственных обществах» от 19 сент. 1991 г., № 1576 – XII, ст. 47.
5. Закон України «О хозяйственных обществах» от 19 сент. 1991 г., № 1576 – XII, ст. 1.

Стаття надійшла до редакції: 20.02.2013

В. Г. Присенко, З. Р. Махкамова

Таврійський Національний Університет ім. В. І. Вернадського

Кримський державний медичний університет імені С. І. Георгієвського

ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я: СТРУКТУРА І МЕХАНІЗМИ КОРПОРАТИВНОГО УПРАВЛІННЯ

В умовах економіки ефективність охорони здоров'я залежить від розвитку багатоскладності при наданні медичної і санаторної допомоги. Викладені питання корпоративного управління акціонерним товариством для великих медичних закладів.

Ключові слова: управління, охорона здоров'я, приватизація, акціонерне товариство.

V. G. Prisenko, Z. R. Makhkamova

Taurida National V. I. Vernadsky University

Crimea State Medical University named after S. I. Georgievsky

HEALTH CARE: STRUCTURE AND MECHANISMS OF CORPORATE MANAGEMENT

In market economy the efficacy of public health services depends on development of polystructure at rendering of medical care. The questions of corporate management of joint-stock company for large medical institutions have been discussed.

Keywords: management, public health, privatization, joint-stock company.

А. І. Прохорова

Ужгородський національний університет, м. Ужгород

ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СЕРЕДНІМ МЕДИЧНИМ ПЕРСОНАЛОМ НАСЕЛЕННЯ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ В ДИНАМІЦІ ЗА ПЕРІОД 2005–2011 РОКІВ

Автором проаналізовано забезпечення середнім медичним персоналом лікувально-профілактичних закладів Закарпатської області в динаміці, за період 2005–2011 років. Аналіз проведено із врахуванням кваліфікації персоналу та різних біогеохімічних зон області, а саме: рівнинної, передгірської та гірської.

Ключові слова: середній медичний персонал, рівень забезпеченості, динаміка змін.

Ефективність функціонування систем охорони здоров'я значною мірою залежить від їх кадрового потенціалу, включаючи підготовку, використання, професійну кваліфікацію медичних кадрів, забезпеченість населення лікарями, медичними сестрами й іншим медичним персоналом тощо. Кадрові ресурси в будь-якій системі охорони здоров'я є найбільш вартісною складовою: на них припадає близько 60–80% загальних поточних витрат систем охорони здоров'я [1].

Сучасний стан кадрового забезпечення системи охорони здоров'я України та інших країн Європейського регіону ВООЗ характеризується низкою спільних проблем. Ці проблеми стосуються, дефіциту медичних кадрів, насамперед середнього медичного персоналу, міграції фахівців, дисбалансу в їх розподілі, зменшення престижу професії. Загальна чисельність кадрових ресурсів системи МОЗ України нині становить понад 1,1 млн. чоловік, у т.ч. 433,4 тис. середніх медичних працівників. Співвідношення між лікарями та середнім медичним працівниками дорівнює 1:2,2. Тим часом у Європі це співвідношення виражається у цифрах від 1:4 до 1:5,5. При цьому, там уже давно б'ють на сполох із приводу гострого дефіциту медичних сестер [4]. Більшість середнього медичного персоналу (83,0%) становлять жінки [3].

Загалом у охороні здоров'я країни спостерігається досить тривожні тенденції. Кадровий дефіцит сягнув уже 16 тисяч осіб, а галузь за останні роки втратила понад 47 тисяч медсестер. Укомплектованість посад медичними сестрами в лікувально – профілактичних закладах є найнижчою за останні п'ять років – 93,5% [2].

Додаткову тривогу за ситуацію в медицині у фахівців викликає процес старіння медсестринського персоналу. Так, упродовж минулого року кількість осіб пенсійного віку серед працюючих

спеціалістів медиків середньої ланки зросла з 12,6 до 13,8%, а в деяких регіонах цей показник сягає 20 відсотків [4].

Мета роботи – з'ясувати динаміку змін рівня забезпеченості середнім медичним персоналом лікувально-профілактичних закладів Закарпатської області у відповідності до біогеохімічних зон за період 2005–2011 років.

Матеріали та методи

Матеріалами та інформаційною основою дослідження стали звіти форми № 17 «Звіт про медичні кадри» за 2005–2011 роки. Результати отримані за допомогою методів аналізу (порівняльного та статистичного).

Результати та обговорення

В Україні кадрова проблема в галузі охорони здоров'я ще не стоїть так гостро, як в країнах ЄС, хоча б тому, що багато вакансій – до 30% – займають пенсіонери, а чимало фахівців працюють на півтори або дві ставки. Закарпаття – європейський форпост нашої держави і першим відчуває на собі будь-які зміни та тенденції, які відбуваються в Європейському союзі та мають вплив на нашу державу. Тому, спільні із усією державою проблеми, на Закарпатті мають свої регіональні особливості. Так, за період з 2005 по 2011 рік, відбулось поступове зменшення чисельності медсестер в регіоні (на 422 особи), а середній рівень забезпеченості зменшився 3,5%. При цьому, співвідношення «лікар-медсестра» із 1/2,53 у 2005 році зменшився до 1/2,3 у 2011 році.

Певною мірою ситуацію погіршує від'ємний показник приросту населення по державі, але, на відміну від інших регіонів України, Закарпаття починаючи із 2006 року характеризується

ся сталим природнім приростом населення. При цьому, станом на 2010 рік, середній вік населення в регіоні становив лише 36,6 років і був найнижчим по державі. В той же час, аналіз за період 2005–2011 років, свідчить про зменшення загальної кількості медсестринських кадрів та одночасне різке збільшення персоналу із вищою кваліфікаційною категорією. Так, їхній відсоток серед атестованих у 2011 році, в порівнянні із 2005 роком збільшився на 15,57%, а загальна кількість на 1565 особи. Одночасно, кількість персоналу з першою кваліфікаційною категорією зменшилась на 10,25%, а з другою – на 5,32%. Відсоток атестованого персоналу зріс на 10,38%.

Таким чином, відбувається поповнення рядів працівників вищих кваліфікаційних категорій за рахунок атестованих працівників нижчих категорій, та утворюється кадрова ніша. Це пов'язано із соціально-економічними чинниками і зумовлено переходом середнього медичного персоналу на краще оплачувані посади та міграцією. Звичайно підвищення фахового рівня є позитивом, але виникає питання, кому буде передано цей величезний практичний досвід за відсутності молодих спеціалістів.

Особливістю регіону є географічне розташування і наявність декількох різних біогеохімічних зон, що впливає на рівень забезпеченості лікувально-профілактичних закладів області. Проведений аналіз свідчить про збільшення на протязі 2005–2011 років в низинних районах області середнього медичного персоналу із вищою кваліфікаційною категорією на 56,1%, зменшення з першою категорією на 18,65%, а з другою на 21,58%. Відсоток атестованого персоналу зріс на 9,6%. За вказаний період, в передгірській зоні кількість працівників із вищою кваліфікаційною категорією зросла на 57,00% із першою зменшилась на 39,2%, а з другою збільшилась на 23,00%. Відсоток атестованого персоналу зріс на 11,98. В гірських районах області кількість

персоналу із вищою кваліфікаційною категорією зросла на 33,00% із першою зменшилась на 38,5%, а з другою зросла на 5,00%. Відсоток атестованого персоналу зріс на 6,75%.

В той же час, аналіз рівня забезпеченості кадрами всіх біогеохімічних зон Закарпатської області за 2005–2011 роки свідчить про зменшення середньої кількості персоналу на 10 тис. чоловік в низинних районах (на 1,61%) в передгірських (на 2,6%) та збільшення в гірських (на 1,55%). При цьому, як у 2005 так і у 2011 році найнижча середня чисельність забезпечення персоналу спостерігалась в низинних районах області. В порівнянні з передгірськими районами рівень забезпеченості був нижчий на 2,42% у 2005 році та 1,43% у 2011 році. В порівнянні із гірськими районами рівень забезпеченості у 2005 році був нижчий 9,2% а у 2011 на 12,18%, що свідчить про найнижчу популярність професії в низинних районах, та пропорційне збільшення популярності професії в передгірських та гірських районах.

Головними чинниками, які цьому сприяють, є різна розвиненість зон, внаслідок чого робочі місця в державній та комунальній сфері фактично не мають конкуренції з боку приватного сектору та бізнесу. За таких обставин, соціально-економічні гарантії, які надає працівникам медичної сфери держава є більш привабливим чинником в гірських та передгірських зонах ніж в низинній.

Висновки

Характерним є поступове зменшення загальної кількості та забезпеченості населення середнім медичним персоналом, особливо у низинній зоні. Найбільшими темпами зростає забезпеченість у гірській зоні відповідно. Позитивною тенденцією є зростання рівня професійної кваліфікації СМП у всіх зонах області. Дані тенденції необхідно враховувати при розробці кадрової політики області.

Список літератури

1. Галієнко Л. І. Сучасні кадрові проблеми охорони здоров'я в країнах Європейського регіону ВООЗ / Л. І. Галієнко // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2011. – № 1 (13). – С. 279–280.
2. Ернандес Н. Х. Ступенева медсестринська освіта: проблеми і перспективи / Н. Х. Ернандес // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. – 11–12 жовтня. – С. 34–35.
3. Москаленко В. Ф. Основні пріоритети подальшого розвитку кадрових ресурсів охорони здоров'я України в умовах євроінтеграції / В. Ф. Москаленко, Т. С. Грузева, Л. І. Галієнко // Матеріали IV з'їзду спеціалістів з соціальної медицини та організаторів охорони здоров'я. – 2008. – Том 2. – С. 150–152.
4. Скрипник О. За одного врача двух медсестер дают / О. Скрипник // Зеркало недели. Україна. – 2007. – №42.

Стаття надійшла до редакції: 23.02.2013

А. И. Прохорова

Ужгородский национальный университет, кафедра общественного здоровья, г. Ужгород

ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ СРЕДНИМ МЕДИЦИНСКИМ ПЕРСОНАЛОМ НАСЕЛЕНИЯ ЗАКАРПАТСКОЙ ОБЛАСТИ В ДИНАМИКЕ В ПЕРИОД 2005–2011 ГОДОВ

Автором проанализировано обеспечение средним медицинским персоналом лечебно-профилактических учреждений Закарпатской области, в динамике, в период 2005–2011 годов. Анализ проведен с учетом квалификации персонала и различных биогеохимических зон области, а именно: равнинной, предгорной, горной.

Ключевые слова: средний медицинский персонал, уровень обеспечения, динамика изменений.

A. I. Prokhorova

Uzhgorod National University, Department of Public Healthcare, city of Uzhgorod

ACCESSIBILITY OF NURSING STAFF TO THE POPULATION OF ZAKARPATTIA OBLAST IN DYNAMICS WITHIN THE PERIOD OF 2005–2011

The author analyzed accessibility of nursing staff in medical and preventive treatment facilities of Zakarpattia Oblast in dynamics within the period of 2005–2011. The analysis has been carried out taking into account personnel qualification as well as various biogeochemical zones of the region, namely: plain, submontane and mountainous zone.

Keywords: nursing staff, level of accessibility, dynamics of changes.

В. В. Рудень¹, Д. Є. Москвяк-Лесняк²

¹Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

²Клінічно-комунальний пологовий будинок № 1 м. Львова

ЖІНКИ ПРО ОСОБИСТУ ТУРБОТУ ДО МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ – ЯК ОСНОВУ ПРЕВЕНТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ У ВЛАСНОМУ ЗДОРОВ'І (за вислідами соціологічного дослідження)

Отримані результати резонно доводять, лише що 76,50±2,81% (306/400) респондентів знайомі з методом самообстеження грудей – як профілактичною технологією щодо запідозрення/раннього виявлення патології грудей, тоді як 69,50±2,30% (278/400) інтерв'ююваних повідомили, що вміють робити правильно самообстеження грудей, а 67,50±2,34% (270/400) анкетованих завірили, що роблять самообстеження молочних залоз.

Все це переконливо вимагає від органів управління в здравоохрані різних рівнів широкої організації санітарно-просвітньої та навчально-методичної роботи щодо популяризації серед медичної громадськості та населення методу самообстеження молочних залоз – як механізму моніторингу стану здоров'я молочних залоз в питанні своєчасного запідозрення/виявлення патології персів в контексті зміцнення та збереження здоров'я жінок репродуктивного віку.

Ключові слова: жінки, репродуктивне здоров'я, сімейний лікар, молочні залози, самообстеження, патологія, профілактика, соціологічне дослідження, санітарно-просвітня робота.

Незаперечним на сьогодні є той факт, коли рак молочної залози (РМЗ) (С50), починаючи з 60-х років XIX сторіччя за показниками рівня поширеності характеризується поступовим і неухильним зростанням, і ні в одній країні світу, в тому числі і в Україні, не зареєстровано тенденції до зниження захворюваності, як це відмічено з деякими іншими онкологічними захворюваннями [1, 6]. Саме тому в останні десятиліття до діяльності практичної охорони здоров'я впроваджено низку високоінформативних спеціальних/інструментальних методів обстеження молочних залоз у жінок. Утім, це не значить, що такий узвичаєний метод діагностики раку грудей (С50) на ранніх стадіях його розвитку, як самообстеження, втрачає власну значимість, позаяк питання мінімізації даної патології (С50) в суспільстві, на превеликий жаль, бажає бути значно кращим.

Варто зауважити, що систематичне самообстеження жінкою власних молочних залоз, (оскільки ніхто не знає стан власних молочних залоз краще самої жінки!), що опирається на природній механізм виявлення раку молочних залоз (С50), і сьогодні, на наше переконання, годиться віднести до вагомого, економічно оправданого, дієвого і найдоступнішого методу масового огляду молочних залоз у осіб жіночої статті, що дозволяє віднайти будь-які зміни в молочних залозах та цілеспрямовано здійснювати відбір такої категорії населення для подальшого поглибленого обстеження у лікарів-спеціалістів [2].

На користь останнього свідчить і світовий до-

свід, коли з 10 виявлених в молочної залозі змін 9 виявляють самі жінки [3, 5], утім далеко не на ранній стадії захворювання [4]. Більшість пухлин молочної залози, що виявляються в такий спосіб у 80% є доброякісними, що не складає серйозної медичної проблеми, тоді як в однієї жінки із дев'яти розвивається в подальшому злоякісна новоутвори молочної залози (С50) [7].

Завдяки практиці самообстеження молочних залоз жінки беруть на себе відповідальність за своє здоров'я, оскільки питання особистого здоров'я – це справа першорядної ваги, тоді як лікар ефективно допомагає тільки за умови, коли пацієнт націлений на одужання. Саме тому, метод самообстеження молочних залоз дозволяє підвищити обізнаність жінок у питанні як зміцнення та збереження власного здоров'я, так і своєчасного запідозрення/ранньої діагностики РМЗ (С50). Все це разом і робить дане дослідження актуальним та своєчасним у власному змісті.

Метою дослідження є вивчення рівня освідомлення серед жінок, хворих на РМЗ (С50) щодо застосування методу самообстеження молочних залоз – як методу мінімізації патології грудей в громадянському суспільстві незалежної України.

Матеріали та методи

Наукова робота виконана на вибіркових статистичних сукупностях в кожному конкретному поставленому запитанні ($p < 0,001$) згідно опрацьованої програми «Соціально-гігієнічний стан та фактори ризику у виникненні раку молочної

залози у жінок» серед 400 пацієнток ($p < 0,05$) з діагнозом РМЗ (С50), котрі лікувалися ($n=624$) на базі Львівського державного онкологічного регіонарного лікувально-діагностичного центру з використанням кваліметричного, ретроспективного, соціологічного, статистичного, математичного, абстрактного методів дослідження, а також методи дедуктивного освідомлення, структурно-логічного аналізу з врахуванням принципів системності. Дані статистичного опитування зведені та опрацьовані автоматизованим способом на персональному комп'ютері з використанням програм «Microsoft Office Excel 2003» та «SPSS».

Результати та обговорення

Дослідженням встановлено, що $76,46 \pm 2,81\%$ осіб ($n=400$) із числа досліджуваних жінок, котрі хворі на РМЗ (С50), знайомі з таким методом раннього виявлення патології молочної залози як самообстеження грудей. Визначним при цьому є те, що інформацію про доцільність самообстеження молочних залоз як доступного, економіч-

но оправданого та простого в застосуванні превентивного методу щодо раннього запідозрення/виявлення патології грудей, респонденти отримували із багатьох джерел, про що засвідчують дані рисунку 1.

У контексті вище наведеного доречно зауважити, що в питанні подання інформації пацієнтам/населенню щодо застосування ними превентивного методу запобіжного змісту – самообстеження молочних залоз, на привеликий жаль, медичному персоналу респонденти із числа хворих на РМЗ (С50) відводять далеко не перші рейтингові місця, віддаючи прерогативу у цьому спілкуванні з родичами та друзями, а також – засобам масової інформації.

На тлі вище наведених даних цінним у свідомості респондентів ($n=400$) є те, що анкетовані у $75,50 \pm 2,15\%$ тямлять про те, що вчасне самообстеження молочних залоз дозволяє запідозрити патологію грудей; у $38,25 \pm 2,43\%$ – допускає можливість виявлення на ранніх стадіях РМЗ (С50); у $53,50 \pm 2,49\%$ – дозволяє, в разі необхідності, своєчасно звернутися до лікаря-спеціаліста; у $65,00 \pm 2,38\%$ – заставляє дбати

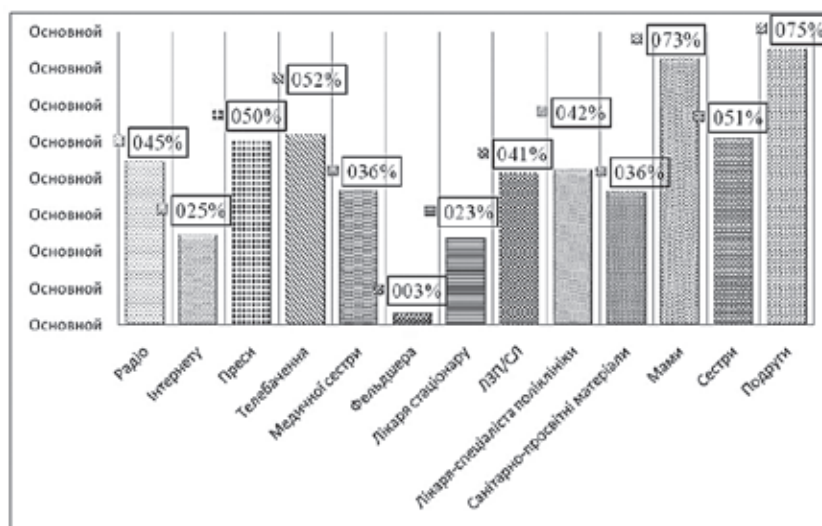


Рис. 1. Результати інтерв'ювання жінок, хворих на РМЗ (С50) ($n=400$), про джерела отримання інформації (%) щодо самообстеження молочних залоз

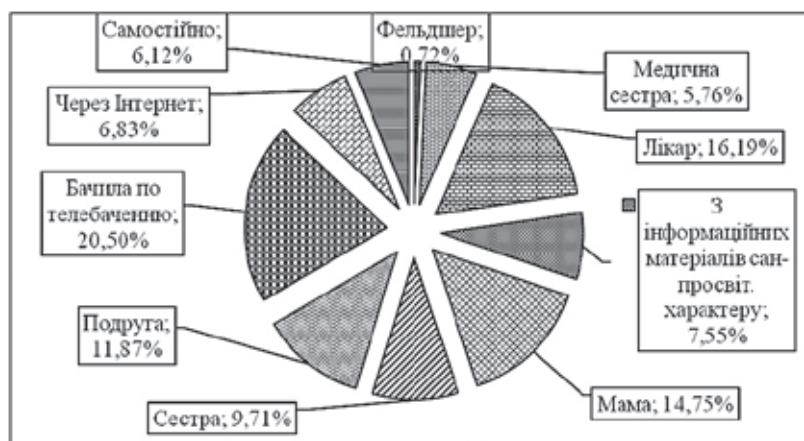


Рис. 2. Результати відповідей (%) респондентів ($n=278$), із числа хворих РМЗ (С50), на запитання: «Хто навчив Вас робити самообстеження грудей?»

про власне здоров'я, а у $43,75 \pm 2,48\%$ – ревізувати стан здоров'я молочних залоз.

Окрім цього, дослідженням визначено, коли $69,50 \pm 2,30\%$ (278/400) респондентів, у котрих діагностовано РМЗ (С50) зізналися, що вміють робити правильно самообстеження персів.

В аргумент наведеному (рис. 2) $22,67 \pm 1,37\%$ інтерв'ююваних зазначили, що цього їх навчили робити медичні працівники, у $36,33 \pm 1,95\%$ – рідні і знайомі, тоді як $20,50 \pm 2,42\%$ анкетованих відкрилися у тому, що методу самообстеження молочних залоз вивчилися при допомозі телебачення, а $6,83 \pm 1,51\%$ респондентів послалися у цьому на Інтернет і у $7,55 \pm 1,58\%$ – на інформаційні матеріали санітарно-просвітнього характеру, тоді коли $6,12 \pm 1,44\%$ осіб жіночої статті, хворих на РМЗ (С50), призналися, що цей метод діагностики освоїли самостійно.

Цікавими та досить інформативними є отримані дані соціологічного дослідження, а також даними, котрі наводять до роздумів в прийнятті конкретних управлінських рішень і дій в контексті превентивних заходів щодо РМЗ (С50), де значиться, коли лише $67,50 \pm 2,34\%$ (270/400)

інтерв'ююваних посвідчили, що роблять самообстеження молочних залоз. Ці дані, за показником темпу зменшення є меншими на «мінус» $11,71\%$ ($67,50 \pm 2,34\%$ / $76,46 \pm 2,81\%$) від показника, котрим засвідчено думку респондентів про те, що вони знайомі з методом самообстеження молочних залоз – як превентивним методом щодо запідозрення/раннього виявлення патології грудей та на «мінус» $2,87\%$ ($67,50 \pm 2,34\%$ / $69,50 \pm 2,30\%$) також меншими чим показник, де анкетовані стверджують, що вміють робити самообстеження молочних залоз.

Рівень розуміння інтерв'ююваними значення змісту правильності частоти примінення методу самообстеження грудей (n=270) показують результати їх відповідей на запитання: «Як часто Ви обстежуєте методом самообстеження свої груди?», про що свідчать рис.2, де слушним є говорити про те, що лише $57,04\% \pm 3,01\%$ анкетованих роблять його по частоті безпомилково один раз в місяць, тоді як інші респонденти, не враховують при цьому фізіологічні особливості репродуктивних функцій жіночого організму, нівелюють, не дивлячись на те, що сам метод са-

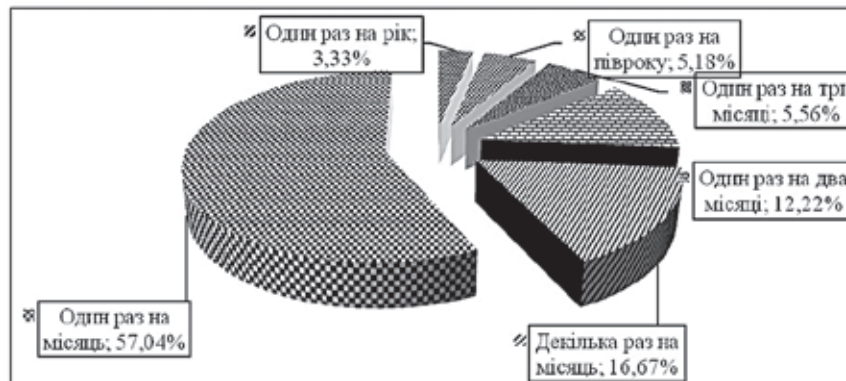


Рис. 3. Анкетовані (n=270) про частоту (%) застосування методу самообстеження молочних залоз протягом року

Таблиця 1

Результати відповідей жінок ($M \pm m\%$), із числа хворих на РМЗ (С50), про виявлені симптоми при самообстеженні молочних залоз (n=270)

№ з/п	Назва симптому	Результати відповідей жінок, хворих на РМЗ (С50), ($M \pm m\%$)
1	Наявність гульки в молочній залозі	$39,50 \pm 2,44$
2	Ущільнення в молочній залозі	$30,25 \pm 2,30$
3	Постійні неприємні відчуття в одній із молочних залоз	$18,75 \pm 1,95$
4	Збільшення лімфатичних вузлів у підпахових ділянках з відповідної сторони	$13,00 \pm 1,68$
5	Втягнутість шкіри молочної залози/місце-ва «морщинність» у виді «лимонної кірки»	$6,75 \pm 1,25$
6	Локальний набряк шкіри	$3,75 \pm 0,95$
7	Зміна контуру і форми молочної залози	$2,25 \pm 0,74$
8	Втягнутий сосок	$2,00 \pm 0,70$

мообстеження застосовують, в такий спосіб саму сутність, доцільність та ефективність застосування даного методу профілактики патології молочних залоз.

У процесі виконання наукової роботи отримані та проаналізовані дані щодо частоти виявлених симптомів при самообстеженні молочних залоз особами жіночої статті ($n=270$) із числа хворих на РМЗ (С50), про що наведено в таблиці 1.

З наведених даних таблиці 2 виходить, що основними діагностичними симптомами, які були виявлені при самообстеженні молочних залоз серед жінок із числа хворих на РМЗ (С50), і які слід включати до моделі первинної профілактики та ранньої діагностики патології грудей, є наявність гульки в молочній залозі ($39,50 \pm 2,44$, $p < 0,01$), ущільнення ($30,25 \pm 2,30$, $p < 0,01$) та постійні неприємні відчуття в одній із молочних залоз ($18,75 \pm 1,95$, $p < 0,01$). Водночас встановлено, що у жодної з опитаних пацієнток із числа хворих на РМЗ (С50), не спостерігалась зміна кольору шкіри молочних залоз чи соска, а також не було нориць, що не варто розглядати ці симптоми як основні ранні ознаки та діагностичні критерії РМЗ (С50).

Дотримуючись в дослідженні принципів системності, наступності та цілісності навколо реалізації мети наукової роботи нами проаналізовані подальші практичні дії пацієнтів (рис. 4) із числа хворих на РМЗ (С50) ($n=270$), котрі вони здійснили, коли зрозуміли, що в здоров'ї власних молочних залозах можливі чи вже є проблеми.

Тут варто зауважити (рис. 4), що лише $15,75 \pm 1,82\%$ респондентів, у цій ситуації взагалі ні до кого з лікарів не зверталися, тоді як $19,50 \pm 1,98\%$ інтерв'ююваних відразу також до лікарів не зверталися, проте повідомили лікаря про таку ситуацію з молочними залозами при першому плановому візиті. І що тут є досить одночасно насторожуючим та тим, що вимагає негайного втручання ЛЗП/СЛ до процесу розуміння жінками важливості проведення своєчасних інструментальних методів обстеження молочних, це те, коли тільки у $28,25 \pm 2,25\%$ випадках досліджувані жінки самостійно ініціювали звернення на предмет проведення УЗД молочної залози, а у $20,00 \pm 2,00\%$ епізодів – для проведення маммографії.

На поставлене запитання досліджуваним особам жіночої статті ($n=400$): «Чи регулярно Вас обстежували за допомогою методу маммографії до діагностики патології молочної залози» (див. дані рис. 5) $36,25 \pm 2,40\%$ ($146/400$) інтерв'ююваних відповіли на це схвально, тоді як решта – $63,75 \pm 1,85\%$ анкетованих ($255/400$) заперечили застосування у них такого методу діагностики щодо можливого виявлення онкопатології молочної залози.

Основними причинами, з приводу чого жінкам не робили регулярно маммографії молочних

залоз (рис. 5), на думку респондентів ($n=255$) є те, що у $40,78 \pm 3,08\%$ вони зізналися про нерозуміння ними доцільності та потреби в проведенні маммографії, у $38,43 \pm 3,05\%$ – цей метод їм не пропонував лікар, який проводив медичний огляд, тоді як у $20,79 \pm 2,04\%$ мотивом у цьому слугували причини особистого психоемоційного стану жінки.

І на завершення дослідження поцікавилися у жінок, хворих на РМЗ (С50), котрі взагалі не робили самообстеження молочних залоз ($n=130$) про причини, котрі заважають жінці методом самообстеження грудей контролювати здоров'я молочних залоз та власне здоров'я.

Аналіз отриманих результатів у цьому контексті (рис. 6) переконливо засвідчує як про нехтування анкетованими власним здоров'ям, так і наявності у респондентів психологічних проблем при спробі ними можливого примінення методу самообстеження грудей, що потребує в цілому посиленої та переконливої санітарно-просвітньої роботи серед осіб жіночої статті та їх сімей зі сторони медичного персоналу первинного рівня на сімейно-територіальній дільниці.

Висновок

Отримані результати резонно доводять, що:

1) лише $76,50 \pm 2,81\%$ ($306/400$) респондентів знайомі з методом самообстеження грудей – як профілактичною технологією щодо запідозрення/раннього виявлення патології грудей, тоді як $69,50 \pm 2,30\%$ ($278/400$) інтерв'ююваних зізналися, що вміють робити правильно самообстеження персів і тільки $67,50 \pm 2,34\%$ ($270/400$) анкетованих завірили, що роблять самообстеження молочних залоз;

2) самообстеження – як метод мінімізації патології молочних залоз у жінок, слугує простою, доступною, масовою, соціально значимою та економічно оправданою превентивною технологією на етапі вчасного запідозрення/ранньої діагностики РМЗ (С50), що дозволило б органам управління в здоровоохороні різних рівнів, при умові його широкої організації та популяризації серед медичної громадськості та населення, в кінцевому результаті:

– слугувати на сьогодні засобом обізнаності жінок у питанні як зміцнення/збереження власного здоров'я, так і механізмом моніторингу стану здоров'я грудей в питанні своєчасного запідозрення/виявлення патології персів;

– бути інструментом цілеспрямованого відбору такої категорії населення для подальшого поглибленого обстеження у лікарів-спеціалістів;

– значно покращити теперішні епідеміологічні показники захворюваності та смертності серед осіб жіночої в Україні з причини онкопатології молочних залоз (С50), що позитивно вплинуло б на стан здоров'я жінок репродуктивного віку.

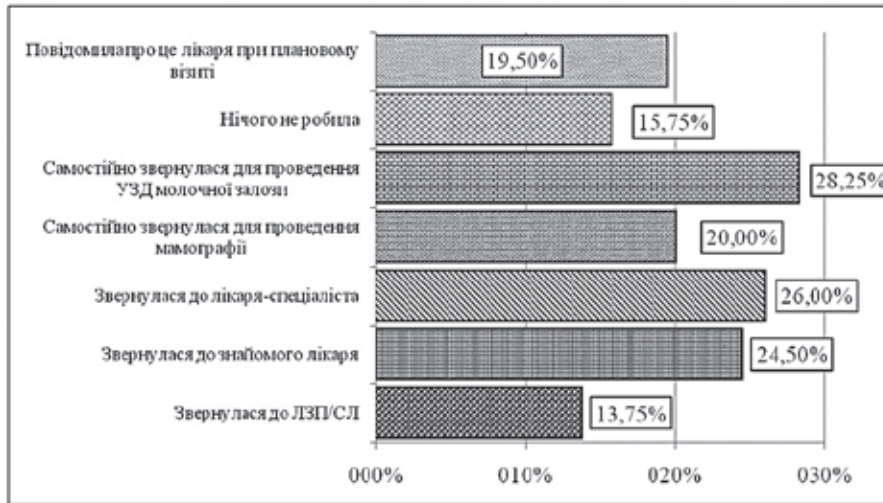


Рис. 4. Результати відповіді (%) анкетованих (n=400) на запитання: «Які були Ваші дії, коли Ви запідозрили «недобре» в молочних залозах?»



Рис. 5. Респонденти (%) про причини з приводу чого вони не робили вчасно маммографію (n=255)

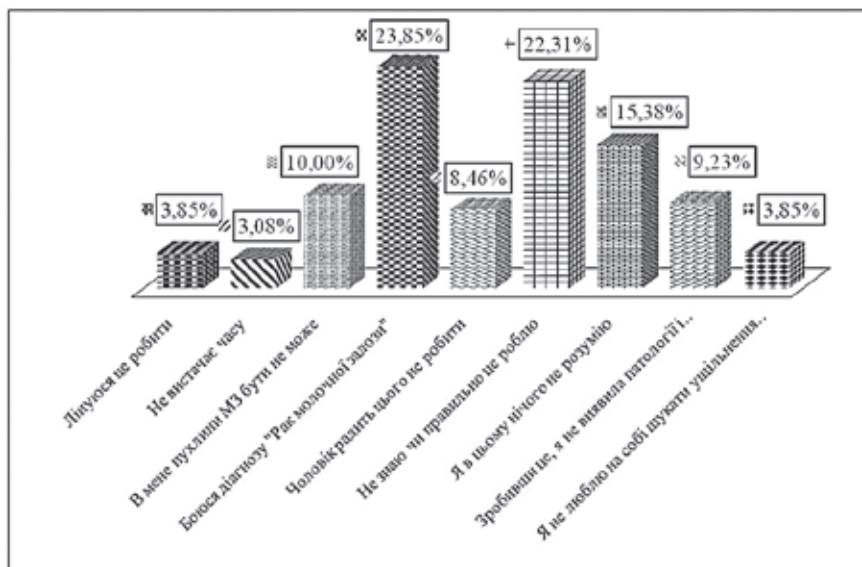


Рис. 6. Результати думки (%) опитаних (n=130) про причини з приводу яких вони не робили самообстеження молочних залоз

Список літератури

1. В Україні стартовал проект помощи женщинам, больным раком молочной железы/ Редакция «Украинского медицинского журнала»: – Режим доступа: – <http://www.umj.com.ua/article/41072/v-ukraine-startoval-proekt-pomoshhi-zhenshinam-bolnym-rakom-molochnoj-zhelezy>
2. Рудень В. В., Москвяк-Лесняк Д. Е., Гутор Т. Г. Організаційно-функціональна модель управління факторами ризику стосовно виникнення у осіб жіночої статті раку молочної залози – як основа превентивної діяльності сімейного лікаря в умовах реформування медичної галузі незалежної України // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – № 2–3 (18–19) – 2012. – С. 308–315.
3. Самообследование для раннего выявления опухолей молочной железы: – Режим доступа: http://www.opuhol.ru/catalogue.php?cat_part=49
4. Самообследование молочной железы: – Режим доступа: http://gynaecology.eurodoctor.ru/mammary_investigation/
5. Самообследование молочных желез должно стать нормой жизни каждой женщины: – Режим доступа: <http://sofia-medcentr.ru/post2/223-samoobsledovanie-molochnyx-zhelez-dolzha-stat-normoj-zhizni-kazhdoj-zhenshiny.html>
6. Федоренко З. П., Гулак Л. О., Горох С. Л. та ін. Рак в Україні, 2004–2011 // Бюлетень Національного канцер-реєстру України, Київ. – 2007-2011. – № 7–11: – Режим доступа: <http://users.i.kiev.ua/~ucr/>
7. Что нужно знать женщине о заболеваниях молочной железы: – Режим доступа: http://www.policlinica.ru/sovet_vracha1252.html

Стаття надійшла до редакції: 01.03.2013

В. В. Рудень¹, Д. Е. Москвяк-Лесняк²

¹Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого

²Клинико-коммунальный родильный дом № 1 г. Львова

ЖЕНЩИНЫ О ЛИЧНОМ ОТНОШЕНИИ К ОБСЛЕДОВАНИЮ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ — КАК ОСНОВЕ ПРЕВЕНТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ (по результатам социологического исследования)

Полученные результаты аргументировано свидетельствуют, что только 76,50±2,81% (306/400) респондентов знакомы с методом самообследования молочных желез – как профилактической технологии по подозрению/раннему выявлению патологии груди, 69,50±2,30% (278/400) интервьюируемых сообщили, что умеют делать правильно самообследование и только 67,50±2,34% (270/400) анкетированных заверили, что делают самообследование молочных желез.

Все это убедительно требует от органов управления в здравоохранении разных уровней широкой организации санитарно-просветительской и учебно-методической работы по популяризации среди медицинской общественности и населения метода самообследования молочных желез – как механизма мониторинга состояния здоровья молочных желез в вопросе своевременного раннего выявления патологии в контексте укрепления и сохранения здоровья женщин репродуктивного возраста.

Ключевые слова: женщины, репродуктивное здоровье, семейный врач, молочные железы, самообследование, патология, профилактика, социологическое исследование, санитарно-просветительная работа.

V. V. Ruden¹, D. J. Moskvayak-Lesnyak²

¹Danylo Halytsky Lviv National Medical University

²Lviv clinical and municipal maternity hospital № 1

WOMEN ABOUT PERSONAL CARE AFTER MAMMARY GLANDS AS BASIS FOR PREVENTIVE ACTION IN PERSONAL HEALTH (after results of sociological survey)

The achieved results convincingly show that only 76,0±2,81% (306/400) of respondents know the method of breast self-examination as a technology for early suspicion/detection of breast pathology. In 69,50±2,30% (278/400) cases the interviewees admitted that they know how to do it right and in 67,50±2,34% (270/400) cases the respondents as sured that do self-breast examination.

All this clear lyre quires that health care government bodies of different levels should organize sanitary-educational, teaching and methodical work to popularize among the medical community and public the method of breast self-examination – as a mechanism for monitoring the health status of the mammary gland and timely detectiono fearly disease in mammary gland in the context of strengthening and maintaining the health of fertile women.

Keywords: women, reproductive health, family doctor, mammary glands, self-examination, pathology, prevention, case study, health and educational work.

І. Я. Сенюта

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

ЛІЦЕНЗІЙНІ УМОВИ ПРОВАДЖЕННЯ ГОСПОДАРСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ З МЕДИЧНОЇ ПРАКТИКИ: ОКРЕМІ ШТРИХИ ДО НОРМАТИВНОГО «ПОРТРЕТУ»

Проаналізовано Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з медичної практики, викристалізовано нормативні недоліки та колізії підзаконного акта, а також запропоновано можливі шляхи удосконалення змісту його положень.

Ключові слова: Ліцензійні умови, ліцензіат, відомчий нормотворець, заклад охорони здоров'я.

Аналіз Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики, затверджених наказом МОЗ України від 02.02.2011 р. № 49 (з урахуванням наказу МОЗ України «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 02 лютого 2011 року № 49» від 30.11.2012 р. № 981) (далі – Ліцензійні умови) [1] дає підстави твердити про певні недоліки досліджуваного підзаконного нормативно-правового акта. З-поміж яких:

1. Назву документа краще позначити «Ліцензійні умови провадження медичної практики». Відповідно до п. 1.3. Ліцензійних умов, під словосполученням «медична практика» розуміється *вид господарської діяльності у сфері охорони здоров'я*, тому вживання назви «Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з медичної практики» призводить до тавтології. Окрім того, в тексті Ліцензійних умов паралельно вживаються два терміносполучення, а саме «провадження медичної практики» (п. 4.6 та ін.) та «провадження господарської діяльності з медичної практики» (п. 2.1. та ін.), що потребує уніфікації на користь словосполучення «провадження медичної практики», адже нормотворець під терміном «медична практика» розуміє господарську діяльність.

2. Недосконалим видається визначення поняття «медична практика» з огляду на його неповноту. Згідно з п. 1.3 Ліцензійних умов, медична практика – це вид господарської діяльності у сфері охорони здоров'я, який провадиться закладами охорони здоров'я та фізичними особами-підприємцями, які відповідають єдиним кваліфікаційним вимогам. У цьому контексті варто зазначити, що суб'єкти, які провадять медичну практику, повинні дотримуватись не лише кваліфікаційних, а й організаційних й інших вимог щодо провадження медичної практики, що зазначено в п. 1.1 Ліцензійних умов.

Крім того, в цій же дефініції зазначено, що медична практика провадиться з метою надання видів медичної допомоги та медичного обслуговування.

Згідно зі ст. 3 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (далі – Основи), медичне обслуговування - це діяльність закладів охорони здоров'я та фізичних осіб підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію в установленому законом порядку, у сфері охорони здоров'я, *що не обов'язково обмежується медичною допомогою*. Отож, як видається, терміни «медичне обслуговування» і «медична допомога» співвідносяться як ціле і частина, медичне обслуговування «поглинає» медичну допомогу. Відтак, медичне обслуговування, окрім медичної допомоги, включає й інші види діяльності. Некоректно також сформульоване положення «надання видів медичної допомоги», оскільки слово «видів» тут вочевидь зайве, оскільки надається медична допомога, яка буває різних видів.

Враховуючи наведене, пропонуємо визначення поняття «медична практика»: *медична практика – вид господарської діяльності у сфері охорони здоров'я, яка провадиться закладами охорони здоров'я та фізичними особами – підприємцями з дотриманням встановлених чинним законодавством вимог з метою надання медичної допомоги чи інших видів медичного обслуговування*.

Увагу привертає і контентуальна подібність двох понять «медична практика» і «медичне обслуговування», і видається незрозумілим, яку ж відмінність прагнув нормотворець закласти в обидва терміни і яке ж між ними співвідношення.

3. Недоліком чинної редакції Ліцензійних умов є також і те, що вони не містять визначення поняття «ліцензіат», на відміну від попередньої редакції Ліцензійних умов, хоча термін «ліцензіат» вживається у межах нормативного тексту нерідко. В п. 1.3 Ліцензійних умов міститься дефініція єдиного терміна, а саме «медична практика», а також зазначено, що інші терміни вживаються у значеннях, визначених Основами законодавства України про охорону здоров'я.

Поняття «ліцензіат» в Основах немає, а відтак, для з'ясування його змістовного навантаження треба послуговуватись Порядком контролю за додержанням Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики, затвердженого наказом МОЗ України від 10.02.2011 р. № 80.

4. У п. 2.1 Ліцензійних умов наведено каталог законодавства України, якого слід дотримуватись ліцензіату при провадженні медичної практики. Звернемо увагу, що серед цього переліку нормативно-правових актів немає згадки про Закон України «Про захист прав споживачів» (хоча в п. 4.2 цей закон зазначається), як це мало місце в попередній редакції Ліцензійних умов, хоча слово «споживач» у тексті Ліцензійних умов вжито неодноразово. Положення згаданого пункту «відкрите», адже вказано «законів України, зокрема..», то презюмуємо, що й інших законів необхідно дотримуватись. Пристальне дослідження цього нормативного списку все ж не може не породити логічне запитання, а яким же чином відбирали до нього закони, якими були критерії, чому загальні і спеціальні закони передбачені в «міксованому» стилі. Для прикладу, чому загальний закон «Про ліцензування певних видів господарської діяльності» є другим, а такий же загальний закон у сфері охорони здоров'я як «Про захист персональних даних» вже останній у списку, тобто 19. Не може не виникнути і запитання, чому в переліку є лише один закон, яким ратифіковано міжнародно-правовий стандарт у сфері охорони здоров'я, а саме «Про ратифікацію Конвенції про передачу осіб, які страждають психічними розладами, для проведення примусового лікування». Якщо нормотворець робить прив'язку до Закону України «Про психіатричну допомогу», який є в переліку, то в ньому ж, для прикладу, є і Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні», а відтак, можна було б зазначити, і ратифікацію ще одного міжнародного стандарту крізь призму Закону України «Про ратифікацію Конвенції про права інвалідів і Факультативного протоколу до неї». Також видається неприпустимим і те, що в тексті Ліцензійних умов зазначено назви законів, які не відповідають дійсності: в документі вказано закон «Про протидію із захворюванням на туберкульоз», а правильною є назва закону «Про протидію захворюванню на туберкульоз».

Ще одним прикладом неприпустимості підходу до нормопроєктування є те, що у тексті Ліцензійних умов вказано, що ліцензіат повинен дотримуватись постанови Кабінету Міністрів України від 15 липня 1997 року № 765 «Про затвердження Порядку державної акредитації закладу охорони здоров'я». Варто наголосити, що на сьогодні цей наказ викладений у новій редакції, а отже, назва Порядку дещо змінена і тепер позначена як Порядок акредитації закла-

ду охорони здоров'я, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 15 липня 1997 р. № 765 (у редакції постанови Кабінету Міністрів України від 17 грудня 2012 р. № 1216).

Зважаючи на наведені неточності відомчого нормотворця, проходження етапу «юстування» з такими огріхами, необхідним видається чіткість із визначенням критеріїв, за якими вносяться до переліку закони та підзаконні нормативно-правові акти, а також коректний підхід до позначення чинної законодавчої бази, бажано оминаючи найменування актів, що може породжувати дисонанс у чинності або в назві.

5. У тексті Ліцензійних умов вжито два терміни «споживач» (зокрема п. 2.5) і «пацієнт» (п. 2.7 та ін.), але знову ж постає запитання: на думку, нормотворця це тотожні поняття, що рівноцінно можуть використовуватись при безоплатній і платній формах, чи пацієнт трансформується у споживача лише при наданні медичної допомоги за оплату. З аналізу окремих положень акта випливає, що саме другий варіант використовувався при розробці Ліцензійних умов, що, наприклад, можна проілюструвати: «При наданні платних послуг ліцензіат зобов'язаний видати споживачеві розрахунковий документ, що засвідчує факт виконання роботи, надання платної послуги відповідно до Закону України «Про захист прав споживачів»» (п. 4.2). Хоча є й інші приклади, а саме «Ліцензіат повинен розмістити за місцем провадження господарської діяльності з медичної практики в доступному для споживача місці достовірну інформацію, зокрема...перелік та вартість послуг, які відповідно до законодавства надаються пацієнтам» (п. 2.5). Видається, що коректніше було б зазначити, що «Ліцензіат повинен розмістити...для пацієнта місці достовірну інформацію, зокрема...перелік та вартість послуг, які відповідно до законодавства надаються споживачам».

6. У чинній редакції Ліцензійних умов міститься положення «Суб'єкти господарювання, що провадять медичну практику, повинні: безоплатно надавати медичну допомогу громадянам відповідно до законодавства» (п. 4.1). Вочевидь, під такими суб'єктами розуміються заклади охорони здоров'я державної та комунальної форми власності, у яких відповідно до вимог Конституції України медична допомога громадянам надається безоплатно. Ймовірно ця норма не матиме поширення на заклади охорони здоров'я приватного права та фізичних осіб-підприємців.

Незрозумілою видається норма п. 2.2 Ліцензійних умов про те, що «Суб'єкти господарювання, які провадять господарську діяльність з медичної практики, повинні затвердити перелік та вартість послуг, які відповідно до законодавства надаються пацієнтам». Постає обґрунтоване запитання, як це положення тлумачити крізь призму ч. 3 ст. 49 Конституції України [2], де

гарантовано, що «у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно», а також Рішення Конституційного Суду України від 29 травня 2002 р. (справа про безоплатну медичну допомогу) [3], в якому передбачено, що «у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно» треба розуміти так, що у державних та комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається всім громадянам незалежно від її обсягу та без попереднього, поточного або наступного їх розрахунку за надання такої допомоги.

7. У п.п. «в» п. 2.7 Ліцензійних умов зазначено, що заклад охорони здоров'я повинен забезпечити інформування медичного персоналу щодо дотримання лікарської таємниці. Як видається, при формулюванні цього положення фокусом обрано ст. 78 Основ, де закріплено, що «медичний і фармацевтичний працівники зобов'язані...зберігати лікарську таємницю». Цей вибірковий підхід нормотворця невиправданий, адже пацієнт наділений численними правами, а не лише має право на таємницю про стан свого здоров'я, що гарантовано в ст. 286 Цивільного кодексу України, ст. 39-1, ст. 40 Основ. А відтак, було б доречніше викласти норму в такій редакції: «забезпечити інформування медичного персоналу щодо дотримання прав пацієнтів».

8. У тексті Ліцензійних умов вживається положення добровільна згода пацієнта на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболення («Заклад охорони здоров'я повинен одержувати добровільну згоду пацієнта на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболення» (п. п. «е» п. 2.7)). Варто це положення уточнити, додавши критерій інформованості, адже згода пацієнта на медичне втручання повинна бути не тільки добровільною, але й інформованою відповідно до ст. 43 Основ. Це положення сформульовано на підставі нормативно закріпленої форми – Інформована добровільна згода пацієнта на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболення (форма № 003-6/о, затверджена наказом МОЗ України від 14.02.2012 р. № 110), хоча один з критеріїв, як бачимо, не відображений в аналізованому положенні Ліцензійних умов. Окрім цього, звертаємо увагу на п. 4.1 Ліцензійних умов, в якому зазначено, що суб'єкти господарювання, що провадять медичну практику, повинні здійснювати медичне втручання (застосування методів діагностики, профілактики або лікування, пов'язаних із впливом на організм людини) відповідно до вимог статей 42–44 Основ. У ч. 1 ст. 43 Основ передбачено, що згода інформованого пацієнта необхідна для застосування методів діагностики, профілактики та лікування. Відтак, знову постає обґрунтоване запитання, то чому ж в п. п. «е» п. 2.7 Ліцензійних умов йдеться лише

про лікування і діагностику, а профілактика з положення «випала». Досліджувану норму п. п. «е» п. 2.7 Ліцензійних умов доцільно викласти в такій редакції: «одержувати інформовану добровільну згоду пацієнта на проведення профілактики, діагностики, лікування і на проведення операції та знеболення».

9. У п. 4.1 Ліцензійних умов йдеться, зокрема про обов'язок ліцензіата дотримуватись трудового законодавства щодо прийняття та оформлення фізичних осіб на роботу, як і в п. п. «б» п. 2.7 цього ж акта передбачено обов'язок дотримуватись трудового законодавства з питань прийому на роботу. По-перше, не може не привертати увагу прогалина в необхідній поведінці, а саме дотримання законодавства, яке регламентує порядок звільнення найманих працівників з роботи, адже, зазвичай, найбільше порушень законодавчо встановлених гарантій допускається при звільненні; по-друге, терміни «оформлення» і «прийняття» у даному випадку вжиті некоректно, адже, вочевидь термін прийняття на роботу є ширшим за поняття оформлення і включає в себе оформлення, оскільки прийняття працівника на роботу оформляється відповідним розпорядчим актом. Тому це положення доцільно сформулювати так: «дотримуватись трудового законодавства України в аспекті прийняття на роботу, звільнення з роботи та забезпечення інших гарантій найманих працівників».

10. У п. п. «б» п. 2.7 чинних Ліцензійних умов покладено обов'язок на ліцензіата дотримуватись вимог законодавства щодо зберігання інформації про пацієнта. Вочевидь доцільно сформулювати це положення у такій редакції: «дотримуватись чинного законодавства України про захист персональних даних», адже ліцензіат виступатиме володільцем персональних даних пацієнтів, а відтак, здійснюватиме обробку цих даних, яка включає в себе не тільки зберігання персональних даних, але й їх збирання, реєстрацію, накопичення, адаптування, зміну, поновлення, тощо. Водночас для того, щоб цей процес був належно регламентований під час провадження ліцензіатом медичної практики, доцільно доповнити чинну редакцію Ліцензійних умов обов'язком ліцензіата щодо підготовки та затвердження локального акта – «Положення про базу персональних даних». Доцільно також покласти на ліцензіата обов'язок щодо отримання згоди на обробку персональних даних, чого в чинній редакції Ліцензійних умов немає.

Це лише кілька зауваг до нормативного «портрету» Ліцензійних умов, які потребують своєчасного й належного реагування з боку відомчого нормотворця, адже аналізований акт належить до ключових документів, які є «скелетною» основою провадження медичної практики, а відтак, закладають підґрунтя для безпеки пацієнтів і якісної медичної допомоги.

Список літератури

1. Про внесення змін до наказу МОЗ України від 02 лютого 2011 року № 49 : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 30.11.2012 р. № 981. [Електронний ресурс] Верховна Рада України. Законодавство України. – URL : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z2131-12>.
2. Конституція України від 28.06.1996 р. № 254к/96-ВР. [Електронний ресурс] Верховна Рада України. Законодавство України. – URL: <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр>.
3. Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням 53 народних депутатів України щодо офіційного тлумачення положення частини третьої статті 49 Конституції України «у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно» (справа про безоплатну медичну допомогу) від 29.05.2002 р. [Електронний ресурс] Верховна Рада України. Законодавство України. – URL : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/v010p710-02>.

Стаття надійшла до редакції: 27.02.2013

И. Я. Сенюта

Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого

ЛИЦЕНЗИОННЫЕ УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ХОЗЯЙСТВЕННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ: ОТДЕЛЬНЫЕ ШТРИХИ К НОРМАТИВНОМУ «ПОРТРЕТУ»

Проанализированы Лицензионные условия осуществления хозяйственной деятельности по медицинской практике, выкристаллизовано нормативные недостатки и коллизии подзаконного акта, а также предложены возможные пути усовершенствования содержания его положений.

Ключевые слова: Лицензионные условия, лицензиат, ведомственный законодатель, учреждение здравоохранения.

I. Y. Senyuta

Danylo Halytsky Lviv National Medical University

LICENSING CONDITIONS OF COMMERCIAL ACTIVITY ON MEDICAL PRACTICE: SOME FEATURES OF THE NORMATIVE "PORTRAIT"

Licensing conditions of commercial activity on medical practice are analyzed. Normative drawbacks and conflicts of rules of the by-law act are highlighted. Way of improving the content of the by-law act are suggested.

Keywords: Licensing conditions, licensee, state body lawmaker, health care facility.

Ю. Ю. Сізінцова

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

ЗНАЧЕННЯ ВИВЧЕННЯ МЕДИЧНОГО ПРАВА ДЛЯ КЕРІВНИКІВ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАКЛАДІВ УКРАЇНИ

В статті розглянуті питання актуальності підготовки керівників лікувально-профілактичних закладів з медичного права, а також досліджені проблеми які виникають в процесі надання медичної допомоги, що породжують в подальшому появу нових правовідносин між лікарем та пацієнтом.

Ключові слова: медичне право, освіта, правовідносини, відповідальність.

Медичне право набуває все більшої актуальності в Україні. На підтримку даної галузі та її розвитку у державі виступає Міністерство охорони здоров'я, завдяки якому були затверджені програми для студентів вищих навчальних закладів III–IV рівня акредитації, які навчаються за спеціальністю «Правознавство» і здобувають освітньо-кваліфікаційний рівень «Спеціаліст», для студентів вищих навчальних закладів III–IV рівня акредитації, які навчаються за спеціальністю «Правознавство» і здобувають освітньо-кваліфікаційний рівень «Магістр», а також програма для слухачів факультетів післядипломної освіти вищих медичних навчальних закладів та закладів післядипломної освіти МОЗ України. На кафедрі соціальної медицини організації і управління охорони здоров'я та медико-соціальної експертизи ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України» починаючи з січня 2011 року до теперішнього часу впроваджується дана програма. За рік викладання знання з дисципліни «Медичне право» отримали 2050 слухачів. За результатами анкетування, всі слухачі відзначили актуальність визначених програмою питань. І це є підтвердженням того, що медичні працівники постійно потребують отримання правових знань в галузі медицини.

Саме сфера охорони здоров'я потребує найбільшої уваги держави тому що об'єднала цілий комплекс суспільних відносин, до яких можна віднести в першу чергу, відношення, які виникають в медичній діяльності (діагностика, лікування пацієнта, хірургічне втручання, сфера охорони материнства і дитинства в державі, профілактика захворювань, питання медичної експертизи працездатності і ін.) фінансові та управлінські.

На думку І. Я. Сенюти медичне право, на сьогодні, є актуальним і необхідним важелем для практика, який працює в медицині. І це не випадково. Значний обсяг питань, який виникає

в процесі надання медичної допомоги породжує нові правовідносини між лікарем та пацієнтом, наслідком яких може бути поява позову до суду, а також написання скарги до державних органів і початок кримінального провадження відносно лікаря.

Мета роботи – вивчення стану впровадження навчальної дисципліни «Медичне право» серед студентів вищих медичних навчальних закладів, а також аналіз роботи закладів післядипломної освіти, щодо викладання даної дисципліни.

Матеріали та методи

Розвиток в Україні ринку надання медичних послуг породжує потребу і необхідність приведення у відповідність з міжнародно-правовими стандартами механізму реалізації норм, які забезпечують права і свободи громадян у сфері охорони здоров'я. Ситуація, яка склалася на сьогодні, надає нам уявлення про те, що більшість медичних працівників закладів охорони здоров'я мають поверхове уявлення про законодавче забезпечення своєї діяльності. Питання інформованості, юридичної відповідальності, яка встановлена чинним законодавством за правопорушення у сфері охорони здоров'я повинні вивчатись лікарями. Це по – перше, їх буде певним чином дисциплінувати, по-друге зменшить ймовірність безпідставного притягнення до відповідальності. На допомогу їм повинні виступати і юристи лікувально-профілактичних закладів, але на превеликий жаль, не всі заклади мають таку можливість.

Результати та обговорення

У порівнянні з країнами Євросоюзу, у кожному державному чи комунальному медичному закладі працюють спеціальні юридичні служби, директори яких повинні доводити до відома мед-

персоналу про останні зміни до законодавства, а також інформувати лікарів та їхніх пацієнтів про обов'язки та права. Крім того, у Франції працюють комісії із захисту прав пацієнтів, до складу яких входять представники керівництва медичних закладів, лікарі та члени пацієнтських організацій. Саме вони розглядають скарги громадян на протиправні дії або бездіяльність медиків і намагаються урегулювати існуючі конфлікти між пацієнтами та лікарями, що їх лікували. Тобто члени цієї Комісії виступають у ролі медіаторів, які допомагають знайти компроміс. Якщо цього не відбувається, потерпіла сторона подає позов до суду [1].

Медичне право повинно виступати як основна галузь в державі що регулює правовідносини, які виникають в процесі надання медичної допомоги. При цьому нормативно-правову базу складатиме велика кількість законодавчих документів: Конституція України, Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», Цивільний кодекс, Кримінальний та Кримінальний процесуальний кодекс, Кодекс про адміністративні правопорушення, Сімейний кодекс, Кодекс законів про працю та інші нормативно-правові акти.

Керівники лікувально-профілактичних закладів повинні здійснювати керівництво лікувально-профілактичним закладом відповідно до чинного законодавства України та нормативно-правових актів, що визначають діяльність підприємств, установ і організацій охорони здоров'я. В їх повноваження передбачається організація лікувально-профілактичної, адміністративно-господарської та фінансової діяльності закладу, взаємодія підрозділів лікувально-профілактичного закладу. Забезпечення надання якісної медичної та фармацевтичної допомоги населенню. Впровадження сучасних методів діагностики і лікування, лікувально-оздоровчого режиму, раціонального харчування. Організація роботи з добору, розстановки і використання медичних кадрів, забезпечення своєчасного підвищення їх кваліфікації. Створення належних виробничих умов, забезпечення додержання співробітниками правил внутрішнього трудового розпорядку, охорони праці та протипожежного захисту. Керівники повинні аналізувати показники роботи закладу, вживати заходів щодо їх оптимізації, видавати відповідні директивні документи з цього питання. Організувати проведення науково-практичних конференцій медичних працівників закладу з актуальних питань охорони здоров'я. До того ж керівник лікувально-профілактичного закладу повинен знати: чинне законодавство про охорону здоров'я та нормативні документи, що регламентують діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я, основи права в медицині, трудове законодавство; директивні документи,

що визначають завдання та функції медичних закладів; показники стану здоров'я населення; основи соціальної гігієни та організації охорони здоров'я, загальної і соціальної психології; організацію фінансово-економічної діяльності закладів охорони здоров'я; документи, що визначають потужність, структуру, штатний розклад закладу, укомплектованість підрозділів та потребу в кадрах; нормативні акти щодо підготовки, підвищення кваліфікації та атестації медичних працівників; порядок ведення облікової та звітної документації, обробки медичної статистичної інформації; потреби в медичній техніці, обладнанні, медикаментах; специфіку менеджменту і маркетингу в галузі медицини; передові інформаційні та Інтернет-технології; сучасну наукову літературу та науково-практичну періодику за фахом, методи її аналізу та узагальнення. Таким чином, не володіючи базовими знаннями з медичного права ми не можемо говорити про компетентність керівника закладу.

Лист Міністерства юстиції України від 20.06.2011 р. чітко визначає, що переважна більшість медичних працівників та навіть керівників закладів охорони здоров'я мають поверхневе уявлення про юридичну відповідальність, яка встановлена чинним законодавством за правопорушення у сфері охорони здоров'я. При цьому знання про підстави, види і наслідки юридичної відповідальності дисциплінує медичних працівників, з одного боку, а з іншого – зменшує ймовірність безпідставного притягнення їх до відповідальності. Тому вивчення медичного права в Україні постає нагальною потребою та необхідністю [2].

Затверджена програма Міністерства охорони здоров'я України щодо підготовки організаторів охорони здоров'я передбачає проходження циклу тематичного удосконалення, впродовж якого слухачі отримають необхідний обсяг теоретичних і практичних знань з медичного права, а також забезпечить належне здійснення службових і професійних обов'язків у сфері охорони здоров'я.

При вивченні даного циклу використовується чинна нормативно-правова база починаючи з міжнародно-правових стандартів, які є основою для вивчення законодавства України про охорону здоров'я; окреслення правового статусу суб'єктів медичних правовідносин, з'ясування питань юридичної відповідальності за вчинення професійних правопорушень, а також проблематику дефектів надання медичної допомоги; висвітлення форми, способи і засоби захисту прав медичних працівників і пацієнтів; аналіз юридичної практики в контексті розгляду медичних справ.

Наприкінці проходження тематичного удосконалення слухач повинен уміти: застосовувати набуті теоретичні знання на практиці, забезпечувати документообіг у закладі охорони

здоров'я відповідно до вимог чинного законодавства України, забезпечувати розгляд звернень громадян згідно з законодавством України, створювати умови для забезпечення прав пацієнтів, захищати свої та очолюваного закладу, структурного підрозділу права та законні інтереси в необхідному обсязі; дотримуватись і поважати права пацієнтів. Курс «Медичне право» вивчається слухачами тематичного удосконалення у такому обсязі: лекції – 26 навчальних год., практичні заняття – 36 навчальних годин, семінарські заняття – 12 навчальних годин, підсумковий контроль – 4 навчальних год., всього на циклі – 78 навчальних годин [3].

Таким чином, вивчаючи актуальність впровадження дисципліни «Медичне право» у вищих навчальних закладах на післядипломному рівні можна зазначити, що це є вкрай необхідним як для медичних працівників, які працюють в лікувально-профілактичних закладах (далі – ЛПЗ), так і для всього суспільства, що формує загальну правову культуру громадян.

Але не можна не сказати про те, що саме з початку навчання студентам медичних навчальних закладах освіти необхідно надавати знання з медичного права. Розробка програми з першого курсу навчання надасть можливість підготувати фахівця, який в подальшому тільки буде удосконалювати свої правові знання щодо медичної діяльності а допомогою закладів освіти післядипломного рівня. Результатом даного впровадження буде зменшення конфліктних ситуацій в процесі реалізації прав пацієнтів, надання медичної допомоги низької якості, порушення умов та режиму лікування, зменшення випадків надання неправомірно та недостатньої інформації щодо захворювання, а в разі її надання – дотримання порядку правомірності інформованості пацієнта, що тягне розголошення лікарської таємниці, безпідставне вимагання плати за лікування. Всі ці обставини дають підстави на формування і приведенні у відповідність з міжнародно-правовими стандартами механізму реалізації норм медичного права, в забезпеченні прав та свобод громадян у сфері охорони здоров'я.

Законодавство у сфері захисту прав пацієнтів та медичних працівників повинно бути сформованим і чітко визначеним. Відсутність чітких норм, що регламентують права та обов'язки пацієнта приводить до обставин, які зовсім не покращують стан здоров'я, а навпаки, діють усугубляючи. Страждають обидві сторони, як пацієнт, так і лікар, медичний заклад, посадові особи.

З іншої сторони – юристи, які отримуючи вищу юридичну освіту не вивчають в більшості норм медичного права, але в подальшому їм доводиться провадити розслідування суб'єктами злочинів яких є медичні працівники. Тому необхідність впровадження в систему освіти, як медичної так і юридичної, спеціалізованих дисци-

плін є потребою для суспільства.

Підготовка студентів та курсантів освітніх установ повинна здійснюватися в органічному взаємозв'язку з цілісним розвитком особистості, з урахуванням всіх її особистісних властивостей й якостей, установок і мотивів, потреб, ідеалів, досвіду життя, загальних і професійних знань, навичок й умінь. Зазначений підхід є одночасним розгортанням процесів виховання і самовиховання, що є одним із провідних факторів у формуванні творчого, відповідального громадянина, спроможного самостійно приймати компетентні рішення й вміло будувати свою професійну кар'єру.

При визначенні значення вивчення норм медичного права керівниками лікувально-профілактичних установ треба дослідити основні проблемні питання, які поєднують в собі питання медицини і права.

У своїй роботі керівник ЛПЗ постійно звертається до питань трудового законодавства. Як визначає Антонов С. В., існує своя специфіка трудової діяльності працівників медичних закладів. Серед основних прав він виділяє наступні: право на роботу відповідно до умов трудового договору; право знати свої права та функціональні (посадові) обов'язки; право на ознайомлення з вимогами охорони праці та техніки безпеки; право на забезпечення працедавцем здорових та безпечних умов праці відповідно до вимог правил техніки безпеки, санітарних правил і норм, законодавства про працю України; право на виплату заробітної плати не нижче встановленого державою мінімуму та у терміни, встановлені трудовим договором, а також виплату премій, винагород, інших соціальних виплат та компенсацій; право на отримання матеріальної допомоги з урахуванням оцінки особистої трудової участі працівника в роботі медичного закладу в порядку, встановленому внутрішніми нормативними актами підприємства чи організації, з якими працівник уклав трудову угоду; право на соціальне страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань, а також право на всі передбачені законодавством види соціального страхування; право на звернення до суду для вирішення трудових спорів незалежно від характеру виконуваної роботи або обійманої посади (крім окремих випадків, передбачених законодавством) тощо. І всі ці перераховані права стосуються не тільки окремого медичного працівника, а при їх реалізації безпосередньо торкнуться керівника ЛПЗ. Тому їм необхідно володіти нормативно-правовими актами, що регулюють питання охорони здоров'я та праці [4].

Аналізуючи питання поєднання норм права і медицини, не можна залишити без уваги, обґрунтувати взаємозв'язок цивільного законодавства і сферу надання медичних послуг. При наданні

медичних послуг лікувально-профілактичні заклади, їх керівники та безпосередньо медичні працівники повинні розуміти з самого початку, що при порушенні ними прав пацієнтів, заподіяння шкоди їх здоров'ю починають діяти норми кримінальної та цивільної відповідальності. Негативні наслідки, які були спричинені лікуванням можуть виражатись у відшкодуванні майнової та моральної шкоди пацієнту. До того ж сам медичний заклад має право регресного позову до медичного працівника, який безпосередньо приймав участь у лікуванні пацієнта. Регрес у сфері цивільно-правової відповідальності медичних організацій – це можливість медичної організації, яка відшкодувала шкоду, заподіяну пацієнтові при наданні медичної допомоги, зворотної вимоги стягнення у розмірі виплаченого відшкодування з працівника цієї установи – конкретного заподіявана шкоди. Цивільний позов є найпоширенішим засобом реалізації права на відшкодування шкоди, завданої здоров'ю (майнової і моральної). Переважна більшість позовів, що пред'являються пацієнтами до закладів охорони здоров'я є позовами про відшкодування матеріальної та моральної шкоди, завданої ушкодженням здоров'я, спричиненого медичною допомогою неналежної якості.

Отже, цивільна відповідальність у сфері медичної діяльності – це вид юридичної відповідальності, який виникає внаслідок порушення у галузі майнових або особистих немайнових благ громадян у сфері охорони здоров'я і який полягає переважно в необхідності відшкодування шкоди. До особистих немайнових благ громадян, які безпосередньо пов'язані з медичною діяльністю, належать перш за все життя і здоров'я. З цієї причини можна стверджувати, що цивільно-правова відповідальність – це своєрідний засіб забезпечення захисту особистих немайнових прав (життя і здоров'я) пацієнтів при наданні медичної допомоги.

Аналізуючи питання цивільної відповідальності не можна не сказати про договірні відносини. При укладанні договорів керівники постійно стикаються з правовими нормами. Так порушення договірних відносин можливе як у сфері укладених господарських договорів, так і при наданні платних медичних послуг. На думку Олена Беденко-Зваридчук, директора юридичної компанії «МедАдвокат», керівника проекту «Медико-правовий портал «103-law.org.ua», голови Комітету з медичного права АПУ, якщо перший вид конфліктів вирішується господарськими судами без особливих проблем, то при розгляді фінансових суперечок між пацієнтом та лікувальним закладом відбувається вимушене розкриття лікарської таємниці (у випадку, коли позивачем є ЛПЗ). Тому керівникові медичного закладу необхідно бути готовим до того, що пацієнт або його правозахисник можуть висунути

зворотній позов про відшкодування шкоди за розголошення конфіденційної інформації. Такі види конфліктів слід намагатися врегулювати на досудовому етапі або за допомогою альтернативних методів вирішення спорів [5].

Не можна оминути і питання кримінальної відповідальності лікаря, найсуворішої відповідальності в державі. Звертаючись до Листа Міністерства Юстиції України Департаменту конституційного, адміністративного та соціального законодавства управління соціального, трудового та гуманітарного законодавства де чітко визначається, що Кримінальна відповідальність є найбільш суворим видом юридичної відповідальності медичних працівників за правопорушення, що вчиняються ними під час здійснення професійної діяльності.

Кримінальний кодекс України передбачає, що підставою для притягнення особи до кримінальної відповідальності є вчинення нею суспільно - небезпечного діяння, яке містить склад злочину, передбаченого цим Кодексом. Медичні працівники несуть відповідальність як на загальних підставах відповідальності в державі, так і у визначених у кримінальному кодексі складів злочинів, що відносяться до їх професійної діяльності.

В Листі Міністерства юстиції України відзначається, що випадки притягнення медичних працівників до кримінальної відповідальності, а тим більше винесення щодо них обвинувального вироку в Україні є порівняно нечастими. Проте керівникам закладів охорони здоров'я необхідно знати про те, які дії чи бездіяльність підпадають під кримінально-правову заборону і на попередження якої поведінки підлеглих слід спрямовувати свої зусилля. Враховуючи наведене, знання керівниками закладів охорони здоров'я та їхніми працівниками чинного законодавства щодо відповідальності медичних працівників і вжиття заходів щодо забезпечення його дотримання є запорукою нормальної роботи закладів охорони здоров'я [6].

Викладення дисципліни «Медичне право України» для керівників лікувально-профілактичних закладів на сьогодні вже набуло гострої потреби. Нестача інформації, відсутність знань, зволікання своїми функціональними обов'язками призводять до негативних наслідків. І на це є вже підтвердження. Так, на початку 2013 року Сімферопольським судом було винесено рішення про визнання особи, винної у вчиненні злочину, передбаченого ст. 123 КК України про розголошення відомостей про проведення медичного обстеження на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини або іншої невиліковної інфекційної хвороби. Суд постановив позбавити медичного працівника права займатися медичною діяльністю, а також зобов'язав виплатити штраф у розмірі 1700 грн.

Висновки

Таким чином, медичні працівники повинні розуміти, що в сучасних умовах треба приділяти

більше уваги питанням права. Це в першу чергу надасть їм самим впевненість у правильності своїх дій і позбавить їх наслідків, які можуть внести дуже великі зміни до їх професійного росту.

Список літератури

1. yurhelp.in.ua/statiy/01-01-22.html
2. Лист Міністерства юстиції України Департамент конституційного, адміністративного та соціального законодавства управління соціального, трудового та гуманітарного законодавства від 20.06.2011 р Відповідальність медичних працівників // Медичне право. – 2011. – № 8 (II). – С. 92
3. Медичне право України : програма для слухачів факультетів післядипломної освіти вищих медичних навчальних закладів та закладів післядипломної освіти МОЗ України / Уклали І. Сенюта, О. Січкоріз. – Львів : Видавництво ЛОБФ «Медицина і право». К, 2012 – 98 с.
4. Антонов С. В. Особливості трудових відносин у закладі охорони здоров'я // Журнал «Управління закладом охорони здоров'я», № 3, 2008 рік. / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.medlawcenter.com.ua/ua/publications/77.html>
5. Олена Беденко-Зваридчук. Правовий статус медичного закладу // Практика управління медичним закладом № 4/2012/ [Електронний ресурс]. – Режим доступу: www.med-info.net.ua
6. Лист Міністерства юстиції України Департамент конституційного, адміністративного та соціального законодавства управління соціального, трудового та гуманітарного законодавства від 20.06.2011 р Відповідальність медичних працівників // Медичне право. – 2011. – № 8 (II). – С. 92

Стаття надійшла до редакції: 18.03.2013

Ю. Ю. Сизинцова

ГУ «Запорозьская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины»

ЗНАЧЕНИЕ ИЗУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА ДЛЯ РУКОВОДИТЕЛЕЙ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ УКРАИНЫ

В статье рассмотрены актуальные вопросы подготовки руководителей лечебно-профилактических учреждений по медицинскому праву, а также исследованы проблемы правоотношений между врачом и пациентом, которые возникают в процессе оказания медицинской помощи.

Ключевые слова: медицинское право, образование, правоотношения, ответственность.

Y. Y. Sizintsova

SI "Zaporizhzhya Medical Academy of Postgraduate Education of Ukraine"

THE IMPORTANCE OF STUDYING HEALTH LAW FOR LEADERS HEALTH CARE SETTING IN UKRAINE

In the article the considered questions of actuality of preparation of leaders curatively-prophylactic establishments from a medical right, and also investigational problems that arise up in the process of grant of medicare that generate in future appearance of new legal relationships between a doctor and patient.

Keywords: medical right, education, legal relationships, responsibility.

Г. О. Слабкий¹, С. В. Збітнєва²

¹Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

²Київський міський центр мікрохірургії ока

ПРО ГОТОВНІСТЬ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ ДО НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ХВОРОБАХ ОКА ТА ПРИДАТКОВОГО АПАРАТУ

Представлені результати соціологічного дослідження серед лікарів загальної практики-сімейних лікарів. Встановлено низький рівень їх теоретичної та практичної підготовки до надання медичної допомоги пацієнтам при хворобах органу зору. Показано недостатній рівень матеріально-технічного забезпечення сімейних амбулаторій для надання офтальмологічної медичної допомоги.

Ключові слова: офтальмологічна допомога, лікарі загальної практики-сімейні лікарі, готовність.

В ході реформування системи охорони здоров'я України пріоритетним є розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини [1–3]. Функції лікарів загальної практики-сімейних лікарів визначаються відповідно до їх компетенції [4]. Надання первинної медико-санітарної допомоги населенню при хворобах ока та його придаткового апарату входить до їх обов'язків, що і визначило актуальність даного дослідження.

Мета роботи: вивчити готовність лікарів первинної медико-санітарної допомоги до надання медичної допомоги про хворобах ока та придаткового апарату

Матеріали та методи: за спеціальною анкетною опитано 447 лікарів загальної практики-сімейних лікарів. При проведенні дослідження повністю забезпечена конфіденційність інформації про респондентів: анкета є анонімною, участь у дослідженні – добровільною, заповнення анкет відбувалося під час навчання на курсах підвищення кваліфікації після короткого інструктажу про мету дослідження.

Дані про респондентів наведені в таблиці 1.

Чоловіки серед респондентів лікарів загальної практики-сімейних лікарів склали 21,2%, а жінки відповідно 78,8%. Найбільшу частку респон-

дентів склали лікарі, які атестовані на першу атестаційну категорію (43,9%), потім другу (23,5%), не атестовані (16,5%) та вищу категорію (16,1%).

Результати та обговорення

На першому етапі дослідження вивчалось питання щодо самооцінки лікарями загальної практики-сімейними лікарями рівня знань з питань надання медичної допомоги пацієнтам офтальмологічного профілю. Отримані результати наведено в таблиці 2.

Відповідно до отриманих та наведених в таблиці 2 даних достатній рівень знань та навичок для профілактичного офтальмологічного огляду має 27,1% лікарів загальної практики-сімейних лікарів, для надання невідкладної допомоги при гострих захворюваннях та травмах органу зору 13,9% із них, для здійснення диспансерного нагляду за пацієнтами з хворобами органу зору – 18,8% опитаних. Свої знання та навички необхідні для підбору окулярів оцінили позитивно 8,3% респондентів при цьому 85,4% опитаних лікарів загальної практики-сімейних лікарів готові навчання з метою підготовки до надання медичної допомоги пацієнтам при захворюваннях та травмах органу зору.

Таблиця 1

Характеристика респондентів

Показник	абс	%
Лікарі загальної практики-сімейні лікарі		
Чоловіки	95	21,2
Жінки	352	78,8
Вища атестаційна категорія	72	16,1
Перша атестаційна категорія	196	43,9
Друга атестаційна категорія	105	23,5
Не атестовані	74	16,5

Таблиця 2

Рівень знань і навичок у лікарів загальної практики-сімейних лікарів з питань надання медичної допомоги пацієнтам офтальмологічного профілю

Показник	абс	%
Достатність знань та навичок для проведення профілактичного огляду	121	27,1
Достатність знань та навичок для надання невідкладної допомоги при гострих захворюваннях та травмах органу зору	62	13,9
Достатність знань та навичок для здійснення диспансерного нагляду за пацієнтами з хворобами органу зору	84	18,8
Достатність знань та навичок для підбору окулярів	37	8,3
Достатність знань з анатомії органу зору	29	6,5
Не атестовані	74	16,5

Далі вивчалися та аналізувалися результати дослідження щодо джерел отримання інформації лікарями загальної практики-сімейними лікарями з питань офтальмології. Отримані результати наведені в таблиці 3.

Наведені в таблиці 3 результати соціологічного дослідження вказують на те, що головними джерелами інформації для лікарів загальної практики-сімейних лікарів з питань офтальмології курси спеціалізації (26,2%) та інтернет (20,8%). На другому місці в якості джерел інформації виступають друковані носії інформації якими є наукова література (13,2%) та періодичні фахові видання (10,7%). Такі джерела інформації як курси підвищення кваліфікації (8,3%) та курси тематичного удосконалення (2,7%) респонденти оцінили найнижче. Отримані результати в цілому корелюють з низьким рівнем самооцінки респондентами своїх знань та навичок з офтальмології.

Наступним кроком дослідження було вивчення стану матеріально-технічне забезпечення лікарів загальної практики-сімейних лікарів для надання медичної допомоги пацієнтам офтальмологічного профілю. Результати даного кроку дослідження наведені в таблиці 4.

Наведені в таблиці 4 результати вказують на низький рівень забезпеченості сімейних амбулаторій матеріально-технічними засобами для надання медичної допомоги пацієнтам з патоло-

гією органу зору. Так, забезпечені лікарськими засобами для надання невідкладної допомоги при гострих захворюваннях та травмах органу зору 11,8%, а необхідним обладнанням – 9,4% відповідно. Матеріально-технічне забезпечення процесу підбору окулярів має 10,5% лікарів загальної практики-сімейних лікарів.

Висновки

Результати проведеного соціологічного дослідження вказують на недостатній рівень готовності лікарів загальної практики-сімейних лікарів до надання медичної допомоги пацієнтам з хворобами органу зору. Даний висновок підтверджено наступним:

1. достатній рівень знань та навичок для профілактичного офтальмологічного огляду має 27,1% лікарів загальної практики-сімейних лікарів, для надання невідкладної допомоги при гострих захворюваннях та травмах органу зору 13,9%, для здійснення диспансерного нагляду за пацієнтами з хворобами органу зору – 18,8%, а для підбору окулярів – 8,3% респондентів;

2. забезпечені лікарськими засобами для надання невідкладної допомоги при гострих захворюваннях та травмах органу зору 11,8%, необхідним обладнанням – 9,4%, а матеріально-технічне забезпечення процесу підбору окулярів має 10,5% лікарів загальної практики-сімейних лікарів.

Таблиця 3

Джерела отримання інформації лікарями загальної практики-сімейними лікарями з питань офтальмології

Показник	абс	%
Курси спеціалізації	117	26,2
Курси підвищення кваліфікації	37	8,3
Курси тематичного удосконалення з офтальмології	12	2,7
Наукова література	59	13,2
Періодичні фахові видання	48	10,7
Інтернет	93	20,8

**Матеріально-технічне забезпечення лікарів загальної практики-сімейних лікарів
для надання медичної допомоги пацієнтам офтальмологічного профілю**

Показник	абс	%
Наявність медичного обладнання офтальмологічного профілю	42	9,4
Наявність медичного інструментарію офтальмологічного профілю	69	15,4
Наявність лікарських засобів для надання невідкладної допомоги при гострих захворюваннях та травмах органу зору	53	11,8
Наявність засобів медичного призначення для надання невідкладної допомоги при гострих захворюваннях та травмах органу зору	51	11,4
Матеріально-технічне забезпечення для підбору окулярів	47	10,5

Список літератури

1. Ситуаційний аналіз розвитку сімейної медицини в Україні. 2010 р. / О. І. Антонишин, П. С. Бондарчук, М. В. Денисенко [та ін.]; за ред. Г. О. Слабкого. – К. : МОЗ, ДУ «УІСД МОЗ України», 2011. – 28 с.
2. Оцінка ефективності організації та надання первинної медико-санітарної допомоги / Л. Ф. Матюха, Н. Г. Гойда, Г. О. Слабкий [та ін.]. – К. : МОЗ, ДУ «УІСД МОЗ України», НМАПО ім. П.Л. Шупика, Міжнар. наук.-навч. центр інформтехнології та систем НАН України і МОН України, Укр. мед. стомат. академія, 2011. – 47 с.
3. Слабкий Г. Нові підходи до організації первинної медико-анітарної допомоги / Г. Слабкий, К.Надуть, Л.Матюха // Практика управління медичним закладом– 2011. – № 7. – С. 16–22.
4. Кризина Н. П. Первинна медико-санітарна допомога та шляхи її оптимізації / Н. П. Кризина, Г. О. Слабкий, О. В. Письменна // Сімейна медицина (спец-випуск). – 2011. – № 3: тези доп. III з'їзду сімейних лікарів, м. Дніпропетровськ, 19–21 жовтня 2011 р. – Дніпропетровськ, 2011. – С. 144.

Стаття надійшла до редакції 06.03.2013

Г. А. Слабкий¹, С. В. Збитнева²

¹Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

²Киевский городской центр микрохирургии глаза

О ГОТОВНОСТИ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ-СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ К ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ БОЛЕЗНЯХ ГЛАЗА И ПРИДАТОЧНОГО АППАРАТА

Представлены результаты социологического исследования среди врачей общей практики-семейных врачей. Установлено низкий уровень их теоретической и практической подготовки оказания медицинской помощи пациентам при болезнях органа зрения. Показано недостаточный уровень материально-технического обеспечения семейных амбулаторий для оказания офтальмологической медицинской помощи.

Ключевые слова: офтальмологическая помощь, врачи общей практики практики-семейные врачи, готовность.

G. A. Slabkiy¹, S. V. Zbitneva²

¹Donetsk National Medical University, Gorky

²Kievsky urban center of Eye Microsurgery

READINESS GENERAL PRACTITIONERS/FAMILY PHYSICIANS TO MEDICAL ASSISTANCE AT EYE DISEASE AND ADDITIONAL VEHICLE

The results of the survey of general practitioners and family physicians. Found low level of theoretical and practical training of health care for patients with diseases of the organ of vision. Displaying lack of logistics family clinic for eye care Cure.

Keywords: eye care, general practitioners, family physicians

Г. О. Слабкий¹, В. А. Русняк, С. В. Істомин²

¹Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

²Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАКОНОДАВСТВА УКРАЇНИ З ПИТАНЬ ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Представлено аналіз законодавства України з питань охорони здоров'я. Показано, що нормативно-правова база охорони здоров'я складається з п'яти груп нормативно-правових актів: Конституція України; Основи законодавства України про охорону здоров'я; спеціальні закони в окремих сферах медичної діяльності; галузеві кодекси, які містять загальні норми, що застосовуються в медичній сфері; акти центральних та місцевих органів державної виконавчої влади.

Ключові слова: законодавство України, охорона здоров'я.

На сучасному етапі розвитку національної системи охорони здоров'я проводиться її реформування [1]. Нова модель національної системи охорони здоров'я відпрацьовується в пілотних регіонах [2]. Пріоритетним, в ході проведення реформи, є запровадження первинної медико-санітарної допомоги та забезпечення якості медичної допомоги при використанні механізмів захисту населення від фінансових ризиків на випадок захворювання [3, 4].

Мета роботи проаналізувати законодавчу базу України з питань організації охорони здоров'я України.

Матеріали та методи, що використані під час виконання роботи: законодавча база України з питань організації охорони здоров'я, яка проаналізована за допомогою контент-аналізу.

Результати та їх обговорення

Нормативно-правова база охорони здоров'я складається з п'яти груп (рівнів) нормативно-правових актів: 1) Конституція України [5] (ст. 49 – право на охорону здоров'я, надання медичну допомогу і медичне страхування); 2) Основи законодавства України про охорону здоров'я [6] як основного спеціального закону в цій сфері; 3) спеціальні закони в окремих сферах медичної діяльності (донорство, психічна допомога, окремі інфекційні захворювання тощо); 4) галузеві кодекси, які містять загальні норми, що застосовуються в медичній сфері, (Цивільний [7] і Кримінальний [8] кодекси, Кодекс про адміністративні правопорушення [9], Кодекс законів про працю [10] тощо); 5) акти центральних та місцевих органів державної виконавчої влади (укази та розпорядження Президента України, постанови і розпорядження Кабінету Міністрів України, накази і розпорядження МОЗ України,

нормативно-правові акти інших органів влади).

Конституція України в питаннях охорони здоров'я (ст. 49) не відповідає сучасним умовам і можливостям, а тому повинна бути змінена на таку, що відображає реалії та практичні можливості для поліпшення ситуації в сфері охорони здоров'я з урахуванням справедливого (тобто однакового для всіх) гарантованого рівня медичної допомоги.

Постійне недофінансування бюджетних витрат і відсутність рівного доступу до якісної безоплатної медичної допомоги перетворило конституційну норму (ст. 49 Конституції України) про право на охорону здоров'я, медичну допомогу і медичне страхування в загальну декларацію, що продукує соціальну несправедливість, усунення якої вимагає закріплення на конституційному рівні моделі єдиного медичного простору відповідно до європейських стандартів у сфері охорони здоров'я.

Зважаючи на нагальну необхідність створення інститутів та механізмів, необхідних для реалізації та захисту права людини на охорону здоров'я відповідно до принципів, визначених Конституцією України, та приведення стандартів управління системою охорони здоров'я у відповідність з європейськими основними засадами державної політики у сфері охорони здоров'я та надання медичної допомоги, пріоритетними є такі напрями:

– забезпечення доступної та своєчасної, рівної та якісної медичної допомоги;

– забезпечення якості та доступності лікарських засобів, вакцин та інших імунобіологічних препаратів, виробів медичного призначення;

– гарантування належного рівня біобезпеки в країні як складової світової системи біобезпеки;

– гарантування гідності професії медичного працівника та участі медичного працівни-

ка у формуванні стандартів медичної професії і контролі за їх дотриманням;

– забезпечення справедливого, прозорого і відповідального управління системою охорони здоров'я та впливу громадськості на прийняття державних рішень у сфері охорони здоров'я.

З огляду на це, на конституційному рівні (ст. 49 Конституції України) необхідно закріпити право всіх і кожного з громадян України на доступну, своєчасну, рівну та якісну медичну допомогу; забезпечити належний рівень біобезпеки всередині країни та належний рівень біобезпеки країни у світі; забезпечити багатоканальне фінансування безоплатної медичної допомоги (бюджетне і недержавне фінансування за рахунок медичного страхування (обов'язкове і добровільне), благодійні внески, інші незаборонені джерела) за рівної участі закладів охорони здоров'я незалежно від їх форми власності; підвищити гідність професії медичного працівника та його участь у формуванні стандартів медичної професії і контролі за їх дотриманням, а також забезпечити справедливе, прозоре і відповідальне управління системою охорони здоров'я та вплив громадськості на прийняття державних рішень у сфері охорони здоров'я.

Законодавчі акти в галузі охорони здоров'я часто містять загальні і суперечливі між собою норми. Закони повинні прийматися пріоритетно, відповідно до потреб населення, а не системи охорони здоров'я, ґрунтуватися на об'єктивно існуючих у суспільстві реаліях, бути фактично виконуваними і не йти врозріз із громадською думкою. Законодавчі акти досить часто не містять визначень основних понять. Надмірно використовуються санкції. Значна кількість питань регулюються не законами, а підзаконними актами. Останні превалюють серед засобів правового регулювання і містять норми, які практично встановлюють правове регулювання всього кола і обсягу відносин у цій сфері, встановлюють різні за змістом визначення тих самих понять і категорій, містять нечітку процедуру, залишають неврегульованими важливі питання на дискреційний розсуд працівників державних органів.

З метою усунення розпорошення, нечіткості та колізійності законодавства в сфері охорони здоров'я доцільно його систематизувати в єдиному комплексному законодавчому акті шляхом об'єднання всього спеціального законодавства у Зводі законів у сфері охорони здоров'я, включивши до його складу норми Основ законодавства про охорону здоров'я і спеціальних законів у сфері охорони здоров'я.

Структурно такий Звід законів становитиме систему різномірних (цивільних, адміністративних, трудових, правоохоронного характеру) спеціальних норм, покликаних врегулювати організаційні, майнові, особисті відносини, які виникатимуть у зв'язку зі вживанням санітарно-епідеміологічних заходів і наданням лікувально-

профілактичної допомоги фізичним особам.

При цьому систематизація медичного законодавства шляхом прийняття медичного (лікарського) кодексу, як і поєднання в одному нормативно-правовому акті морально-етичних і правових норм у сфері охорони здоров'я та надання медичної допомоги, видається передчасною.

Прийняття медичного кодексу як комплексного законодавчого акту, що регулює різномірні відносини, не відповідатиме сучасним вітчизняним традиціям нормотворення і правозастосування однорідних за предметом галузевих кодексів, що не сприятиме юридичній безпеці у сфері охорони здоров'я.

Водночас, заслуговує підтримки поширена в іноземних країнах (Росії, Польщі, ФРН, Франції, Фінляндії, США, Італії) практика прийняття національними медичними асоціаціями медичних (лікарських) кодексів, які містять детальні вимоги деонтології та лікарської етики, що являють собою норми етичного і морального характеру, які регулюють професійні права медиків.

Одна з проблем нормативного регулювання в сфері охорони здоров'я полягає в низькій ефективності законодавства в цій сфері, його невідповідності існуючим відносинам.

Виявлення прогалин, колізій і тенденцій законодавства, судової та іншої правозастосовної практики, проведення моніторингу і досліджень правових способів їх вирішення і тенденцій доцільно покласти на позавідомчу службу (агентство) правової політики у сфері охорони здоров'я, підпорядковану Кабінету Міністрів України і Президенту України, до складу якої необхідно включити науковців і практикуючих юристів та медиків.

Позитивно можна оцінити структуру законодавства в сфері охорони здоров'я в частині його поділу на положення Конституції, галузевих кодексів, базового і спеціальних законів та підзаконних нормативно-правових актів.

Права людини у сфері охорони здоров'я охороняються Конституцією України, ст. 49 якої визначає, що кожний має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. На конституційному рівні передбачено гарантію цього права, яка полягає в безоплатному наданні медичної допомоги державними і комунальними закладами охорони здоров'я.

Цивільно-правові засади регулювання прав людини у сфері охорони здоров'я належним чином визначені статтями 281–287, 289–290 Цивільного Кодексу (ЦК) України, норми якого визначають основні особисті немайнові права людини в сфері охорони здоров'я (ст. 281 «Право на життя», ст. 282 «Право на усунення небезпеки, яка загрожує життю та здоров'ю», ст. 283 «Право на охорону здоров'я», ст. 284 «Право на медичну допомогу», ст. 285 «Право на інформацію про стан свого здоров'я», ст. 286 «Право на таємницю про стан здоров'я», ст. 287 «Права

фізичної особи, яка перебуває на стаціонарному лікуванні у закладі охорони здоров'я»).

Кримінально-правова охорона в сфері охорони здоров'я здійснюється положеннями статей 139, 140, 145, 184 Кримінального кодексу України, які визначають склади злочинів проти життя та здоров'я особи, особистих прав громадянина (ст. 139 «Ненадання допомоги хворому медичним працівником», ст. 140 «Неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником», ст. 145 «Незаконне розголошення лікарської таємниці», ст. 184 «Порушення права на безоплатну медичну допомогу»).

Основним спеціальним законодавчим актом в Україні у цій сфері є Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 1991 р., який визначає правові основи організації охорони здоров'я, забезпечення здорових і безпечних умов життя, лікувально-профілактичної допомоги.

Окремі напрями охорони здоров'я регулюються спеціальними законами (з питань донорства, психічної допомоги, окремих інфекційних і неінфекційних захворювань тощо).

Висновки

Базуючись на отриманих в ході проведено аналізу даних визначені проблеми, які підлягають першочерговому законодавчому регулюванню.

Так, законодавчо має бути визначено перелік невідкладних, першочергових, загальнодержавних програм як таких, що мають бути профінансовані в повному обсязі. В першу чергу це стосується програм, формування здорового способу життя та відновлення профілактичної медицини, особливо первинної профілактики; програм, програм, що скеровані на подолання демографічної кризи і попередження смертності населення в працездатному віці та програм, що забезпечуть розвиток громадської охорони здоров'я.

Правового врегулювання потребують засади правового і соціального захисту пацієнтів та медичних працівників, з визначеними ефективними і справедливими механізмами відшкодування шкоди, заподіяної життю і здоров'я людини та впровадження механізмів забезпечення професійної медичних працівників з державною підтримкою престижу медичної професії.

Список літератури

1. Програма економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» / Комітет з економічних реформ при Президентові України, 2010. – 87 с. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.president.gov.ua/content/ker-program.html>. – Назва с екрану.
2. Закон України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» від 7 липня 2011 року N 3612-VI
3. Слабкий Г. О. Сучасні підходи до фінансування системи охорони здоров'я / Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко, О. О. Заглада. – К., 2011. – 345 с.
4. Первинна медико-санітарна допомога/сімейна медицина: [монографія] / З. М. Митник, Г. О. Слабкий, Н. П. Кризина; за ред. В. М. Князевича; МОЗ України. – К., 2010. – 404 с.
5. Конституція України // <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр>
6. Основи законодавства України про охорону здоров'я від 19.11.1992 № 2801-XII // <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>
7. Цивільний кодекс України від 16.01.2003 № 435-IV // <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/цивільний>
8. Кримінальний кодекс України від 05.04.2001 № 2341-III // <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2341-14>
9. Кодекс України про адміністративні правопорушення від 07.12.1984 № 8073-X // <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/80731-10>
10. Кодекс законів про працю України від 10.12.1971 № 322-VIII // <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/322-08>

Стаття надійшла до редакції 06.03.2013

Г. А. Слабкий¹, В. А. Русняк, С. В. Истомин²

¹Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

²Украинский институт стратегических исследований Украины

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА УКРАИНЫ ПО ВОПРОСАМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Представлено анализ законодательства Украины по вопросам здравоохранения. Показано, что нормативно-правовая база здравоохранения состоит из пяти групп нормативно-правовых актов: Конституция Украины; Основы законодательства Украины о здравоохранении; специальные законы в отдельных сферах медицинской деятельности; отраслевые кодексы, которые содержат общин нормы, которые используются в здравоохранении; акты центральных и местных органов государственной исполнительной власти.

Ключевые слова: законодательство Украины, здравоохранение

G. A. Slabkiy¹, V. A. Rusnyak, S. V. Istomin²

¹*Donetsk National Medical University. Gorky*

²*Ukrainian Institute for Strategic Studies of Ukraine*

GENERAL CHARACTERISTICS OF THE LAW OF UKRAINE ON HEALTH

Presented analysis of Ukrainian legislation on health issues. It is shown that the regulatory framework of health consists of five groups of regulations: the Constitution of Ukraine, Fundamentals of Legislation on health care, and special laws in certain areas of medical practice, industry codes that include community norms that are used in health care, and acts of the central local bodies of executive power.

Keywords: Ukrainian legislation, health care

Г. О. Слабкий¹, Г. В. Шпак², П. В. Лисенко²

¹Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

²Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України

ВПЛИВ ЗАКОНОДАВСТВА УКРАЇНИ НА ПОДОЛАННЯ ДЕФІЦИТУ МЕДИЧНИХ КАДРІВ, ПІДВИЩЕННЯ ЇХ КВАЛІФІКАЦІЇ ТА ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Наведено аналіз можливого впливу законодавства України на подолання дефіциту медичних кадрів, підвищення їх кваліфікації та якості медичної допомоги

Ключові слова: законодавство, медичні кадри, якість медичної допомоги

Мета роботи: проаналізувати законодавчу базу України з питань кадрового забезпечення системи охорони здоров'я України та підвищення якості медичної допомоги.

Матеріали та методи, що використані під час виконання роботи: законодавча база України з питань кадрового забезпечення системи охорони здоров'я України та підвищення якості медичної допомоги проаналізована за допомогою контент - аналізу.

Результати та їх обговорення

Питання підготовки медичних кадрів регулюються положеннями Закону України «Про вищу освіту» [1] і підзаконними нормативно-правовими актами МОН та МОН України.

Незважаючи на формально достатню кількість випускників медичних ВНЗ (щорічно дипломи лікарів в Україні отримують тисячі випускників), вакантними залишається значна кількість посад лікарів (біля 75 000 медпрацівників).

За підрахунками фахівців, для ліквідації цього дефіциту знадобиться понад вісім років. І це за умови, що всі випускники доїдуть до місця призначення.

Дефіцит медичних кадрів особливо відчутний у сільській місцевості.

Для вирішення зазначеної проблеми необхідно збільшити держзамовлення. На сьогодні співвідношення студентів, які навчаються за державним замовленням та на умовах контракту, має становити відповідно 51 і 49%. Це регламентується Законом України «Про вищу освіту» та чинними нормативно-правовими актами Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України. Слід залучати різні джерела фінансування підготовки кадрів – кошти місцевих бюджетів, юридичних та фізичних осіб. Серед фахівців обговорюється пропозиція щодо доцільності скорочення терміну навчання в університеті для найкращих випускників медичних коледжів, зараховуючи їх на 2–3 курс.

Основні причини небажання працювати біль-

шості випускників обумовлюється не бажанням працювати в сільських регіонах через брак житла, нерозвинену інфраструктуру, безперспективність їх професійного росту в медичній сфері і мізерну зарплату молодих лікарів (заробітна плата медичного працівника найнижча серед зарплат працівників усіх галузей).

Для подолання цієї проблеми у світі є відпрацьована модель, так звана система грантів. Замовник кадрів укладає з абітурієнтом договір, згідно з яким після закінчення ВНЗ молодий спеціаліст зобов'язується певний час відпрацювати у лікувальному закладі. Якщо ні – змушений буде повернути гроші, витрачені на його навчання.

Загроза стягнення державних коштів за навчання буде дієвим стимулом для молодих спеціалістів, щоб звільнитися з роботи під різними приводами, не відпрацювавши визначеного законодавством мінімального терміну (3–5 років).

Слід враховувати, що за своїм потенціалом мережа вітчизняних медуніверситетів повною мірою може забезпечити підготовку кадрів, необхідних системі охорони здоров'я країни. Однак для подолання кадрового дефіциту держава повинна здійснити цілу низку заходів: оптимізувати мережу медзакладів, зменшити фінансові бар'єри на шляху до необхідних медпослуг, надавати преференції медикам, котрі працюють у сільській місцевості.

Заслугує підтримки існуюча практика окремих медуніверситетів країни щодо цільової підготовки лікарів за кошти місцевих бюджетів, а також підготовки лікарів загальної практики/сімейної медицини та фахівців дефіцитних спеціальностей – лікарів швидкої допомоги, фтизіатрів, дільничних терапевтів і педіатрів для Києва, Київської та Житомирської областей [2]. Вважаємо, що така практика має поширюватися.

Водночас, без удосконалення діюча законодавча база не дозволяє ліквідувати дефіцит медичних кадрів, що передбачає добросовісне дотримання існуючих механізмів (належне матеріально-технічне забезпечення робочого міс-

ця, надання житла,) і створення додаткових стимулів (підвищена зарплата, обов'язкове відпрацювання за розподілом протягом не менше 3–5 років, додаткові місця в ординатуру, пільгове працевлаштування в керівні посади тощо).

Одна з основних проблем і завдань системи охорони здоров'я є питання якості медичної допомоги.

В умовах реформування галузі охорони здоров'я питання управління і оцінки якості та безпеки медичної допомоги населенню є одним з основних напрямів вітчизняної системи охорони здоров'я, поряд з підвищенням доступності медичних послуг і підвищенням ефективності державного фінансування.

Незважаючи на проголошені Конституцією України принципи, система охорони здоров'я не забезпечує рівного безоплатного доступу населення до якісних та безпечних медичних послуг, що виявляється в низькій якості медичних послуг і нерівному доступі до послуг охорони здоров'я. Свідченням низького рівня якості медичних послуг є те, що очікувана тривалість життя населення країни становить 69,3 року, що в середньому на 10 років нижча, ніж в країнах ЄС; коефіцієнт дитячої смертності в 2,5 рази вищий, ніж у «старих» країнах ЄС; рівень передчасної смертності втричі перевищує показник ЄС, рівень смертності від туберкульозу – в 20 разів вищий. Нерівність у доступі до послуг охорони здоров'я підтверджується тим, що у бідних верств населення відсутня можливість одержання необхідної медичної допомоги; наявність відомчої медицини з обмеженим доступом ускладнює досягнення мети рівного доступу; існують диспропорції у доступі до медичних послуг міських і сільських мешканців; високим є тягар особистих витрат населення на послуги охорони здоров'я – витрати населення сягають майже половини загального обсягу фінансування галузі – 42,5% у 2008 р. і здійснюються безпосередньо під час одержання медичних послуг.

Загальновизнано, що значна кількість медичних втручань в країні здійснюється на рівні нижчому за передбачуваний, значна частка клінічних процедур недоцільна та нерентабельна. В середньому 20–30 % медичних втручань є неефективними (або непотрібними чи шкідливими). Встановлено великі розбіжності в результатах медичної допомоги як між регіонами країни, так і між окремими закладами та лікарями.

Якісною медичною допомогою вважається обслуговування, заради якого ресурси організуються таким чином, щоб максимально ефективно і безпечно задовольняти потреби тих, хто потребує допомоги, проводити профілактику і лікування без зайвих витрат, відповідно до вимог та можливостей сучасного рівня розвитку науки.

Нормативно якість медичної допомоги визнається як належне (відповідно до стандартів, клінічних протоколів) проведення всіх заходів,

які є безпечними, раціональними з точки зору коштів, що використовуються в даному суспільстві, і впливають на смертність, захворюваність, інвалідність [3].

Слід виділити чотири сфери вирішення проблеми якості медичної допомоги: 1) у сфері підвищення доступності медичних послуг; 2) підвищення якості медичних послуг; 3) створення економічної мотивації для підвищення якості медичного обслуговування; 4) забезпечення ефективного використання бюджетних коштів.

До основних способів розв'язання проблеми у сфері підвищення доступності медичних послуг слід віднести:

а) чітке структурне розмежування первинного, вторинного й третинного рівнів медичної допомоги;

б) структурну перебудову системи медичної допомоги шляхом створення центрів первинної медико-санітарної допомоги; оптимізацію вторинної медичної допомоги з диференціацією закладів охорони здоров'я за інтенсивністю медичної допомоги на лікарні інтенсивної допомоги, лікарні планового, відновного лікування, медико-соціальної допомоги, хоспіси зі створенням госпітальних округів; вдосконалення системи екстреної медичної допомоги; високоспеціалізованих центрів, університетських клінік;

в) розвиток інституту сімейного лікаря на основі зміцнення ролі первинної медичної допомоги, прийняття нормативно-правових актів щодо порядку направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я, що надають відповідний вид медичної допомоги, щодо порядку реалізації права вибору пацієнтом лікаря первинної медичної (медико-санітарної) допомоги;

г) підтримка розвитку приватного сектору медичних послуг, забезпечення доступу до державного фінансування на конкурсній основі;

д) прийняття законів України «Про особливості діяльності закладів охорони здоров'я», «Про загальнодержавну систему надання екстреної медичної допомоги».

У сфері підвищення якості медичної допомоги доцільно:

а) створення ефективної системи стандартизації медичних послуг, розроблення та впровадження нормативно-правових актів щодо медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) надання медичної медико-санітарної допомоги на засадах доказової медицини з дотриманням принципу мультидисциплінарного складу робочих груп, розробка формулярів лікарських засобів для різних видів медико-санітарної допомоги;

б) перехід до закупівлі державою послуг у закладів охорони здоров'я на контрактній основі (на первинному рівні – оплата за кількість осіб, які мешкають у межах певної території; на вторинному, третинному – залежно від обсягів, структури і якості наданої медичної допомоги);

в) розроблення та впровадження системи ін-

дикаторів якості роботи медичних закладів;

г) удосконалення критеріїв ліцензування медичної практики та критеріїв акредитації закладів охорони здоров'я;

д) створення незалежних центрів оцінювання відповідності медичної практики ліцензійним вимогам, закладів охорони здоров'я – акредитаційним вимогам;

е) розроблення та затвердження критеріїв формування госпітальних округів;

є) розроблення та затвердження нормативно-правових актів (примірних положень) для лікарні інтенсивного лікування, лікарні планового лікування, лікарні відновного лікування, хоспісу, лікарні медико-соціальної допомоги, центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги, дитячої міської лікарні;

У сфері створення економічної мотивації для підвищення якості медичного обслуговування:

а) створення економічної мотивації для покращення якості медичних послуг, зокрема шляхом зміни оплати праці працівників галузі охорони здоров'я за рахунок виділення двох складових: постійної (на основі єдиної тарифної сітки), змінної – залежно від обсягу і якості наданої медичної допомоги;

б) розроблення та внесення проекту акта щодо вдосконалення умов оплати праці працівників галузі охорони здоров'я;

У сфері забезпечення ефективного використання бюджетних коштів:

а) скорочення багаторівневої системи фінансування на основі об'єднання фінансових ресурсів: для первинної медико-санітарної допомоги – на районному й міському рівнях, для вторинної й

третинної – на обласному (для державних спеціалізованих центрів і клінік НДІ – на державному);

б) підвищення частки первинної медичної допомоги в загальному обсязі фінансування медичних послуг, стимулювання проведення профілактичних заходів;

в) розроблення та внесення проекту акта щодо запровадження у системі охорони здоров'я програмно-цільового методу у бюджетному процесі;

г) формування системи єдиних економічно обґрунтованих тарифів на медичні послуги, виходячи з яких будуть фінансуватися медичні заклади, переходу від кошторисного фінансування до самостійного перерозподілу коштів;

д) запровадження закупівлі медичних послуг;

е) перехід до міжвідомчих і міжсекторальних програм формування здорового способу життя й програм здорових умов праці, створення стимулів та умов для здорового способу життя населення за допомогою розвитку інфраструктури для занять масовим спортом та активного відпочинку [4].

Висновки

Наведений аналіз свідчить, що діюча законодавча база не дозволяє забезпечити підвищення кваліфікації медичних кадрів і якість медичної допомоги, що вимагає удосконалення чинного законодавства з урахуванням сучасних критеріїв доступності медичних послуг, якості медичних послуг, запровадження механізмів економічної мотивації для підвищення якості медичного обслуговування і забезпечення ефективного використання бюджетних коштів.

Список літератури

1. Закон України «Про вищу освіту» від 17.01.2002 № 2984-III // <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2984-14>
2. Скрипник О. Хто нас завтра лікуватиме // «Дзеркало тижня. Україна» 2011. – №. 11 // <http://www.amnu.gov.ua/Default.asp?T=1&MID=1&JID=439&NID=502>
3. Наказ МОЗ України від 26.03.2009 №189 «Про порядок контролю та управління якістю медичної допомоги» // <http://mozdocs.kiev.ua/view.php?i>
4. Проект Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 р. // http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20110707_0.html

Стаття надійшла до редакції 06.03.2013

Г. А. Слабкий¹, Г. В. Шпак², П. В. Лисенко²

¹Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

²Украинский институт стратегических исследований Украины

ВЛИЯНИЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА УКРАИНЫ НА ЛИКВИДАЦИЮ ДЕФИЦИТА МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ, ПОВЫШЕНИЕ ИХ КВАЛИФИКАЦИИ И КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Представлен анализ возможности влияния законодательства Украины на ликвидацию дефицита медицинских кадров, повышение их квалификации и качества медицинской помощи

Ключевые слова: законодательство, медицинские кадры, качество медицинской помощи.

G. A. Slabkiy¹, G. V. Shpak², P. V. Lisenko²

¹*Donetsk National Medical University, Gorky*

²*Ukrainian Institute for Strategic Studies of Ukraine*

EFFECT OF UKRAINIAN LEGISLATION TO ELIMINATE SCARCITY OF HEALTH WORKERS, IMPROVING THEIR SKILLS AND QUALITY OF CARE

An analysis of the ability to influence the Ukrainian legislation to eliminate the scarcity of health workers, improving their skills and quality of care

Keywords: legislation, medical personnel, the quality of medical care.

І. М. Солоненко¹, О. І. Ушакова²

¹ДУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини Державного управління справами»

²Національна академія державного управління при Президентові України

УДОСКОНАЛЕННЯ ДІЯЛЬНОСТІ МІСЦЕВИХ ОРГАНІВ ВЛАДИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

У статті обґрунтовано засади договірної моделі управління та фінансування у сфері охорони здоров'я, що базується на принципі розмежування функцій замовника і постачальника медичних послуг та умови для їх впровадження на рівні окремої адміністративної території. Визначені підходи до впровадження моделі розмежування замовника та постачальників медичних послуг, розвитку відповідної адміністративної інфраструктури, формування стратегічних цілей замовника (органу місцевої влади) щодо закупівлі медичних послуг відповідно до потреб територіальної громади.

Ключові слова: розмежування замовника і постачальника медичних послуг, роль органів місцевої влади, адміністративна інфраструктура покупця медичної допомоги, укладання договорів, закупівля медичних послуг органами місцевої влади.

Значну роль у покращенні доступу та підвищенні якості послуг територіальній громаді з охорони здоров'я відіграють місцеві органи державного управління та органи місцевого самоврядування. Це зумовлено можливістю організувати надання послуг відповідно до потреб окремої територіальної громади, враховуючи демографічну структуру населення, особливості виробничої сфери та довкілля, медико-соціального стану, розвитку соціальної інфраструктури, включаючи й охорону здоров'я. Проблема організації діяльності органів місцевої влади з охорони здоров'я та медичного забезпечення територіальних громад зумовлена традиційною інтегрованою моделлю управління, обмеженим ресурсним забезпеченням, відсутністю механізмів економічної мотивації діяльності закладів охорони здоров'я та їх недостатньо розвиненою мережею.

Перехід від інтегрованої моделі управління соціальною сферою, загалом, і охороною здоров'я, зокрема, до моделі договірних відносин здійснений у більшості розвинених країн світу [5]. Проблемі розмежування замовника і постачальника та укладання контрактів на закупівлю медичних послуг присвячені наукові праці Т. С. Грузевої, В. М. Лехан, А. С. Малагардіса, В. Ф. Москаленка, В. М. Рудого, О. К. Толстанова, О. М. Торбаса, І. М. Солоненка та інших дослідників [1–5, 7–9]. Окремі вітчизняні і зарубіжні експерти акцентують увагу на неспроможності чинної інтегрованої моделі, що базується на поєднанні функцій управління і фінансування сфери охорони здоров'я єдиним суб'єктом, якими є органи місцевої влади. Вітчизняні науковці В. М. Лехан та В. М. Рудий пов'язують реформування системи охорони здоров'я в Україні саме з еволюцією органів місцевої влади від утримання сфери охорони здоров'я до формування стратегічного замовника послуг в інтересах територіальної громади, автономізації

єю закладів охорони здоров'я та запровадженням договірних відносин між розпорядником коштів державного і місцевого бюджетів та постачальниками послуг, що дасть змогу реалізувати конституційні права громадян на охорону здоров'я та медичне забезпечення.

Метою роботи було обґрунтувати місце та роль діяльності органів державного управління та місцевого самоврядування як замовників послуг територіальній громаді з охорони здоров'я в процесі становлення договірної управлінської моделі в Україні.

Методи дослідження

Методологічною базою дослідження є сучасні теоретичні розробки вітчизняних і зарубіжних учених з проблем державного управління та місцевого самоврядування; загальнонаукові принципи пізнання суспільних явищ; системний, міждисциплінарний, інституціональний, організаційно-синергетичний та структурно-функціональний підходи. Методи системного й структурно-функціонального аналізу дали змогу дослідити структурно-морфологічні особливості діяльності органів місцевої влади з охорони громадського здоров'я, еволюцію їх організаційної структури та функціональне навантаження.

Результати та обговорення

Розмежування замовника та постачальників медичних послуг у принципі можливе як в умовах моделі, що передбачає фінансування системи охорони здоров'я за рахунок загальних податків, так і в умовах загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування. На основі зарубіжного досвіду, набутого в системах страхування здоров'я, було запропоновано наступні аргументи

для обґрунтування запровадження контрактного підходу, або моделі внутрішнього ринку, у системах охорони здоров'я, що фінансуються із загальних податків: сприяння децентралізації управління, покращення діяльності постачальників медичних послуг, покращення планування служб охорони здоров'я і надання медичної допомоги. У ролі покупця медичної допомоги в цьому випадку виступають органи місцевої влади, що передбачає кардинальні зміни характеру їх діяльності. Вони діють у рамках державної політики в галузі охорони здоров'я, яку розробляють і здійснюють органи державного управління на центральному і регіональному рівнях. Центральним елементом такої політики є забезпечення макrorівноваги в системі, або збалансованості державних зобов'язань стосовно надання медичної допомоги населенню з наявними фінансовими ресурсами [6, 9]. Основні завдання державних замовників медичних послуг в особі органів державного управління, місцевого самоврядування або фондів соціального медичного страхування в основному тотожні. Незалежно від того, яка система відшкодування вартості послуг застосовується, обом типам замовників для задоволення потреб своїх споживачів у медичному обслуговуванні доцільно й необхідно використовувати договірні відносини з постачальниками медичних послуг. Якщо мова йде про споживачів органу місцевого самоврядування – це мешканці відповідного району, якщо про споживачів фонду – це застраховані особи. Як тільки будуть прийняті політичні рішення щодо впровадження обов'язкового медичного страхування, місцеві органи охорони здоров'я можуть бути інтегровані у фонд обов'язкового медичного страхування. Таким чином, досвід із впровадження механізмів фінансування охорони здоров'я за допомогою контрактів буде відігравати ключову роль для майбутніх реформ системи охорони здоров'я в Україні. Важливим кроком для органу місцевої влади є планування послуг територіальній громаді з охорони здоров'я та організація постачальників як юридичних осіб, навіть якщо вони залишаються в державній власності або у власності органів місцевого самоврядування. Розмежування цих функцій необхідне для запровадження контрактних відносин у сфері охорони здоров'я.

Місцеві органи управління охороною здоров'я, що є підрозділами (на обласному, районному або міському рівнях) державних адміністрацій, діють як замовники (платники) і виконують функцію первинного розподілу бюджетних коштів, а також забезпечують закупівлю відповідних послуг для територіальної громади. Бюджети доходів і витрат, штатний розпис покупця повинні ухвалюватися (на районному або міському рівні) державною адміністрацією. Управління (відділи) охорони здоров'я на районному або міському рівні – юридична особа і, як наслідок, має неза-

лежний баланс, зареєстровані рахунки в органах державного казначейства, печатку з державною символікою і своєю назвою [1–2, 7–9].

Водночас існують автономні місцеві постачальники медичних послуг з власним статутом і статусом юридичної особи, що діють як некомерційні медичні підприємства. Відповідно до положення про нього місцевий відділ охорони здоров'я фінансується переважно за рахунок державних бюджетних фондів. Його основна функція – управляти системою охорони здоров'я і укладати контракти із постачальниками медичних послуг [1–2, 7–9].

Управління (відділи) охорони здоров'я (на міському, районному або навіть обласному рівнях) стануть ключовими структурами у сфері охорони здоров'я і основними органами, що прийматимуть рішення щодо акредитації, фінансового розподілу, реструктуризації соціальної інфраструктури й моніторингу. Організація державного замовника у вигляді органу місцевої влади є важливим кроком, що прискорює запровадження ефективного фінансування і управління у сфері охорони здоров'я на рівні окремої адміністративної території.

Стратегічна мета державного замовника полягає в тому, щоб зосередитись на медичних потребах територіальної громади і гарантувати вільний доступ до послуг системи охорони здоров'я. Управління (відділ) охорони здоров'я органу місцевого самоврядування повинен зосередитись на якості та обсязі медичних послуг і гарантувати доступ усіх членів територіальної громади до необхідного медичного обслуговування. Він використовує контракт як інструмент, щоб фінансувати придбання медичних послуг в автономних постачальників і розподіляти фінансові кошти на місцевому рівні. Одним із завдань органу місцевої влади є поліпшення результатів діяльності сфери охорони здоров'я щодо їх доступності та якості. Він повинен гарантувати стабільність бюджету сфери охорони здоров'я й інформувати пацієнтів про медичні послуги та права пацієнтів.

Визначено концептуально-методологічні та організаційно-правові засади розмежування функцій управління й фінансування делегованих повноважень районних рад місцевим органам виконавчої влади як розпорядникам коштів державного і місцевого бюджетів, зокрема децентралізація управління постачальниками послуг з охорони здоров'я та запровадження ринкових відносин між ними. У цей час фінансування сфери охорони здоров'я здійснюється органом місцевого самоврядування на засадах утримування, що не передбачає механізмів економічної мотивації з покращення доступності та якості медичної допомоги, обґрунтованого стримування видатків на медичні послуги, зменшення їх собівартості, диференційованої оплати праці медичних працівників тощо (ст. 32 Закону України «Про місцеве

самоврядування в Україні»).

Визначено напрями розвитку функцій у діяльності органів місцевої влади щодо підвищення рівня забезпечення територіальної громади послугами з охорони здоров'я в рамках інноваційної функціональної моделі замовника послуг з охорони здоров'я, зокрема на рівні органу місцевого самоврядування. Це такі функції: залучення, акумулювання фінансових ресурсів та розробка бізнес-плану; вивчення та оцінка потреб територіальної громади з охорони здоров'я; реструктуризація постачальників послуг з охорони здоров'я на рівні адміністративного району; надання ресурсів постачальникам медичних послуг та їх розподіл серед цих постачальників; підготовка й укладання контрактів із постачальниками; впровадження інноваційних методів оплати послуг з охорони здоров'я; інформування громадськості та зв'язок з нею; моніторинг, оцінювання та менеджмент ефективності діяльності органу місцевого самоврядування у сфері охорони громадського здоров'я.

Обґрунтовано необхідність трансформації організаційно-правових засад закладів охорони здоров'я як постачальників послуг в автономні неприбуткові комунальні підприємства, що займають проміжне положення між бюджетними закладами державної або комунальної власності та приватними установами. Це можуть бути як окремі юридичні особи на певній адміністративній території (центральна територіальна лікарня, центр первинної медико-санітарної допомоги, госпітальний округ, служба екстреної медичної

допомоги, параклінічні служби тощо), так і їх корпоративні організаційно-правові форми.

Таким чином, обґрунтовано необхідність еволюції діяльності органів місцевої влади у сфері охорони здоров'я як розпорядника коштів державного і місцевого бюджетів від функцій управління та фінансування інфраструктури охорони здоров'я до функції стратегічного замовника послуг відповідно до потреб територіальної громади, діяльність якого спрямована на зменшення захворюваності, інвалідності, смертності та збільшення середньої очікуваної тривалості життя.

Висновки

Сучасна модель діяльності органів місцевої влади, що базується на одночасному управлінні та фінансуванні інфраструктури охорони здоров'я, не відповідає суспільним потребам та не забезпечує територіальні громади необхідними послугами. Еволюція органів державного управління та місцевого самоврядування від утримання інфраструктури охорони здоров'я до розмежування замовника та постачальника послуг, а також запровадження договірних відносин між ними дасть змогу істотно покращити доступ та якість послуг з охорони здоров'я на рівні окремих територій. В подальшому необхідно обґрунтувати організаційно-правові механізми еволюції органів місцевої влади в стратегічного замовника послуг територіальній громаді з охорони здоров'я, а також підходи до визначення суспільних потреб стосовно вказаних послуг та їх планування.

Список літератури

1. Грузева Т. С. Забезпечення рівності і справедливості в охороні здоров'я – стратегічна мета нової європейської політики «Здоров'я–2020». – Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. – № 2–3 (18–19). – С. 87–91.
2. Малагардіс А., Рудий В. Стратегія реформи фінансування та управління у системі охорони здоров'я в Україні. – К.: Проект ЄС «Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні», 2006. – 48 с.
3. Москаленко В. Ф. Принципи побудови оптимальної системи охорони здоров'я: український контекст: монографія. – К.: «Книга плюс», 2008. – 320 с.
4. Москаленко В. Ф. Здоровье и здравоохранение : ключевые императивы: монография. – К.: ВД «Авіцена», 2011. – 256 с.
5. Солоненко Н. Економіка охорони здоров'я: навч. посіб. – К.: Вид-во Національної академії державного управління при Президенті України, 2005. – 416 с.
6. Торбас О. М. Розвиток організаційно-правових засад місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я / О. М. Торбас // Економіка та держава. – 2010. – № 2. – С. 35–42.
7. Удосконалення організаційно-правових засад збереження і розвитку трудового потенціалу України: інноваційна модель оцінки і збереження трудових людських ресурсів : метод. реком. / За ред. І. М. Солоненка. – К. : Національна академія державного управління при Президенті України, 2009. – 62 с.
8. Удосконалення організаційно-правових засад місцевого самоврядування в галузі охорони здоров'я: метод. реком. / За ред. І. М. Солоненка. – К.: Національна академія державного управління при Президенті України, 2008. – 40 с.
9. Управління підприємницькою діяльністю в галузі охорони здоров'я : кол. монографія / За ред. О. В. Баєвої та І. М. Солоненка. – К.: МАУП, 2007. – 374 с.

Стаття надійшла до редакції 11.03.2013

И. Н. Солоненко¹, О. И. Ушакова²

¹ГУ «Научно-практический центр профилактической и клинической медицины Государственного управления делами»

²Национальная академия государственного управления при Президенте Украины

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕСТНЫХ ОРГАНОВ ВЛАСТИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В статье изложены основы договорной модели управления и финансирования в системе здравоохранения, основанной на принципе разграничения функций заказчика и поставщика медицинских услуг и условия для их внедрения на уровне местного самоуправления. Обсуждаются подходы к обеспечению разграничения заказчика и поставщика медицинских услуг, меры, которые должны быть приняты с целью создания соответствующей административной инфраструктуры, определение стратегических целей заказчика – органа местной власти – в сфере закупки медицинских услуг.

Ключевые слова: разграничение заказчика и поставщика медицинских услуг, роль органов местной власти, административная инфраструктура покупателя медицинской помощи, заключение договоров, закупка медицинских услуг органами местной власти.

I. M. Solonenko¹, O. I. Ushakova²

¹State Scientific Institution “Scientific-Practical Center of Preventive and Clinical Medicine, the State Administration”

²National Academy of Public Administration, Office of the President of Ukraine

ORGANISING ACTIVITIES OF LOCAL SELF-GOVERNING AUTHORITIES IN PUBLIC HEALTH

Principles which used at the contracting about the purchase of medical services between separate units of buyers and providers of these services on community level are expounded in the article. The article contains recommendations about process of contracting the government purchase of medical services more successful and effective, how to attain balance and consensus between interests of contractual sides. The question is about the approaches of purchaser/provider split, measures, which must be used with the purpose of creation of the proper administrative infrastructure, determination of strategic aims of state customer in the field of purchase of medical services.

Keywords: purchaser/provider split, local self-government organs role, health services purchaser’s administrative infrastructures, contracting, purchasing of health services by local government.

Я. Ю. Фершал

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

ОЦІНКА СТАНУ АМБУЛАТОРНОЇ ПЕДІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЛІКАРЯМИ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ ТА ЇХ СТАВЛЕННЯ ДО РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Соціологічне дослідження серед лікарів педіатрів та лікарів загальної практики/сімейних лікарів щодо оцінки сучасного стану первинної педіатричної допомоги не виявило суттєвих відмінностей.

Ключові слова: лікар-педіатр, сімейний лікар, первинна педіатрична допомога, сімейна медицина.

Розвиток первинної медико-санітарної допомоги на принципах загальної практики/сімейної медицини є основним напрямком реформи національної системи охорони здоров'я, яка спрямована, передусім, для підвищення якості медичної допомоги [1, 2]. Охорона здоров'я дітей, яка є стратегічним напрямком в світі [3], залишається пріоритетним напрямком і в Україні, адже один з основних її інтегральних показників – малюкова смертність, незважаючи на поступове зниження її рівня, залишається значно вищим в Україні, ніж в країнах Європейського союзу. Аналіз основних показників здоров'я дітей в Україні за роки незалежності засвідчив ряд негативних тенденцій та повільну динаміку їх покращання. Сьогодні Україна переживає і глибоку демографічну кризу. Народжуваність залишається низькою, в 1,3 рази нижча за смертність населення, показник народжуваності в країні є нижчим за межу простого відтворення населення, необхідного для підтримки стабільної кількості працездатного населення [4].

В сформованих умовах зростає потреба в покращенні медичних послуг дитячому населенню, перш за все на первинному рівні. Педіатрична служба, яка народилася і досягла розквіту у радянські часи, сьогодні переживає складні часи. Основний час професійної діяльності дільничного педіатра присвячений лікуванню захворювань, недостатньо уваги приділяється профілактичному напрямку роботи. Зміни в суспільстві сформували нові контингенти серед батьків і дітей, які потребують зовсім інші, з суттєво розширеним колом завдань, підході при їх медичному обслуговуванні на первинному рівні. Ранній початок статевого життя, поширення відхилень в поведінці, соціальних захворювань, вживання різноманітних психоактивних речовин, наявність «складних життєвих обставин» – все це викликає необхідність використання в професійній діяльності лікаря первинної ланки окрім традиційних превентивних функцій і зовсім нових, зо-

крема формування у дітей потреби у здоровому стилі життя, заходів, спрямованих на їх правовий захист тощо. Вирішення цих питань вимагає від лікаря, крім високого рівня професійної підготовки, вміння будувати взаємини з різними категоріями пацієнтів, володіти різними стилями спілкування, обирати ефективні прийоми впливу на пацієнтів з урахуванням їхніх вікових, статевих, психологічних особливостей тощо. Брак кадрів та «постаріння» основного кадрового педіатричного складу – головні проблеми сучасної педіатричної служби, зокрема первинної. Перевантаженість, низький рівень заробітної плати, відсутність будь яких мотивацій, велика відповідальність – основні причини того, що молоді фахівці не йдуть працювати на педіатричну дільницю. Зрозуміло, що в зазначеному стані служба не в змозі ефективно вирішувати сучасні медичні проблеми дитячого населення.

Згідно до основного напрямку реформи національної системи охорони здоров'я – переходу первинної ланці на засади загальної практики/сімейної медицини, з 2020 року первинну медичну педіатричну допомогу надаватиме сімейний лікар. Сьогодні дуже гостро обговорюються всі проблемні питання навколо перебудови первинної ланки. Попри що в цілому стратегічні напрямки реформи визначені [5, 6], питання переходу надання первинної педіатричної допомоги на засади сімейної медицини залишається найбільш дискусійним, дуже суперечливим та недостатньо зрозумілим, як для медичних працівників, так і для населення. На теперішній час в багатьох медичних колах розповсюджується і підтримується думка, що перехід надання первинної педіатричної допомоги на засади сімейної медицини призведе до погіршення стану здоров'я українських дітей. Питання визначення найбільш ефективної моделі організації первинної педіатричної допомоги, незважаючи на позитивний досвід розвитку сімейної медицини в багатьох розвинутих країнах, постійно знаходиться у центрі уваги за-

кордонних науковців [7, 8]. В Україні ж відповідь щодо доцільності організації медичного обслуговування дитячого населення сімейними лікарями в більшості базується на рівні дискусії, думці окремих видатних фахівців з педіатрії, а не наукового обґрунтування.

Адже, процес реформування первинної ланки безпосередньо стосується медичних працівників. Тому позитивне ставлення, прихильність останніх до процесу перетворень, високий рівень компетентності основних нормативних документів з питань реформування є дуже важливими умовами цього процесу. Вашій увазі надаються результати соціологічного дослідження серед лікарів педіатрів та сімейних лікарів щодо оцінки стану педіатричної первинної допомоги та їх ставлення до сімейної медицини, яке проводилося в рамках наукової роботи.

Мета дослідження: вивчення точки зору лікарів-педіатрів та в порівнянні точки зору сімейних лікарів щодо стану сучасної первинної педіатричної допомоги та їх ставлення до реформування первинної ланки.

Матеріали та методи дослідження

За розробленими анонімними анкетами проведено соціологічне дослідження. Анкети складені з 3 частин: перша містить питання щодо віку, статі, фаху, місця роботи, стажу роботи, кваліфікаційної категорії, отриманого фаху по закінченню ВНЗ. Другу частину анкети склали питання, які спрямовані на визначення якості та доступності первинної педіатричної допомоги, третю – питання щодо ставлення до сімейної медицини, зокрема – до обслуговування сімейними лікарями дитячого населення тощо.

Об'єктом дослідження явилися лікарі первинної ланки, лікарі-педіатри та сімейні лікарі, які склали дві основні групи респондентів. В кожній групі сформувалися по дві підгрупи: першу групу склали лікарі-педіатри, які працюють в містах, зокрема в обласному центрі та лікарі-педіатри, які працюють в сільській місцевості. В другу групу увійшли лікарі загальної практики/сімейні лікарі, серед останніх також сформувалися дві підгрупи: які надають медичну допомогу дітям та ні. Респонденти першої підгрупи, тобто які не надають медичну допомогу дитячому населенню – 100% працюють в містах. сімейні лікарі / лікарі загальної практики, які надають медичну допомогу дітям працюють в переважній кількості в сільській місцевості.

Результати та обговорення

Слід зазначити, що 67% сімейних лікарів – учасників дослідження, які надають медичну допомогу дітям, працюють в Михайлівському районі Запорізької області, в якому з 2002 року

реалізований пілотний регіональний проект по впровадженню сімейної медицини і завдяки якому район став учасником проекту Євросоюзу з розвитку сімейної медицини. В цій місцевості первинна ланка повністю переведена на засади сімейної медицини, все дитяче населення з народження отримує медичну допомогу у лікарів загальної практики та сімейних лікарів. За результатами дослідження встановлено наступне. В соціологічному дослідженні прийняли участь 394 лікарів первинної ланки, з них 286 лікарів – педіатрів та 108 лікарів загальної практики/сімейної медицини.

Середній вік опитаних в обох основних групах респондентів склав 51–60 років ($72,6 \pm 2,24\%$). Переважна кількість респондентів є жінки ($96,9 \pm 0,86\%$). Більшість серед лікарів-педіатрів мають першу і вищу кваліфікаційну категорію ($87,6 \pm 1,94\%$). Серед сімейних лікарів переважна кількість фахівців має другу та першу кваліфікаційну категорію ($70,3 \pm 4,39\%$). $87,7 \pm 1,94\%$ педіатрів мають базову медичну освіту за фахом «Педіатрія» та стаж роботи більше 10 років. Серед сімейних лікарів більшість отримала базову медичну освіту за фахом «Терапія» та «Педіатрія» – $65,7 \pm 4,56\%$, значно менше за фахом «Загальна практика/сімейна медицина» та працюють за спеціальністю «Загальна практика/сімейна медицина» в середньому від 5 до 10 років. Серед лікарів-педіатрів $83,5 \pm 2,19\%$ респондентів працює в містах, $16,5 \pm 2,19\%$ – в сільській місцевості. Серед лікарів загальної практики/сімейної медицини майже 50% респондентів працює в сільській місцевості, з них – $90,4 \pm 2,83\%$ обслуговують дитяче населення, зокрема $48,7 \pm 4,81\%$ з останніх надає медичну допомогу дітям з народження. Кількість обслуговуваного дитячого населення, як у лікарів-педіатрів, так і у сімейних лікарів в більшості відповідає нормативним показникам. Більшість з обох груп респондентів працює постійно з медичною сестрою – $79,3 \pm 2,04\%$.

При визначенні думки лікарів щодо якості первинної педіатричної медичної допомоги з'ясувалося наступне. Значна кількість респондентів обох груп вважає, що приміщенні для прийому є достатньо зручним для пацієнтів, відповідно $72,2 \pm 2,64\%$ в першій групі та $70,3 \pm 4,39\%$ в другій. Обслуговування вдома хворих дітей є доступним з точки зору $92,2 \pm 4,39\%$ педіатрів та 100% респондентів другої підгрупи сімейних лікарів, тобто тих, які обслуговують дитяче населення. Свій графік роботи вважають достатньо зручним $76,2 \pm 2,51\%$ лікарів – педіатрів та $79,4 \pm 3,89\%$ сімейних лікарів. Переважна кількість опитаних – $89,3 \pm 1,55\%$ лікарів зазначили можливість пацієнтів дитячого віку отримувати невідкладну допомогу завжди, коли це потрібно в обох групах без суттєвої різниці, але найменший відсоток серед першої групи склали лікарі-педіатри, які працюють в сільській місцевості. $83,2 \pm 2,21\%$

лікарів-педіатрів та $84,4 \pm 3,49\%$ сімейних лікарів засвідчує, що завжди використовують в роботі протоколи з надання медичної допомоги дітям, затвердженні МОЗ України. $22,3 \pm 2,46\%$ серед респондентів-педіатрів та $20,5 \pm 3,88\%$ сімейних лікарів зазначили, що використовують в повсякденній практиці формуляр лікарських засобів. $85,3 \pm 2,09\%$ лікарів-педіатрів зазначає наявність у них необхідного обладнання для прийому дітей раннього віку [9] та $79,4 \pm 3,89\%$ сімейних лікарів, які надають медичну допомогу дітям.

Загальна задоволеність якістю первинної педіатричної допомоги батьками, за думкою лікарів, розподілилася майже однаково: в першій групі серед респондентів, з точки зору яких, батьки «задоволені» та «більш задоволені, чим ні» $41 \pm 2,90\%$, в другій, відповідно, $59 \pm 4,73\%$. Цікаво, педіатри, які мешкають в містах, зазначили більше «задоволених» та «більш задоволених, чим ні» якістю первинної педіатричної допомоги батьків – $53,3 \pm 2,95\%$, а які працюють в сільській місцевості «задоволених» зазначили значно менше – $28,3 \pm 2,67\%$.

Серед основних причин, за якими молоді фахівці не бажають працювати в первинній ланці, лікарі-педіатри виділяють: низький рівень заробітної плати, надмірну завантаженість та велику відповідальність. Серед сімейних лікарів більшість зазначили наступні причини: низький рівень заробітної плати, необхідність працювати 24 години на добу, велику відповідальність.

Серед опитаних педіатрів $78 \pm 2,44\%$ оцінили сучасний стан первинної педіатричної допомоги в Україні як такий, що потребує покращення і серед основних заходів, спрямованих на його покращення зазначають: збільшення фінансування галузі; підвищення заробітної плати медичним працівникам; посилення контролю з боку керівництва; підвищення кваліфікаційних вимог та удосконалення процедури атестації лікарів-педіатрів. $6,5 \pm 1,45\%$ лікарів – педіатрів оцінили сучасний стан первинної педіатричної допомоги в Україні як такий, що потребує кардинальних змін. $15,5 \pm 2,14\%$ фахівців вважає, що сучасний стан первинної медичної допомоги є задовільним та цілком здатним вирішувати медичні проблеми дитячого населення України. Цікавим є факт, що усі респонденти з цієї групи мають вік 61 рік і більше.

Своє ставлення до сімейної медицини $73 \pm 2,62\%$ педіатрів відзначили, як негативне, $10,1 \pm 1,78\%$ – як позитивне, $16,9 \pm 2,21\%$ – не змогли визначитись. Переважна більшість респондентів-педіатрів вказали вік, з якого, на їх думку, сімейний лікар може надавати дітям медичну допомогу – це з 14 років, остання частка – $20,2 \pm 2,37\%$ зазначили, що взагалі не може. Основна перешкода, яка, на погляд педіатрів, заважає сімейному лікарю надавати медичну допомогу дітям інших вікових груп – це недо-

статній рівень знань та вмінь у сімейних лікарів ($86,1 \pm 2,04\%$). При тому, всі педіатри зазначили, що в перші роки самостійної праці відчували недостатню впевненість в роботі з новонародженими та дітьми раннього віку.

Ставлення сімейних лікарів щодо переходу до сімейної медицини наступне: позитивне – $58,3 \pm 4,74\%$, негативне – $14,8 \pm 3,41\%$ та не визначилися – $26,9 \pm 4,26\%$. Найбільш оптимальний вік дитини, з якого треба спостерігати дитину, переважна більшість сімейних лікарів вказали, – з 3 років ($62,8 \pm 4,65\%$).

Інформацію про хід реформування галузі $78,8 \pm 2,41\%$ респондентів-педіатрів отримують через засоби масової інформації, $34,1 \pm 2,8\%$ педіатрів вказують, що питання реформування (зокрема нормативні документи) обговорюються в лікувально-профілактичному закладі, $6,0 \pm 1,40\%$ педіатрів зазначили, що вивчають зазначені документи самостійно. Серед питань, які на теперішній час найбільш турбують педіатрів і формують їх негативне ставлення до процесу реформування, це: вірогідність залишитися без роботи $95,0 \pm 1,28\%$, страх перед наступним перенавчанням $67 \pm 2,78\%$, погіршення якості медичної допомоги дітям у зв'язку з переходом на засади сімейної медицини $52 \pm 2,95\%$. Своє бажання до перенавчання на сімейного лікаря висловили $24,1 \pm 2,52\%$ опитаних педіатрів.

Серед сімейних лікарів, які на теперішній час не надають медичну допомогу дітям переважна кількість ($87,9 \pm 3,13\%$) зазначили не готовність до надання педіатричної допомоги та потрібність в поновлюванні знань з питань педіатрії в подальшому, коли вони перейдуть до надання цієї допомоги. $24,8 \pm 4,15\%$ респондентів даної підгрупи зазначили, що постійно цікавляться актуальними питаннями педіатрії.

Висновки

В оцінці сучасного стану первинної педіатричної допомоги лікарів-педіатрів та сімейних лікарів не виявлено суттєвих відмінностей.

За думкою більшості лікарів первинної ланки стан первинної медичної допомоги дитячому визначається, як задовільний.

На теперішній час у лікарів-педіатрів склалося в цілому більш негативне ставлення щодо переходу до сімейної медицини.

Просвітницька та роз'яснювальна робота серед фахівців первинної ланки на професійному рівні – це запорука позитивного ставлення, розуміння і прихильності дільничних педіатрів, терапевтів до впровадження сімейної медицини, важлива складова позитивного впливу думки останніх на ставлення, розуміння та прихильності щодо процесу перетворень в системі охорони здоров'я обслуговуваного населення.

Список літератури

1. Про затвердження Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2011 року [Електронний ресурс]: Закон України від 22.02.2010 № 1841-VI. Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1841-vi>
2. Оптимізація первинної медико-санітарної допомоги населенню України: методичні рекомендації / [Н. Г. Гойда, Л. Ф. Матюха, В. Г. Слабкий, Л. В. Полякова]. – Київ, 2010. – 25 с.
3. Цілі Розвитку Тисячоліття в Україні. [Електронний ресурс]: Цілі Розвитку Тисячоліття. Режим доступу: <http://www.undp.org.ua/ua/millennium-development-goals>
4. Репродуктивне здоров'я населення України як основний критерій ефективності соціально – економічної політики держави / Р. О. Моїсеєнко, С. Є. Мокрецов, О. О. Дудіна, Н. П. Крижина // Україна. Здоров'я нації. – 2012. – № 2–3 (22–23). – С. 86–91.
5. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 30.08.2010. № 735 «Про затвердження примірних етапів реформування первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги».
6. Надутий К. Деякі питання організації первинної медико – санітарної допомоги у період реформи / К. Надутий // Управління закладом охорони здоров'я. – 2011. – № 8. – С. 23–32.
7. Pediatric primary care in Europe: variation between countries. Stefano del Torso, Adamos Hadjipanayis, Armand Biver, Elke Jaeger-Roman, Bjorn Wettergren, Alf Nicholson. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20403821>.
8. Модернізація первинної медичної допомоги населенню України в руслі світових тенденцій / В. Н. Лехан, Г. О. Слабкий, В. Г. Гінзбург, Л. В. Крячкова, М. В. Шевченко // Україна. Здоров'я нації. – 2012. – № 2–3 (22–23). – С. 63–69.
9. Наказ МОЗ України від 20.03.2008. № 149 «Про затвердження клінічного протоколу медичного догляду за здоровою дитиною віком до 3 років».

Стаття надійшла до редакції 26.02.2013

Я. Ю. Фершал

ГЗ «Запорізька медична академія післядипломного образования МЗ України»

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ АМБУЛАТОРНОЙ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ВРАЧАМИ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА И ИХ ОТНОШЕНИЕ К РЕФОРМИРОВАНИЮ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

По результатам проведенного социологического исследования среди врачей-педиатров и семейных врачей дана оценка состоянию первичной педиатрической помощи детскому населению, выявлено их отношение к семейной медицине.

Ключевые слова: социологическое исследование, врач-педиатр, семейный врач, первичная медицинская помощь, семейная медицина.

Y. Fershal

SI "Zaporizhzhya State Academy of Postgraduate Education Ministry of Health of Ukraine"

EVALUATION OF PEDIATRIC PRIMARY CARE BY PRIMARY CARE PHYSICIANS AND THEIR RELATION TO HEALTH SYSTEM REFORM

According to the results of the sociological research among pediatricians are assessed the state of pediatric care for children's population, revealed their relationship to family medicine for primary health care to children by family doctors.

Keywords: sociological research, doctors-pediatricians, primary medical care, family medicine.

Г. С. Черешнюк

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В ПЕРІОД РЕФОРМУВАННЯ В ПІЛОТНОМУ РЕГІОНІ

Представлені проблемні питання післядипломної підготовки сімейних лікарів, курсантів в Україні. В період реформування медичної галузі на засадах загальної практики-сімейної медицини вважаємо за необхідне розширити програми навчання в інтернатурі і на курсах первинної спеціалізації з питань нормативно-правової бази, менеджменту, медичного права.

Ключові слова: сімейна медицина, первинна медико-санітарна допомога, лікар загальної практики-сімейний лікар.

Становлення первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах загальної практики-сімейної медицини (ЗПСМ) є пріоритетним напрямком розвитку національної системи охорони здоров'я, визначеним Законом України «Про проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях і м. Києві» № 3612-VI від 7.07. 2011 р. Підґрунтям успішної реалізації всіх завдань цього важливого і непростого напрямку має стати не лише кількісна, але і якісна підготовка лікарів ЗПСМ, здатних вирішувати всі покладені на них зобов'язання в контексті з їх кваліфікаційною характеристикою і сучасними світовими стандартами розвитку ПМСД. Перший досвід викладання в період реформування медичної галузі в пілотному регіоні складний і неоднозначний, у зв'язку з чим виникає необхідність подальшого удосконалення програми і плану підготовки лікарів.

Мета роботи. Визначити основні проблемні питання і шляхи покращення існуючої підготовки лікарів за спеціальністю загальна практика-сімейна медицина (студентів, лікарів-інтернів, лікарів-курсантів закладів ЗПСМ) в Україні і в нашому навчальному закладі зокрема, згідно з Законом України № 3612-VI від 07.07. 2011 року.

Матеріали і методи

У процесі дослідження проведено аналітичне вивчення основних нормативно-правових документів МОЗ України і міжнародних організацій, вітчизняні та закордонні публікації в матеріалах з'їздів, конгресів, конференцій з питань підготовки і організації роботи лікарів загальної практики-сімейної медицини, особистий досвід роботи по реформуванню галузі м. Вінниці в 1996–2002 рр. Крім того, знайомство з роботою закладів ЗПСМ в Польщі, Німеччині, Англії, проведення стажування в США з питань менеджменту, і робота за кордоном на протязі п'яти років в одній із країн,

що розвиваються, десятирічна педагогічна робота у вузі, а також робота на сільській лікарській дільниці, – все це дало мені змогу глибоко вивчити питання не лише організації роботи закладів загальної практики-сімейної медицини, а і підготовки лікарів з цього напрямку. Мною застосовувались методи анкетування, проводився аналіз роботи і результати діяльності Центрів ПМСД м. Вінниці, які були створені внаслідок першого етапу реформування в 2012 році.

Результати та обговорення

Розвиток охорони здоров'я за принципом загальної практики-сімейної медицини в нашій країні почався ще в 2000 році, коли була прийнята Постанова КМ України № 949 про поетапний перехід до сімейної медицини. Звичайно, система організації ПМСД, яка склалась ще в Радянському Союзі, мала ряд позитивних елементів:

- дільничний принцип надання ПМСД, який забезпечував медичний нагляд пацієнта одним лікарем (терапевтом, педіатром) відносно тривалий період;
- професійна кооперація, до якої зараз прагнуть незалежні лікарі у багатьох розвинутих країнах світу;
- медичне обслуговування у містах пацієнтів в амбулаторно-поліклінічних закладах: самостійних поліклініках, багатопрофільних лікарнях з поліклініками в одному приміщенні;
- наявність дорослих та дитячих поліклінік, до яких звикло наше населення, і які доказали свою значимість.

В той же час, система охорони здоров'я радянського періоду сьогодні в умовах ринкової економіки не спроможна працювати, тому що вона є неадаптована до сучасних умов. Її основні недоліки:

- залишковий принцип фінансування;
- нераціональне використання ресурсів;
- надмірна спеціалізація амбулаторно-полі-

клінічної служби (123 вузьких спеціальностей, в Європі – 24);

– відсутність конкуренції – одного з головних законів ринку;

– принцип колективної відповідальності: дільничний лікар перестав бути центральною фігурою в первинній ланці, медичний маршрут пацієнт вибирає собі сам.

Низька зарплата, відсутність зацікавленості в здоров'ї пацієнта та інші фактори не дали можливість впровадити в життя ідею про дільничного лікаря, як центральної фігури в первинній ланці охорони здоров'я. Сімейна медицина – всього лише форма організації ПМСД. Перехід її до сімейної медицини – це не лише пошук найбільш ефективних і економічних форм оптимізації медичної допомоги, а і необхідність бачення людини, її здоров'я, хвороби, і її оточення.

При надзвичайно великому вкладі вузьких спеціалістів в систему охорони здоров'я, можливості загальної практики в світі являються загальноновизнаними і не підлягають сумніву. Звичайно в кожній країні може бути запропонована і впроваджена своя, особиста модель організації ЗПСМ. Здійснюючи поступовий, виважений перехід до організації ПМСД, не можна, з нашої точки зору, повністю руйнувати існуючу систему охорони здоров'я. Країни, які зуміли зберегти кращі елементи «старої» системи, легше перенесли адаптацію переходу до ринкових умов. Також потрібно чітко уявити всім, в т. ч. і викладачам, які готують сімейних лікарів, що основною ланкою в наданні медичної допомоги дітям в найближчі 10 років, залишаться педіатри (педіатричні факультети медичних вузів працюватимуть і надалі). В дорослих поліклініках (не в пілотних регіонах) мабуть будуть переважати терапевти. Адже підготовка лікарів – це не лише двохрічна інтернатура чи чотирьохмісячні курси спеціалізації – цей термін становлення сімейного лікаря може бути збільшений в практичному вимірі до 7 років, і свідомість населення в цьому напрямку буде мінятися не миттєво, а поступово.

Через це, з нашої точки зору, перш за все потрібно вирішити проблему не лише підготовки лікарів-інтернів, а і перепідготовки діючих лікарів, враховуючи при цьому такі фактори, як вік, реальні можливості перенавчання, можливості їх заміщення на робочому місці. За даними анкетування лікарів-курсантів м. Вінниці, Вінницької і Хмельницької областей у 2011–2012 рр. і початку 2013 року, 89% респондентів стверджують, що погодились на перенавчання не за власним бажанням, причому більша половина їх, а це 160 лікарів, – віком понад 50 років. Аналіз результатів цього опитування (опрацьовано 310 анкет) підтвердив необхідність не лише теоретичної, а в значній мірі практичної їх підготовки. Саме сімейного лікаря, згідно його кваліфікаційної характеристики, потрібно навчити,

як провести статистичний аналіз річного звіту, навчити багатьом методам досліджень в терапії, педіатрії, акушерстві, хірургії, психіатрії, тощо. «Наскрізна програма» (перелік практичних навичок та методик) є відповіддю на цю проблему.

У зв'язку з цим на першому занятті з інтернами ми знайомимось з базовим рівнем їх знань з питань сімейної медицини. Враховуючи їх відповіді, ми вбачаємо посилення акценту на практичні навички і не лише на кафедрі соціальної медицини та організації охорони здоров'я. Адже для висококваліфікованого лікаря ставляться серйозні вимоги: оволодіння ними практичними навичками на сучасному рівні, який відповідає характеру практичної діяльності лікаря ЗПСМ. Кваліфікований сімейний лікар (СМ) повинен на первинному рівні вміти визначити рівень цукру в крові чи сечі методом експрес-діагностики, внутріочний тиск, оглянути очне дно, перевірити слух та гостроту зору, записати та проаналізувати ЕКГ, оглянути жінку, вміти діагностувати візуальні форми раку на ранніх стадіях і багато чого іншого.

На нашій кафедрі, як і на інших, інтерни розв'язують ситуаційні задачі, корисним є участь їх у ділових іграх, хоча краще з цими питаннями справляються лікарі-курсанти.

Суттєві вимоги в організації первинної допомоги вимагають підвищення обізнаності сімейних лікарів щодо менеджменту у сфері охорони здоров'я і медичного права. Саме ці питання сьогодні, в умовах реформування галузі, де йде потік нових нормативно-правових документів, визначили проблематику не лише при підготовці інтернів, а і при проведенні первинної спеціалізації лікарів за спеціальністю «Загальна практика-сімейна медицина». У зв'язку з цим вважаємо за потрібне розширити тематику післядипломного навчання сімейних лікарів за рахунок збільшення питань щодо нових нормативно-правових документів в пілотних регіонах, медичного права, етики (вміння спілкуватись з пацієнтом і його родиною), менеджменту в охороні здоров'я. При підготовці сімейних лікарів не може йти в розріз очне і заочне навчання. Якщо очне навчання проводять викладачі кафедр, то заочне навчання інтерни проходять на відповідних базах Центрив ПМСД, амбулаторій міст і сільських районів.

Безперечно, процес формування кваліфікованого сімейного лікаря не можливий без якісного навчання на базах підготовки. Саме там повинні обговорюватись і формуватись практичні навички сімейного лікаря: це не лише теоретичні знання в області обліково-звітної документації, а і якісне, грамотне ведення її; залучення сімейних лікарів до проведення аналізу діяльності дільниці, відділення, закладу в цілому; участі сімейних лікарів в проведенні експертних оцінок, патолого-анатомічних конференцій, семінарів, тощо. Навчання на робочому місці майбутнього

сімейного лікаря є кращою формою при їх підготовці до самостійної роботи.

Підготовка майбутніх лікарів в пілотних регіонах передбачає суттєву перебудову не лише програми (збільшення навчальних годин в зв'язку зі зміною тематичного плану), а й принципів викладання. До числа останніх належить і лекційний матеріал. У зв'язку з цим, опираючись більше ніж на 40-річний досвід роботи в системі організації медичної допомоги, вбачаю внести за необхідне декілька пропозицій по даному питанню.

По-перше, рахуємо, що при підготовці лікарів ЗПСМ повинні бути відпрацьовані і включені в навчальну програму комплексні лекції, тобто лекції, які можуть читати спеціалісти-практики, які досконало розуміють і знають теорію і практику даної спеціальності.

По-друге, пропонуємо доповнити в курс підготовки сімейних лікарів-інтернів і при проходженні первинної спеціалізації за спеціальністю ЗПСМ, окремий цикл лекцій по організації медичної допомоги вдома і в денних стаціонарах, правила направлення пацієнтів на 2-й і 3-й рівні надання медичної допомоги, страховій медицині. Особливу увагу слід приділити медицині профілактичній. Згідно з Постановою Кабінету Міністрів України № 209 від 5 березня 2012 р. «Порядок встановлення надбавок за обсяг та якість виконаної роботи працівникам закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу та є учасниками пілотного проекту з реформування охорони здоров'я» – суттєвим є вміння лікаря оцінити свою роботу за якісними та кількісними показниками. Якщо ми чекаємо від лікаря підвищення якості і ефективності в роботі, ми повинні навчити його правильно відрізняти якість від браку, профілактичні програми від дилетантства в медицині.

На базах навчання (а підбирати їх потрібно, враховуючи технічне оснащення, професійний рівень керівників (кураторів) інтернів, 70% майбутніх лікарів ЗПСМ відповіли, що їм потрібно збільшити можливість самостійної курації хворих, 20% вимагають від керівників баз забезпечити проведення семінарів і практичних занять, 10% – більше надавати можливостей їм приймати участь у науково-практичних конференціях з отриманням сертифікатів. 95% всіх опитаних вийшли з пропозицією зацікавити керівників (кураторів) інтернів у роботі з інтернами на заочному циклі навчання.

Проводячи аналіз кадрового складу Центрів ПМСД після проведення першого етапу реформування, можна стверджувати, що одним із

основних напрямків реалізації Закону про реформування є необхідність збільшення обсягів державного замовлення на підготовку сімейних лікарів через інтернатуру, а не через перепідготовку працюючих сьогодні педіатрів, терапевтів та інших спеціалістів. Таким чином, держава втрачає не лише висококваліфіковані професійні кадри з великим досвідом роботи, але в процесі перенавчання чи звільнення за власним бажанням ламаються долі багатьох кращих спеціалістів. Враховуючи наявність в системі ПМСД України великої кількості лікарів пенсійного віку, велику плинність кадрів, недостатню їх укомплектованість, можна зробити висновок про існуючі негативні тенденції в їх кількісному кадровому забезпеченні.

Висновки

Таким чином, основною умовою підвищення якості та ефективності медичної допомоги на засадах загальної практики-сімейної медицини є:

- якісна та кількісна підготовка сімейних лікарів ЗПСМ;
- використання «Наскрізної програми» на всіх етапах підготовки сімейних лікарів;
- сучасний розвиток медичної науки і практики в період реформування охорони здоров'я обумовлюють необхідність вносити системні корективи в підготовку лікарів, як на стаціонарному, так і на заочному циклах навчання в інтернатурі;
- досвід організації сімейної медицини в Україні та підготовка сімейних лікарів на післядипломному етапі навчання свідчить, що існуючі програми підготовки за фахом ЗПСМ потребують не лише значного оновлення відповідно до сучасних умов функціонування Центрів ПМСД, а і розширення програми навчання;
- за період упровадження ЗПСМ в пілотному регіоні, хоча відбулись і позитивні зміни в наданні медичної допомоги, водночас виявлено ряд недоліків в освоєнні сімейними лікарями практичних навичок, на до і післядипломному періоді навчання, участі їх в науково-практичних та патологоанатомічних конференціях, семінарах;
- ширше пропагандувати навчання на робочому місці, в т. ч. і після отримання сертифікату, як важливий шлях безперервного професійного навчання сімейних лікарів;
- з метою проведення аналізу можливості покращення до і післядипломної підготовки, необхідні подальші наукові дослідження, аналітичні роботи по підготовці сімейних лікарів в Україні.

Список літератури

1. Концепція реформування системи підготовки лікарів в Україні // Ваше здоров'я. – № 22. – 2005.
2. Первинна медико-санітарна допомога (сімейна медицина) за редакцією В. М. Князевича; МОЗ України – Київ, 2010.
3. Черешнюк Г. С. зі співавторами. Місце педіатрії в пілотному варіанті реформування охорони здоров'я. Сімейна медицина. – № 3 2011р. ст. 44.
4. Про удосконалення післядипломної освіти лікарів (Наказ МОЗ України № 1088 від 10.12.2010 р.).

Стаття надійшла до редакції 21.02.2013

Г. С. Черешнюк

Винницький національний медичний університет ім. М. И. Пирогова

ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ В ПЕРИОД РЕФОРМИРОВАНИЯ В ПИЛОТНОМ РЕГИОНЕ

Представлены проблемные вопросы последиplomной подготовки семейных врачей, курсантов в Украине. В период реформирования медицинской отрасли на принципах общей практики-семейной медицины считаем необходимым расширить программы обучения в интернатуре и на курсах первичной специализации по вопросам нормативно-правовой базы, управления, медицинского права.

Ключевые слова: семейная медицина, первичная медико-санитарная помощь, врач общей практики-семейной медицины.

G. S. Chereshnyuk

Vinnitsa National medical university them. M I Pirogov

ISSUES OF TRAINING OF GENERAL PRACTICE-FAMILY MEDICINE DOCTORS IN THE REFORM PERIOD IN PILOT REGIONS

Problem questions about postgraduate training for family doctors in Ukraine and the possible ways of its improvement are present.

Keywords: Family doctor, general medicine.

С. А. Щудро

ДЗ «Дніпропетровська державна медична академія МОЗ України»

ІНФОРМАЦІЙНА ТЕХНОЛОГІЯ ОЦІНКИ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ПІДЛІТКІВ

В роботі представлений аналіз результатів оцінки фізичного розвитку підлітків 15–17 років в Україні. Була запропонована модель оцінки фізичного розвитку підлітків на основі морфо-функціонального (маси тіла, обсягу грудної клітини, життєвої ємності легень, індексів Кетле та вік/маса тіла), соціального та психічного статусів (якості життя) виділяє п'ять груп фізичного розвитку підлітків: гармонійний, позитивно й негативно дисгармонійні, різко позитивно й різко негативно дисгармонійні; та підвищує якість діагностики порушень фізичного розвитку на 29,5%

Ключові слова: підлітки, фізичний розвиток, якість життя, інформаційна технологія

Інтегральним показником оцінки здоров'я підлітків є їхній фізичний розвиток. Виявлення вірогідних критеріїв для його оцінки, виокремлення гендерних та вікових особливостей розвитку, формування норм для оцінки фізичного розвитку дітей та підлітків у різних регіонах – передумови для дослідження стану їхнього здоров'я та розробки новітніх здоров'я визначаючих технологій.

Одним із значних критеріїв для оцінки стану здоров'я дітей та підлітків є їхній фізичний розвиток. Фізичний розвиток – унікальний критерій, за яким можна простежити як глобальні зміни біологічної природи людини, так і короткотривалі зміни в певній популяції протягом незначного часу [5, 12, 15]. Виявлення відхилень у фізичному розвитку та функціональному стані дітей дозволяє на донозологічному етапі розробити й запровадити ефективну систему профілактичних заходів, спрямованих на оздоровлення дитячого населення [4, 10].

При розробці та виборі методів оцінки фізичного розвитку дітей та підлітків враховують провідні закономірності їх фізичного розвитку: гетероморфність та гетерохронність розвитку, наявність статевого диморфізму, акселерації та децелерації, залежність фізичного розвитку від генетичної спадковості та факторів навколишнього середовища, особливості статистичного розподілу морфо-функціональних показників [1, 4, 5, 9]. Проте існуючі різноманіття методів оцінки фізичного розвитку дітей (метод індексів, сигмальних відхилень, процентильний, регресійний, головних компонент, Z-шкал, антропометричних параметрів за статеві-віковими шкалами регресії) призводять до певних відмінностей у результатах оцінки.

Фізичний розвиток є критерієм нормальних процесів зростання й розвитку організму дітей та підлітків [13]. Основні морфологічні ознаки фізичного розвитку (зріст, маса тіла, обхват грудної клітки) нерозривно пов'язані з усім комплексом

функціональних особливостей організму та є найбільш стійкими ознаками стану здоров'я. Проте ще до сьогодні існує мало робіт, у яких би фізичний розвиток оцінювався у взаємозв'язку із якістю життя підлітків.

Мета роботи. Розробити інформаційну технологію оцінки фізичного розвитку підлітків із урахуванням як морфологічної, так і психологічної та соціальної складових.

Матеріали та методи

Під час досліджень, які проводились у загальноосвітніх школах було обстежено 2406 підлітків. Серед них було всього 1179 юнаків і 1227 дівчат, із них у віці 15 років – 384 і 402, у віці 16 років – 393 та 411, у віці 17 років – 402 і 414 осіб відповідно.

Критерієм включення до дослідження були юнаки та дівчата 15–17 років, які навчалися у 9–11-х класах загальноосвітніх шкіл. Критерії виключення: діти молодшого віку; учні коледжів, ліцеїв та інтернатів; наявність у юнаків і дівчат ендогенних психічних розладів та супутніх захворювань у стадії загострення, які впливають на якість їхнього життя; відмова від обстеження та лікування. Батьки усіх підлітків, а також юнаки та дівчата давали згоду на участь у дослідженні.

Фізичний розвиток юнаків і дівчат вивчали за антропометричними та функціональними показниками (довжина тіла і тулуба, ширина плечей, довжини верхньої та нижньої кінцівок, сагітальний розмір грудної клітки, окружності грудної клітки у спокої після субмаксимальних вдиху і видиху, мінімальні і максимальні охопні розміри сегментів кінцівок, маса тіла, товщини шкірно-жирових складок) за уніфікованими методиками при допомозі ростоміру, штангового антропометру Мартіна, циркулю, кравецької стрічки, медичних ваг [3, 11]. Визначення індексів Кетле та вік/маса тіла для оцінки фізичного розвитку підлітків проводи-

ли згідно з існуючими рекомендаціями [8]. Досліджувались функціональні показники фізичного розвитку: життєва ємність легень – за допомогою спірометра, сила кисті – динамометра) [3, 11]. Інтегральна оцінка фізичного розвитку проводилася на основі визначення його гармонійності за антропометричними і функціональними показниками.

Для обробки результатів дослідження застосовували методи математичної статистики. Порівняння проводилося між даними, отриманими у юнаків і дівчат, та між результатами обстеження підлітків 15, 16 та 17 років. Статистична оцінка вибірки включала первинний статистичний аналіз: оцінку середнього арифметичного (M), середнього квадратичного відхилення (S), помилку середньої арифметичної (m). Для оцінки різниць між вибірками використовували критерії однорідності. Рівень довірчої імовірності (p) вважали $>0,95$ [14].

Кореляційний аналіз використовували для вивчення взаємозв'язку між двома або більшою кількістю змінних; кореляційні зв'язки давали можливість зробити статистичні висновки щодо наявності залежності між змінними [2]. Завдання класифікації вирішували за допомогою кластерного аналізу [14], який застосовували, коли класи були заздалегідь невідомими, та здійснювали ієрархічним методом. Для досягнення заданого рівня точності та адекватності перед проведенням кластерного аналізу здійснювали відбір інформативних ознак та стиснення їхнього вихідного набору [14].

Для знаходження вірогідних меж показників вік/маса тіла та якості життя (фізичного, психічного й соціального статусів) використовували методи відновлення функцій розподілу за заданою змінною. Реалізація сумішей розподілів дозволила врахувати неоднорідність змінних [6, 7]. Статистична обробка результатів дослідження проводилася із використанням програмного забезпечення VerMed [6].

Результати та обговорення

Як свідчать отримані нами дані, у дівчат 15–17 років достовірно меншими були зріст сидячи та стоячи, маса тіла, індекс вік/маса тіла, обхват талії, грудної клітки, голови, плеча; та вірогідно більшими – товщина шкірно-жирових складок над триголовим м'язом, клубовим гребнем та на тілі ззаду.

Існують певні вікові та гендерні відмінності антропометричних показників підлітків. Юнаки 15 років відрізнялись достовірно нижчими зростом, масою тіла, індексом Кетле, обхватом грудної клітки, голови, голени, стегна та плеча. Дівчата цього віку не мали статистично значущих відмінностей у фізичному розвитку.

Юнаки 16 років відзначались зростом сидячи, обхватом грудної клітки та талії; дівчата – товщиною шкірно-жирової складки на тілі спереду та ззаду. В юнаків 17 років достовірно збільшу-

вались зріст стоячи, маса тіла, обхват грудної клітки й талії, стегна, гомілки та плеча, товщина шкірно-жирової складки над триголовим м'язом; у дівчат цього віку – індекс вік/маса тіла, обхват голови й стегна.

Вивчення фізіометричних показників підлітків показало, що дівчатам 15–17 років притаманні відмінності станової та м'язової сили. Серед дівчат і юнаків 15 років на було вірогідних відмінностей станової та м'язової сили; юнаки 16 років відзначались збільшенням станової сили, юнаки 17 років – станової та м'язової сили; дівчата цього віку – лише станової сили.

Комплексна оцінка фізичного розвитку юнаків показала, що з віком у них зменшувалась (з 71,4 до 64,5%) кількість осіб із гармонічним, та зростала (з 4,3 до 8,9%) – із різко дисгармонічним розвитком. Така ж динаміка притаманна й дівчатам, серед них з віком зменшувалась (з 71,4 до 64,5%) кількість осіб із гармонічним, та зростала (з 4,3 до 8,9%) – із різко дисгармонічним розвитком.

Нами визначено найбільш інформативні характеристики для оцінки фізичного розвитку підлітків 15–17 років: життєва ємність легень, маса тіла, індекси Кетле та вік/маса тіла, станова сила, товщина шкірно-жирової складки спереду, обхват грудної клітки, талії та стегон, зріст стоячи.

Вважаючи на значну кількість параметрів для оцінки фізичного розвитку підлітків було розроблено модель оцінки фізичного розвитку підлітків на основі морфо-функціонального (маси тіла, обхвату грудної клітки, життєвої ємності легень, індексів Кетле й вік/маса тіла) та соціального і психічного статусів (якості життя, його узагальнюючих показників: фізичного, психічного та соціального статусів) (рис. 1).

Ця модель, на відміну від існуючих, виділяє 5 варіантів оцінки фізичного розвитку підлітків: гармонійний, позитивно й негативно дисгармонійні, різко позитивно й різко негативно дисгармонійні. За даною моделлю нами запропонована оцінка фізичного розвитку юнаків і дівчат 15–17 років шляхом визначення індексу Кетле.

Фізичний розвиток підлітків, згідно з запропонованою моделлю, потрібно оцінювати у взаємозв'язку з їх соціальним і психічним статусом. Кількісну оцінку зв'язків індексу вік/маса тіла із соціальними факторами, їх силу, напрямком і вірогідність наведено у ряді публікацій [6]. У дівчат 15 років індекс вік/маса тіла асоційований із проживанням вдома чи в гуртожитку під час навчання; часом, витраченим на фізичне тренування та розваги; у дівчат 16 років – із часом, витраченим на транспорт, кількістю прийомів їжі, наявністю сніданку та обіду; у дівчат 17 років – із наявністю сніданку вранці. В юнаків 15 років цей індекс корелює з часом, витраченим на ранкову гімнастику; у хлопців 16 років – із часом, витраченим на розваги та читання художньої літератури, із проживанням у місті чи селі

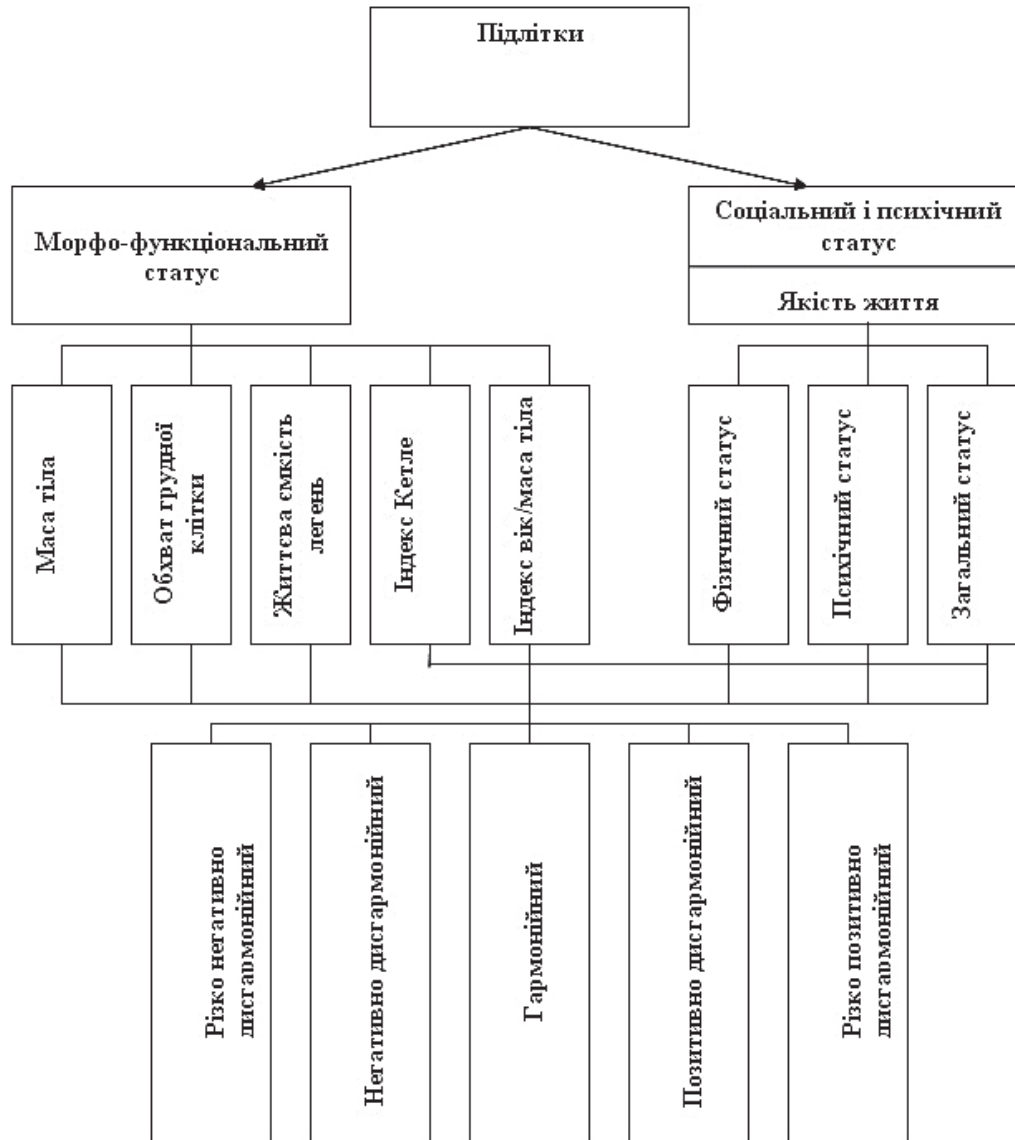


Рис. 1. Модель оцінки фізичного розвитку підлітків

до навчання в середній школі, з наявністю сніданку вранці та обіду вдень, із шкідливими звичками: палінням, вживанням алкоголю, раннім статевим життям; у хлопців 17 років – із раннім статевим життям.

Нами виділено 5 груп соціальних факторів, які суттєво впливають на індекс вік/маса тіла: перший фактор – умови проживання, другий – фізичне тренування, третій – дозвілля, четвертий – харчування, п'ятий – шкідливі звички. У підлітків 15 років провідними факторами, які впливають на фізичний розвиток, є умови проживання, дозвілля й фізичне навантаження; у віці 16 років – харчування та в юнаків цього віку – посилення факторів дозвілля й шкідливих звичок; у віці 17 років – фактори харчування та шкідливих звичок.

Таким чином, індекс вік/маса тіла підлітків обумовлений кількісним та якісним характером харчування, умовами та режимом навчання й відпочинку, організацією фізичного та статевого

виховання, що дає можливість говорити про залежність антропометричних показників від соціальних факторів, про вагомий вплив зовнішнього середовища на фізичний розвиток підлітків.

Фізичний розвиток підлітків суттєво впливає на якість їхнього життя. Взаємозв'язок фізичного розвитку і якості життя підлітків вивчено за допомогою аналізу ризику знаходження показників індексу вік/маса тіла та якості життя (фізичного, психічного та соціального статусу) у зонах контролю, який проводився на основі оцінки функції щільності розподілу зазначених показників [6].

За масивом реалізації показників індексу вік/маса тіла та фізичного статусу проведено параметричне оцінювання функції щільності розподілу показників у вигляді суміші двох двовимірних нормальних розподілів. За критерієм χ^2 -Пірсона функцію щільності відтворено вірогідно з імовірністю 0,80. Аналіз отриманих оцінок параметрів суміші двох нормальних розподілів свідчив про

більш високе середнє значення показника фізичного статусу для першої компоненти суміші. Середні значення показника індексу вік/маса тіла для обох компонентів суміші були майже рівними. Можна було стверджувати, що перша компонента суміші описувала стан підлітків із більш високою якістю життя, а друга – з більш низькою.

На основі відтвореної суміші нормальних розподілів було оцінено ризик знаходження показників індексу вік/маса тіла та фізичного статусу у зонах контролю. Аналіз свідчив, що найбільш ймовірним був стан підлітків, при якому показник індекс вік/маса тіла змінювався від 0,20 до 0,29 р/кг, а показник фізичного статусу був більшим за 80 балів.

За масивом реалізації показників індексу вік/маса тіла та психічного статусу здійснено параметричне оцінювання функції щільності розподілу у вигляді суміші трьох двовимірних нормальних розподілів (з вірогідністю 0,34 згідно з критерієм χ^2 -Пірсона). З аналізу отриманих оцінок параметрів суміші випливало, що перша компонента суміші описувала стан підлітків із найбільш низьким середнім значенням показника індексу вік/маса тіла (0,23 р/кг), друга – з трохи вищим (0,29 р/кг), третя – з найбільш високим (0,36 р/кг).

На основі відтвореної суміші нормальних розподілів визначено ризик знаходження показників індексу вік/маса тіла та психічного статусу у зонах контролю. Аналіз свідчив, що найбільш ймовірним був стан підлітків, при якому показник індекс вік/маса тіла змінювався від 0,25 до 0,29 р/кг, а показник психічного статусу – 50–79 балів.

За масивом реалізації показників індексу вік/маса тіла та загального статусу відтворено суміш трьох двовимірних нормальних розподілів (вірогідно з ймовірністю 0,99 за критерієм χ^2 -Пірсона). З аналізу отриманих оцінок параметрів випливало, що середні значення показника загального статусу для другої та третьої компонентів суміші були майже рівними; для другої компоненти – середнє значення показника індексу вік/маса тіла було нижчим, ніж для третьої. Перша компонента суміші описувала стан підлітків із більш високим значенням показника загального статусу. Тобто, за параметрами індексу вік/маса тіла та загального статусу підлітків можна було розділити на три групи: до першої потрапили підлітки з найбільш високим загальним статусом (71,1), до другої – з більш низьким загальним статусом (51,1 бали), а до третьої – майже з таким самим загальним статусом (52,2 бали), що і до другої, але з більшим значенням показника індексу вік/маса тіла (0,29 р/кг в третій групі порівняно з 0,24 р/кг в другій).

На основі відтвореної суміші нормальних розподілів оцінено ризик знаходження показників

індексу вік/маса тіла та загального статусу у зонах контролю. Проведений аналіз свідчив, що найбільш ймовірним був стан підлітків, при якому показник індекс вік/маса тіла змінювався від 0,25 до 0,29 р/кг, а показник загального статусу – 50–79 балів.

Аналіз оцінених ризиків в зонах контролю показників індексу вік/маса тіла та фізичного статусу, психічного статусу і загального статусу свідчив про те, що для підлітків 14–17 років, як дівчат, так і юнаків, найбільш характерними були значення показника індекс вік/маса тіла в межах 0,25–0,29 р/кг при найвищих для показника фізичного статусу значеннях (>80 балів) та при середніх для показників психічного і загального статусу значеннях (50–79 балів). Це свідчило про те, що діапазон значень показника індексу вік/маса тіла 0,25–0,29 може бути «нормою» для оцінки фізичного розвитку підлітків.

Таким чином, проведені дослідження вказували на те, що фізичний розвиток підлітків значною мірою впливав на якість їхнього життя. Аналіз показників індексу вік/маса тіла та якості життя (фізичного, психічного та загального статусу) показав, що одним із можливих критеріїв для оцінки гармонічності фізичного розвитку підлітків можна вважати значення показника індексу вік/маса тіла в межах 0,25–0,29 при значенні >80 балів для показника фізичного статусу та при значенні 50–79 балів для показників психічного і загального статусів.

Виходячи із запропонованої нами моделі оцінки фізичного розвитку серед підлітків 15–17 років було виділено 5 кластерів (рис. 2).

Юнаки 15–17 років мали різко негативно дисгармонійний та різко позитивно дисгармонійний розвиток у 13,9 і 4,3%, негативно та позитивно дисгармонійний – у 15,5 і 17,9%, гармонійний розвиток – у 48,4%. Юнаки із різко негативно дисгармонійним розвитком достовірно вирізнялись зростом, масою тіла, індексами Кетле та вік/маса тіла, обхватами грудної клітки та стегна, становою силою; з негативно дисгармонійним – зростом, масою тіла, індексом Кетле, обхватами грудної клітки та стегна, життєвою ємкістю легень, становою силою; з позитивно дисгармонійним – зростом, масою тіла, індексом Кетле, обхватами грудної клітки та стегна; з різко позитивно дисгармонійним – масою тіла, індексами Кетле та вік/маса тіла, обхватами грудної клітки та стегна.

Серед юнаків 15 років було 42,1% осіб із різко негативним та 3,5% – із різко позитивно дисгармонійним, 10,5% – із негативно та 8,8% – із позитивно дисгармонійним, 35,1% – із гармонійним розвитком. Юнаки цього віку з різко негативно дисгармонійним розвитком достовірно виділялись зростом, масою тіла, індексами Кетле та вік/маса тіла, обхватами грудної клітки та стегна, життєвою ємкістю легень, становою

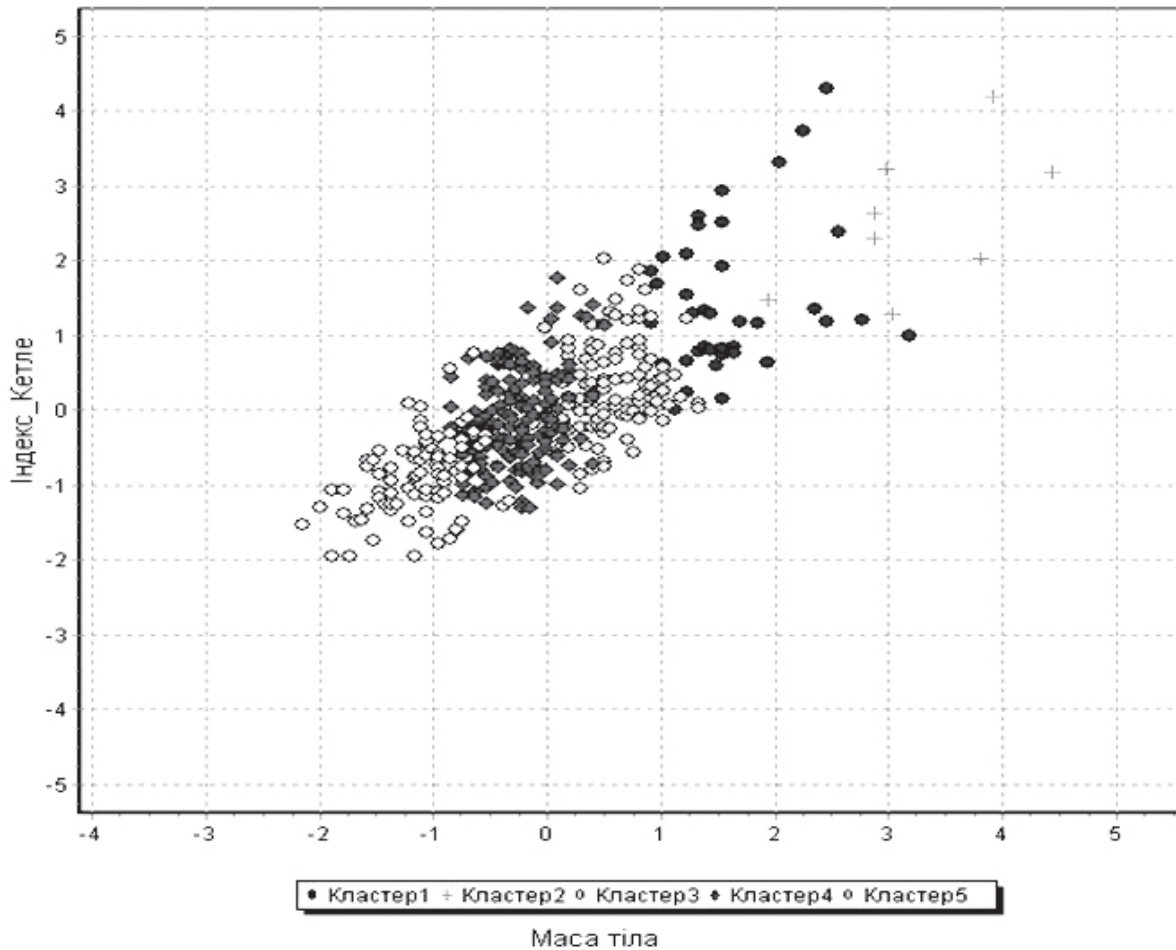


Рис. 1. Розподіл підлітків 15–17 років за рівнем фізичного розвитку

силою; з негативно дисгармонійним – масою тіла, індексом вік/маса тіла, обхватами грудної клітки та талії, життєвою ємкістю легень; з позитивно дисгармонійним – масою тіла, індексом вік/маса тіла, обхватами грудної клітки, стегна та талії, життєвою ємкістю легень; з різко позитивно дисгармонійним – масою тіла, індексами Кетле та вік/маса тіла, обхватами грудної клітки та стегна, життєвою ємкістю легень, становою силою, рівнем фізичної працездатності.

Юнаки 16 років мали різко негативно та різко позитивний дисгармонійний розвиток у 12,4 і 2,5%, негативно та позитивний дисгармонійний – у 9,9 і 46,8%, гармонійний – у 28,4% випадків. Ці юнаки з різко негативно дисгармонійним розвитком достовірно вирізнялись масою тіла, індексами Кетле та вік/маса тіла, обхватами грудної клітки та стегна, життєвою ємкістю легень, становою силою; з негативно дисгармонійним – зростом і масою тіла; з позитивно дисгармонійним – зростом, масою тіла, індексом Кетле, обхватом грудної клітки, життєвою ємкістю легень; з різко позитивно дисгармонійним – зростом, масою тіла, індексами Кетле та вік/маса тіла, обхватами грудної клітки, талії та стегна, товщиною шкірно-жирової складки на тілі спе-

реду, життєвою ємкістю легень, рівнем фізичної працездатності.

Серед юнаків 17 років було по 3,8% осіб із різко негативним і різко позитивно дисгармонійним, 26,9% – із негативно та 17,4% – із позитивно дисгармонійним, 48,1% – із гармонійним розвитком. Юнаки такого віку з різко негативно дисгармонійним розвитком достовірно виділялись масою тіла, індексами Кетле та вік/маса тіла, обхватами грудної клітки та стегна, товщиною шкірно-жирової складки на тілі спереду; з негативно дисгармонійним – зростом, масою тіла, індексами Кетле та вік/маса тіла, обхватами грудної клітки та стегна, становою силою; з позитивно дисгармонійним – зростом, масою тіла, індексами Кетле та вік/маса тіла, обхватами грудної клітки та стегна, товщиною шкірно-жирової складки на тілі спереду; з різко позитивно дисгармонійним – зростом, масою тіла, індексами Кетле та вік/маса тіла, обхватами грудної клітки, талії та стегна, товщиною шкірно-жирової складки на тілі спереду, становою силою, рівнем фізичної працездатності.

Серед дівчат 15–17 років різко негативно та різко позитивно дисгармонійний зустрічався в 13,3% і 9,0%; негативно та позитивно дисгармо-

нійний – в 28,2% і 17,9%; гармонійний розвиток – в 31,6% випадків відповідно. Дівчата з різко негативно дисгармонійним розвитком достовірно вирізнялись зростом, масою тіла, індексами Кетле та вік/маса тіла, обхватами грудної клітки, талії та стегна; з негативно дисгармонійним – зростом, масою тіла, індексами Кетле та вік/маса тіла, обхватами грудної клітки та стегна; з позитивно дисгармонійним – зростом, масою тіла, індексами Кетле та вік/маса тіла, обхватами грудної клітки та стегна, рівнем фізичної працездатності; з різко позитивно дисгармонійним – зростом, масою тіла, індексами Кетле та вік/маса тіла, товщиною шкірно-жирової складки на тілі спереду, життєвою ємкістю легень.

Серед дівчат 15 років було по 18,8% осіб із різко негативно, негативно й позитивно дисгармонійним; по 21,8% осіб із гармонійним і різко позитивно дисгармонійним розвитком. Дівчата цього віку з різко негативно дисгармонійним розвитком достовірно виділялись зростом, масою тіла, індексами Кетле та вік/маса тіла, обхватами грудної клітки, талії та стегна; з негативно дисгармонійним – масою тіла та індексом Кетле; з позитивно дисгармонійним – зростом, масою тіла, обхватом стегна; з різко позитивно дисгармонійним – масою тіла, індексом Кетле, обхватами грудної клітки та стегна, життєвою ємкістю легень.

Дівчата 16 років мали різко негативно та позитивний дисгармонійний розвиток у 14,6 і 3,8%, негативно та позитивний дисгармонійний – у 17,5 і 18,5%, гармонійний – у 45,6% випадків. Ці дівчата з різко негативно дисгармонійним розвитком достовірно вирізнялись масою тіла, індексом Кетле, обхватами грудної клітки, стегна та талії, становою силою; з негативно дисгармонійним – масою тіла, індексами Кетле й вік/маса тіла, обхватами грудної клітки та стегна; з позитивно дисгармонійним – зростом, масою тіла, індексами Кетле та вік/маса тіла, обхватом грудної клітки; з різко позитивно дисгармонійним – масою тіла, індексами Кетле та вік/маса тіла, обхватами грудної клітки й стегна, товщиною шкірно-жирової складки на тілі спереду, життєвою ємкістю легень.

Серед дівчат 17 років було 26,4 і 1,0% осіб із різко негативним і різко позитивно дисгармонійним, 22,0% – із негативно та 18,7% – із позитивно дисгармонійним, 31,9% – із гармонійним розвитком. Дівчата такого віку з різко негативно дисгармонійним розвитком достовірно виділялись масою тіла, індексами Кетле й вік/маса тіла, обхватом стегна, товщиною шкірно-жирової складки на тілі спереду, становою силою; з негативно дисгармонійним – зростом, масою тіла, індексом Кетле, обхватами грудної клітки та стегна; з позитивно дисгармонійним – масою тіла, індексами Кетле й вік/маса тіла, обхватом грудної клітки; з різко позитивно дисгармонійним – зростом,

масою тіла, індексами Кетле й вік/маса тіла, обхватом грудної клітки, талії та стегна, товщиною шкірно-жирової складки на тілі спереду, становою силою, рівнем фізичної працездатності.

Базуючись на запропонованій моделі оцінки фізичного розвитку підлітків, нами були виявлені найбільш інформативні параметри для характеристики стану фізичного розвитку; визначені норми цих величин для різко негативно та різко позитивно дисгармонійного, негативно та дисгармонійного, гармонійного розвитку юнаків і дівчат 15–17 років.

Таким чином, вивчення фізичного розвитку підлітків 15–17 років показало, що дівчата достовірно відрізнялись меншими зростом і масою тіла, обхватами талії та грудної клітки, а також вірогідно більшою товщиною шкірно-жирових складок. Комплексна оцінка фізичного розвитку юнаків і дівчат показала, що з віком у них зменшується (з 71,4 до 64,5%) та (з 71,4 до 64,5%) кількість осіб із гармонічним, і зростає (з 4,3 до 8,9%) та (з 9,8 до 13,4%) – із різко дисгармонійним розвитком відповідно.

Вважаючи на значну кількість параметрів для оцінки фізичного розвитку підлітків, нами були визначені найбільш інформативні. Це – маса тіла й зріст стоячи, індекси Кетле та вік/маса тіла, обхвати грудної клітки, талії й стегон, товщина шкірно-жирової складки на тілі спереду, станова сила, життєва ємкість легень.

Запропонована модель оцінки фізичного розвитку підлітків на основі морфо-функціонального (маси тіла, обхвату грудної клітки, життєвої ємкості легень, індексів Кетле та вік/маса тіла), соціального й психічного статусів (якості життя, його узагальнюючих показників: фізичного, психічного та загального статусів) виділяє 5 варіантів оцінки фізичного розвитку підлітків: гармонійний, позитивно й негативно дисгармонійні, різко позитивно й різко негативно дисгармонійні.

Оцінка фізичного розвитку юнаків і дівчат 15–17 років може бути проведена як шляхом визначення індексу Кетле, так і зв'язку індексу вік/маса тіла з узагальнюючими показниками якості життя (фізичним, психічним і загальним статусом).

Фізичний розвиток підлітків суттєво пов'язаний із соціальними чинниками. Індекс вік/маса тіла підлітків обумовлений кількісним та якісним характером харчування, умовами та режимом навчання й відпочинку, організацією фізичного та статевого виховання, що дає можливість говорити про залежність антропометричних показників від соціальних факторів, про вагомий вплив зовнішнього середовища на фізичний розвиток підлітків.

Фізичний розвиток підлітків значною мірою впливає на якість їхнього життя. Аналіз взаємозв'язку показників індексу вік/маса

тіла та якості життя (фізичного, психічного та загального статусу) показав, що одним із можливих критеріїв для оцінки гармонічності фізичного розвитку підлітків можна вважати значення показника індексу вік/маса тіла в межах 0,25–0,29 р/кг при значенні >80 балів для показника фізичного статусу та при значенні 50–79 балів для показників психічного й загального статусів.

Виходячи із запропонованої моделі оцінки фізичного розвитку серед підлітків 15–17 років було виділено 5 кластерів із гармонійним, позитивно й негативно дисгармонійним, різко позитивно й різко негативно дисгармонійним фізичним розвитком. Гармонійний фізичний розвиток було виявлено серед юнаків 15, 16, 17 років у 35,1, 28,4, 48,1%; серед дівчат цього віку – у 21,8, 45,6, 31,9% випадків відповідно. Різко негативно й різко позитивно дисгармонійний розвиток було діагностовано серед юнаків 15, 16, 17 років у 45,6, 14,9, 7,6%; серед дівчат такого віку – у 40,6, 18,4, 27,4% обстежених. Серед юнаків і дівчат 15-17 років гармонійний фізичний розвиток був у 48,4 та 31,6%, різко негативно й різко позитивно дисгармонійний розвиток – у 18,2 та 27,4% випадках відповідно.

Базуючись на запропонованій моделі оцінки фізичного розвитку підлітків, нами були виявлені найбільш інформативні параметри для характеристики стану фізичного розвитку та визначені норми цих величин при різних видах фізичного розвитку для юнаків і дівчат 15–17 років.

Таким чином, запропонована модель оцінки фізичного розвитку підлітків на основі морфофункціонального та соціального й психічного статусів, виділяє 5 варіантів оцінки фізичного розвитку підлітків: гармонійний, позитивно й негативно дисгармонійні, різко позитивно й різко негативно дисгармонійні. Модель, удоско-

налені методи визначення фізичного розвитку підлітків та програмне забезпечення дозволили створити інформаційну технологію оцінки фізичного розвитку підлітків, яка підвищує якість діагностики на 29,5%.

Висновки

1. Напруженість функціонування серцево-судинної та дихальної систем підлітків (зниження артеріального тиску, фізичної працездатності, збільшення життєвої ємкості легень та максимального споживання кисню); донозологічні зміни харчового статусу та імунного статусів призводять до неадекватної фізіологічної реакції пристосування організму підлітків до рівня й характеру фізичного та навчального навантаження, що значною мірою впливає на їхні адаптаційні можливості.

2. Найбільш інформативними для оцінки фізичного розвитку підлітків є маса тіла й зріст стоячи, індекси Кетле та вік/маса тіла, обхвати грудної клітки, талії й стегон, товщина шкірно-жирової складки на тілі спереду, станова сила, життєва ємкість легень. Визначені норми цих величин при різних видах фізичного розвитку для юнаків і дівчат 15–17 років.

3. Запропонована модель оцінки фізичного розвитку підлітків на основі морфофункціонального (маси тіла, обхвату грудної клітки, життєвої ємкості легень, індексів Кетле та вік/маса тіла), соціального й психічного статусів (якості життя, його узагальнюючих показників: фізичного, психічного та загального статусів) виділяє п'ять груп фізичного розвитку підлітків: гармонійний, позитивно й негативно дисгармонійні, різко позитивно й різко негативно дисгармонійні; та підвищує якість діагностики порушень фізичного розвитку на 29,5%.

Список літератури

1. Ануфриева Е. В. Сравнительная характеристика физического развития подростков Свердловской области / Е. В. Ануфриева, Г. М. Насыбуллина, Н. В. Ножкина // Урал. медицинский журнал. – 2007. – № 11. – С. 30–34.
2. Афифи А. Статистический анализ. Подход с использованием ЭВМ: [монография] / А. Афифи, С. Эйзен. – М.: Мир, 1982. – 488 с.
3. Баранов А. А. Физическое развитие детей и подростков на рубеже тысячелетий / Баранов А. А., Кучма В. Р., Скоблина Н. А. – М.: Научный центр здоровья детей РАМН, 2008. – 216 с.
4. Демакова Л. В. Сравнительная гигиеническая характеристика здоровья двух поколений школьников г. Омска: автореф. дис. на соискание науч. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.07. «Гигиена» / Л. В. Демакова – Омск, 2008. – 20 с.
5. Кучма В. Р. Оценка физического развития детей и подростков гигиенической диагностике системы «Здоровье населения – среда обитания» / В. Р. Кучма. – М.: Изд. ГУ НИЦЗД РАМН, 2003. – 316 с.
6. Мацуга О. М. Інформаційна технологія обробки неоднорідних медичних даних для підтримки прийняття рішень під час діагностики: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. техн. наук: спец. 05.13.06 «Автоматизовані системи управління та інформаційні технології» / О. М. Мацуга. – Дніпропетровськ, 2007. – 18 с.
7. Миленський А. В. Классификация сигналов в условиях неопределенности / А. В. Миленський. – М.: Сов. радио, 1975. – 328 с.
8. Методические рекомендации по вопросам изучения фактического питания и состояния здоровья населения в связи с характером питания / [Сост. Зайченко А. И., Волгарев М. Н., Бондарев Г. И. и др.]. – М., 1984. – 113 с.
9. Маслакова Т. А. Статистический анализ данных физического развития подростков Свердловской области для составления оценочных таблиц / Т. А. Маслакова, Е. В. Ануфриева, Г. М. Насыбуллина // Урал. медицинский журнал. – 2008. – № 5. – С.79–82.
10. Особливості вікових тенденцій фізичного розви-

- тку дітей шкільного віку м. Чернівці / Л. І. Власик, Т. І. Грачова, О. М. Жуковський, І. Ф. Прунчак // Гігієна населених місць. – 2007. – № 50. – С. 332–337.
11. Положення про медико-педагогічний контроль за фізичним вихованням учнів у загальноосвітніх навчальних закладах. Наказ Міністерства охорони здоров'я України та Міністерства освіти і науки України від 20.07. 2009 року № 518/674 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [WWW-документ]. URL <http://www.ifr.kiev.ua>
 12. Платонова А. Г. Порівняльна оцінка фізичного розвитку сільських хлопців за вітчизняними стандартами та стандартами ВООЗ / А. Г. Платонова, Н. Я. Яцковська // Гігієна населених місць. – 2009. – № 54. – С. 322–327.
 13. Состояние здоровья и физическая активность современных подростков / Л. М. Сухарева, И. К. Рапопорт, И. В. Звездина [и др.] // Гигиена и санитария. – 2002. – № 3. – С. 52–55.
 14. Статистична обробка даних / [В. П. Бабак, А. Я. Білецький, О. П. Приставка и др.]. – К. : МІВВЦ, 2001. – 388 с.
 15. Serra-Majem L. Methodological limitations in measuring childhood and adolescent obesity and overweight in epidemiological studies: does overweight fare better than obesity? / L. Serra-Majem, L. Ribas, C. Perez-Rodrigo [et al.] // Public Health Nutr. – 2007. – Vol. 10. – № 10 A. – P. 1112–1120.

Стаття надійшла до редакції 28.03.2013

С. А. Щудро

ГУ «Днепропетровская государственная медицинская академия МЗ Украины»

ИНФОРМАЦИОННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ОЦЕНКИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ПОДРОСТКОВ

В работе представлен анализ результатов оценки физического развития подростков 15–17 лет в Украине. Предложенная модель оценки физического развития подростков на основе морфо-функционального (массы тела, объема грудной клетки, жизненной емкости легких, индексов Кеттеле и возраст/масса тела), социального и психического статусов (качества жизни) выделяет пять групп физического развития подростков: гармоничный, положительно и отрицательно дисгармоничный, резко положительно и отрицательно дисгармоничный; что улучшает качество диагностики нарушений физического развития на 29,5%.

Ключевые слова: подростки, физическое развитие, качество жизни, информационная технология.

S. A. Schudro

DZ “Dnipropetrovsk State Medical Academy of MOH of Ukraine”

INFORMATION TECHNOLOGY

ESTIMATIONS OF PHYSICAL DEVELOPMENT OF TEENAGERS

The analysis of results of estimation of physical development of teenagers is In-process presented 15–17 in Ukraine. Offered model of estimation of physical development of teenagers on the basis of morpho-functional (the masses of body, volume of thorax, vital capacity of lungs, indexes of Quetelet and age/body weight) social and psychical statuses (quality of life) distinguishes five groups of physical development of teenagers: harmonious, positively and negatively disharmonious, sharply positively and negatively disharmonious; that improves quality of diagnostics of violations of physical development on 29,5%.

Keywords: teenagers, physical development, quality of life, information technology

Г. В. Балашов

ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины»

РЕФОРМИРОВАНИЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЗАПОРОЖСКОЙ ОБЛАСТИ: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

Ежегодно в Украине за скорой медицинской помощью (СМП) обращается практически каждый третий житель страны. Одной из основных причин высокой потребности населения в СМП являются ослабление профилактической направленности в деятельности первичной медицинской помощи, а также хронизация патологии.

Следует отметить, что в службе СМП и неотложной медицинской помощи с начала ее организации постоянно накапливалось большое количество проблем, которые пытались решить очередной реорганизацией службы с периодичностью 10–15 лет.

В 1971 г. в Запорожье была организована больница СМП путем объединения стационара на 450 коек и станции СМП. Поликлиническое отделение, которое было при больнице, было расформировано и переведено на базу 2-х, территориально не далеко расположенных лечебных учреждений. Стационар укрупнен и частично перепрофилирован в соответствии со скоромощным профилем.

Станция СМП с ее 6-ю подстанциями выглядела бледно, плохо оснащена, имела на тот период в своей структуре всего 47 бригад, в т. ч.: 4 специализированных, 10 фельдшерских и 33 линейные врачебные бригады на 750 тысячное население г. Запорожья на тот период.

Были большие проблемы с врачебными кадрами в плане их количества и качества подготовки. Это была 2-я городская больницы скорой медицинской помощи в Украине и 4-я в СССР. 1-я БСМП была организована чуть раньше Запорожской – в г. Днепропетровске, но стационар ее был в 2,5 раза меньше и профиль коек не в полной мере соответствовал скоромощному.

В 1982 г. на территории больницы был введен в эксплуатацию новый травматологический корпус на 240 коек, в котором было открыто впервые на Украине отделение сочетанной травмы, ожоговое отделение, отделение челюстно-лицевой хирургии, нейрохирургическое отделение. В сочетании с коечным фондом прежнего корпуса создан мощный стационар на 800 коек с надземным переходом, новый пищеблок, реконструирован хозяйственный корпус.

Значительное развитие получила станция скорой медицинской помощи. Построены дополни-

тельно две подстанции скорой медицинской помощи, на остальных проведены капитальные и косметические ремонты. Значительно улучшено финансирование службы, ее оснащение необходимым оборудованием и аппаратурой, санитарным автотранспортом, в несколько раз увеличилось количество специализированных бригад СМП. На каждой подстанции организованы по одной кардиологической и педиатрической бригаде, интенсивной терапии, которые в соответствии с приказом № 175 от 19.06.1996 г. переименованы в выездные бригады кардиологического и педиатрического профиля со снятием статуса интенсивности, что мы считаем глубоко несправедливым актом для СМП. В условиях объединения БСП, станция СМП получила значительно больше возможности своевременной госпитализации больных с экстренной патологией, как в свою БСМП, так и в три дополнительные многопрофильные лечебно-профилактические учреждения города с функциями оказания экстренной медицинской помощи по типу районирования, с учетом водной преграды (р. Днепр, Плотины, море и т. д.) и значительной территориальной протяженностью по р. Днепр г. Запорожье.

В настоящее время станция СМП в своей структуре имеет центральную станцию СМП и 8 подстанций СМП с общим количеством бригад 64, в т. ч. – 41 врачебная бригада, 15 – специализированных и 8 – фельдшерских бригад.

Все это дало возможность значительно улучшить качественные показатели работы СМП на догоспитальном этапе, по которым служба занимала ведущие места Украины: улучшалась оперативность службы, значительно сократилось количество опозданий на вызова, улучшилась доступность населения в скорой медицинской помощи. Больные имели возможность получать специализированную медицинскую помощь на догоспитальном этапе и высококвалифицированную, специализированную медицинскую помощь в многопрофильном стационаре больницы скорой медицинской помощи.

Отдельный вопрос подготовки врачебных кадров линейных и специализированных бригад в плане их квалификации, уровень которой фактически выравнивался с врачами специализированных отделений БСМП. С этой целью осу-

ществлялось многолетнее чередование врачей СМП с врачами специализированных отделений с соблюдением норм КЗоТ Украины. В последующий период и в настоящее время огромную роль сыграла подготовка врачей СМП в интернатуре.

Вся эта работа проводилась при активном и плодотворном взаимодействии с клиническими кафедрами Запорожской медицинской академии последипломного образования и Запорожского медицинского университета. В обоих ВУЗах в течение многих лет функционируют кафедры последипломной подготовки по анестезиологии и интенсивной терапии на базе больницы СМП и областной клинической больницы.

Несмотря на то, что представленная в выступлении модель оказания экстренной медицинской помощи населению до настоящего времени казалась нам совершенной, не считая ее недостаточного оснащения медицинским оборудованием, транспортом, врачебными кадрами. В последние годы в оказании экстренной медицинской помощи отмечаются и существенные недостатки в качестве и гарантиях получаемой медицинской помощи в стране.

Это явилось причиной разработки и проведения Президентом и правительством широкомасштабного реформирования всего здравоохранения нашей страны с единственной целью – коренного улучшения качества медицинского обслуживания населения, в т. ч. и экстренной медицинской помощи, как одной из важнейших разделов здравоохранения, т. к. от своевременности и качества ее оказания, часто зависит жизнь человека.

Процесс пошел, но он пройдет менее болезненно, если учесть некоторые моменты:

1. Необходимо устранить несправедливость в обеспечении бригадами СМП на 10 тыс. населения в сельской местности – 0,7 бригады в сравнении с областными и административными центрами – 1 бригада на 10000 населения. Это бы значительно улучшило оперативность обслуживания населения в сельской местности с ее плохими дорогами и отдаленностью населенных

пунктов друг от друга.

2. Не торопитесь принимать скоропостижных необдуманных решений Министерство здравоохранения – приказ МЗ Украины № 370 от 01.06.2009 г. в части сокращения время доезда СМП с 15 мин. до 10 мин. в городе и с 30 мин. до 20 мин. в сельской местности при тех дорогах, том же дефиците транспорта и сниженных нормативах обеспеченности бригад в сельской местности.

3. Предстоит решить вопрос обеспечения службы СМП врачебными кадрами. Сегодня укомплектованность выездных бригад врачебными кадрами составляет 60–65%, а последние годы область получает из медуниверситета 2–3 врача-интерна в год. Такими темпами для укомплектования врачами потребуется 10–15 лет, а работать надо сегодня. Сегодня мы занимаемся широкомасштабной подготовкой семейных врачей, а завтра будет кризис с врачебными кадрами врачей скорой медицинской помощи.

4. Необходимо сохранить службу неотложной медицинской помощи при поликлиниках по прежнему графику работы и по прежнему обеспечивать преемственность в работе между СМП и поликлиниками хотя бы до 01.01.2020 г., когда окончательно стройно будет отработана система функционирования первичных центров медицинской помощи, т. е. семейных врачей.

5. Не торопитесь с ликвидацией специализированных бригад скорой помощи в соответствии с приказом МЗ Украины № 500 от 29.08.2008 г., что несомненно отрицательно отразится на качестве оказания скорой медицинской помощи, т. к. для выравнивания уровня квалификации врачей линейных бригад до уровня врачей специализированных бригад понадобится еще не один год.

В заключении можно выразить уверенность в хорошей перспективе в развитии и оснащении СМП и медицины неотложных состояний, предпосылки к этому есть, а главное, что в этой службе работают грамотные, высококвалифицированные специалисты, которые любят свою специальность и своих пациентов.

К. І. Жилка, Н. П. Кризина

Національна Академія державного управління при Президентіві України

ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА УКРАЇНИ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ В СУЧАСНИХ УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ

Стану здоров'я дітей в Україні присвячена значна кількість наукових праць, однак усі вони, як правило, стосуються загальних проблем щодо впливу на здоров'я населення. При чому питан-

ням державної політика України в системі охорони здоров'я дітей в сучасних умовах приділяється недостатньо уваги.

Здоров'я дітей в Україні в сучасних умовах

реформування є незадовільним і має негативну тенденцію до погіршення, про що свідчить рівень показників поширеності та захворюваності, які зростають щорічно.

Якщо проаналізувати рівень задоволення потреб дітей в охороні здоров'я, то ці результати свідчать про недостатнє приділення уваги до забезпечення дитячих прав на здоров'я та життя.

Кількість дитячого населення в Україні станом на 01.01.2011 становить 8081126, з них: хлопчики – 4148987, дівчатка – 3932139.

Про стан здоров'я дітей від 0 до 17 років свідчать показники поширеності хвороб. Так, у 2003 р. показник поширеності становив 1694,6 на 1000 дитячого населення, а у 2010 р. від вже становив 1998,3. У 2010 р. зареєстровано 11757741 випадків хвороб які виявлені вперше, або 1454,96 на 1000 дитячого населення [1].

За класами хвороб також спостерігається тенденція до збільшення, а саме, у 2010 р. хвороби органів дихання становлять 51,8% в структурі загальної захворюваності, хвороби органів травлення – 7,3%, хвороби ока та його придаткового апарату – 5,3%, хвороби ендокринної системи – 4,7%. Серед хвороб, зареєстрованих вперше у 2010 р. переважають також хвороби органів дихання які становлять 66,8% [2].

Все це потребує детального аналізу для чинників, які призводять до порушення здоров'я дитини України, з метою подальшого ефективного вирішення виявлених проблем. Незадовільний стан здоров'я дітей впливає на погіршення здоров'я в майбутньому дорослого населення та зменшення продуктивності та тривалості життя.

Формування стану здоров'я дитини починається задовго до її народження і залежить від стану здоров'я батьків та умов народження, що забезпечує «здоровий старт життя».

Незважаючи на позитивну динаміку показника захворюваності новонароджених від 271,0 на 1000 народжених живими у 2002 р. до 132,1 – у 2010 р., рівень хвороб дітей при народженні все

ще залишається високим, що потребує детального вивчення чинників та шляхів подолання проблеми [3].

Парадоксальна ситуація відбувається із здоров'ям дітей у наступних вікових групах. На тлі позитивних змін у показниках здоров'я дітей віком до одного року, показник захворюваності дітей віком від 0 до 17 років має абсолютно негативну тенденцію, що потребує детального вивчення чинників і розроблення заходів профілактики на між секторальному рівні [4].

Негативною рисою сучасного стану здоров'я дітей в Україні є те, що значна кількість хвороб спричинюють інвалідність численної кількості дитячого населення. На кінець 2008 р. в Україні нараховувалося 1651 тис. дітей-інвалідів, що становить 204,3 на 10 тис. дітей, з них вперше стали інвалідами 184 тис. дітей або 22,8 на 10 тис. дітей.

З 2000-2010 рр. за деякими класами хвороб спостерігається зростання інвалідності дітей більш ніж вдвічі: новоутворення, хвороби ендокринної системи, хвороби шкіри та підшкірної клітковини, кістково-м'язової системи, вроджені аномалії, травми та отруєння. Також спостерігається значне зростання інвалідності за період з 2004 до 2008 рр.: туберкульозу – у 2 рази, ВІЛ-інфекції – 4 рази, хвороб ендокринної системи та вроджених вад – 1,3 рази.

У 2010 р. найбільшу кількість зареєстрованої інвалідності у дітей становили вроджені вади – 30,3%, розлади нервової системи – 13,6%, розлади психіки та поведінки – 13,4%, хвороби ендокринної системи – 8,4%, розлади кістково-м'язової системи – 5,2%.

Виходячи з цього, держава та суспільство повинні взяти на себе відповідальність за рівень здоров'я дітей і підлітків шляхом забезпечення для них комфортних умов навчання, побуту та дозвілля, вирішення екологічних проблем, удосконалення медичної допомоги і запровадження здорового способу життя.

Список літератури

1. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2009 г. / ВОЗ. Копенгаген: – 2009. – 205 с.
2. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2009 рік – К., 2010. – 447 с.
3. Надання медичної допомоги дітям до 1 року у закладах охорони здоров'я, що перебувають у сфері управління МОЗ України. За ред. Князевича В. М. Аналітично-статистичний довідник за 2007–2008 роки. К.: 2009. 38 с.
4. Слабкий Г. О. Реалізація права дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування на охорону здоров'я і здоровий розвиток / Г. О. Слабкий, Н. Я. Жилка // Реалізація права дитини на виховання в сім'ї: держ. тематична доповідь про становище дітей в Україні за підсумками 2008 року. – К., 2009. – С. 112–121.

Н. Я. Жилка, Т. В. Зайкова

Національна медична академія післядипломної освіти

Центр планування сім'ї Тернопільського обласного клінічного перинатального центру «Мати і дитина»

ЩОДО МОДЕЛІ КОМПЛЕКСНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ

Високий рівень захворюваності на рак шийки матки (РШМ), а саме зростання показника за період 2008–2011 рр. на 2,5% (2008 р. – 19,8 на 100 тис. населення, 2011 р. – 20,3) та щорічна реєстрація біля 2 тис. нових випадків РШМ, що значно перевищує показник у розвинених країнах світу, доводить те, що профілактичні технології попередження візуальної форми раку – РШМ – є недостатніми і потребують перегляду та суттєвого удосконалення. За такої ситуації досягнення тези ВООЗ, що за наявності високоефективних профілактичних технологій: «Раком шийки матки сьогодні можна не захворіти!».

Функціонально організаційна структура моделі комплексної ефективної профілактики РШМ поділяється на перинну та вторинну профілактику (рис. 1).

Первинна профілактика РШМ включає технології впливу на фактори ризику виникнення РШМ, з метою їх мінімізації. Складовими первинної профілактики РШМ є забезпечення інформацією населення щодо профілактики РШМ та вакцинопрофілактика.

Оскільки за визначенням ВООЗ одним із основних факторів ризику виникнення РШМ є ІПСШ, а ВПЛ є основним чинником РШМ, захід профілактики ІПСШ у дітей та підлітків має

стати найпершим заходом у комплексній профілактиці РШМ за міжсекторальним підходом та ефективним у прогностичному плані, зменшивши кількість ІПСШ у дорослого населення. За нашими дослідженнями про профілактику ІПСШ як методу профілактики РШМ були інформовані лише 22,1% респонденток, про профілактику ВПЛ – 18,5%.

Основна відповідальність за формування здорового способу життя покладається на Міністерство освіти і науки, молоді та спорту України. В дошкільних навчальних закладах необхідно впровадити уніфіковану освітню програму здорового способу життя (ЗСЖ), яка повинна включати питання профілактики ІПСШ у вигляді рольових ігор, гігієнічного виховання відповідно до віку дитини.

В шкільних закладах необхідно розробити і впровадити освітню програму ЗСЖ у кількості 30 годин на місяць за рекомендаціями ВООЗ, яка вважає, що лише у такому випадку можливо сформулювати безпечну поведінку дитини, зокрема з питань первинної профілактики ІПСШ. Програма має включати теоретичні знання відповідно до віку дитини, а також практичні навички безпечної поведінки з урахуванням особливостей дитячого мислення, результати якого



Рис. 1. Модель комплексної профілактики раку шийки матки

іноді не співпадають з теоретичними правилами і нормами. Необхідно моделювати сексуальну та репродуктивну поведінку дітей підліткового віку для правильного застосування знань з питань ЗСЖ.

Студенти вищих навчальних закладів I–IV рівня акредитації отримують цільові знання з питань профілактики ІПСШ, а також інформацію щодо місць отримання консультацій. Застосування широкого діапазону методів первинної профілактики ІПСШ серед молодіжної аудиторії допоможе підліткам відкласти перший статевий акт, сприятиме зменшенню кількості статевих партнерів серед сексуально активних підлітків, а також пропагуватиме використання презервативів для зниження рівня ІПСШ, оскільки результати нашого дослідження вказують на вкрай низький рівень захисту населення від ІПСШ, а саме презерватив використовували під час першого статевого акту лише 45,6% респондентів.

До заходів первинної профілактики РШМ відноситься також профілактика тютюнопаління, оскільки у жінок, що палять, в тому числі при пасивному курінні, ризик розвитку передракових захворювань та РШМ значно вище, ніж у тих, що не палять. Тому відмова від паління дозволяє значно знизити ризик виникнення раку.

Вакцинопрофілактика РШМ у нашій моделі комплексної профілактики РШМ належить до рівня первинної профілактики, яка має включити заходи з підготовки кадрів, доступності до імунопрофілактики вакцинами проти ВПЛ та удосконалення законодавства за державної підтримки.

Вагомою складовою забезпечення населення інформацією щодо профілактики РШМ є проведення заходів із підготовки просвітницьких матеріалів з питань вакцинопрофілактики. У нашому дослідженні із загального числа опитаних про вакцинопрофілактику знали лише 13,3%, про вік здійснення щеплення проти ВПЛ не знали 91,6% респондентів.

Одним із питань підвищення доступності до вакцинопрофілактики має бути її обов'язковість для визначених категорій дітей. Для цього необхідно внести зміни до Календаря профілактичних щеплень в Україні, затвердженого наказом МОЗ України від 19.05.2011 № 296 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 03.02.2006 № 48», де рекомендовану імунопрофілактику ВПЛ-інфекції замінити обов'язковою за державні кошти на загальних підставах забезпечення населення вакцинами.

До вторинної профілактики запропонованою нами моделі комплексної профілактики РШМ відносяться профілактичні огляди, що включають цитологічний скринінг патології шийки матки із застосуванням сучасних лабораторних технологій та забезпеченням кадрової підготовки.

Вторинна профілактика РШМ потребує суттєвого удосконалення, оскільки деякими дослід-

никами вважається, що захворюваність на РШМ чітко корелює з рівнем і якістю роботи по вторинній профілактиці, яку проводять ЗОЗ України. За їх результатами профілактичні огляди є надійним засобом запобігання захворювань органів жіночої репродуктивної системи, для чого необхідне впровадження сучасних технологій, оскільки режим роботи жінки та особливості структури охорони здоров'я в Україні не мають пересічної зацікавленості, тому профогляди проводяться формально і користь їх для жінки надзвичайно низька, а виявлення хворих в занедбаних станах досить значне. При профілактичних оглядах рак шийки матки в Україні діагностується лише у 48,8% випадків.

До вторинної профілактики РШМ належать інформованість та прихильність жіночого населення до її заходів, організовані профілактичні огляди, організація сучасного комп'ютеризованого скринінгу патології шийки матки, якісна лабораторна діагностика, підготовка кадрів та зворотній зв'язок із населенням для своєчасності медичних втручань.

Однією із ефективних складових профілактики РШМ є забезпечення населення інформацією щодо можливих методів вторинної профілактики. Прихильність населення до профілактики РШМ полягає у широкоформатній інформованості про позитивність профілактики та якість і доступність запропонованих заходів. Одночасно з впровадженням заходів інформованості населення щодо профілактики ІПСШ, в тому числі ВПЛ, тютюнопаління, необхідно інформувати населення, настільки є корисним і виправданим щорічно оглянутися лікарем-акушером-гінекологом саме з цитологічним обстеженням, поцікавитися результатом цитологічного аналізу та у разі виявлення будь-якої патології шийки матки або ЗППП статевої сфери, звернутися для своєчасного лікування. Подальше спостереження є також важливим заходом профілактики РШМ.

Незважаючи на приділення серйозної уваги медичної галузі до проведення профілактичних оглядів, більше ніж тридцять років в Україні унормований цитологічний скринінг (наказ МОЗ СРСР від 31.12.1976 р. № 1253 «О мерах по улучшению цитологической диагностики злокачественных образований») і вважається одним з найефективніших методів діагностики патологічних процесів шийки матки й одночасно профілактики РШМ, про щорічні гінекологічні огляди жінок з цитологічним обстеженням, як метод профілактики РШМ, знали лише 60,6% опитаних респонденток.

В Україні профілактичні огляди на виявлення патології шийки матки або сучасна назва скринінг патології шийки матки носить опортуністичний характер, що означає проведення цитологічного обстеження жінки за її зверненням до лікаря акушера-гінеколога або акушерки ФАП

чи оглядових кабінетів. Хоча досвід скандинавських країн показав надзвичайну ефективність так званих організованих скринінгових програм, що означає оповіщення населення щодо проведення скринінгу поштовими листівками за рахунок муніципальних коштів, організація якісного цитологічного дослідження у створених цитологічних лабораторіях, комп'ютерний реєстр та якісне лікування виявленої патології.

Наказом МОЗ України від 15.07.2011 № 417 «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні» визначається, що при проведенні профілактичних оглядів 1 раз у 3 роки за відсутності показань усіх жінок, які звернулися за медичною допомогою вперше у поточному році, здійснюють огляд шийки матки в дзеркалах, пробу Шиллера, забір вагінальних мазків для онкоцитологічного в оглядових кабінетах поліклінік, ФАП, ЛА, АСЛ або до лікаря акушера-гінеколога. Цитологічний скринінг є одним з найефективніших методів ранньої діагностики патологічних процесів шийки матки. Оскільки більшість сексуально активних жінок могли бути інфікованими раніше, ризику РШМ підлягають майже всі. Скринінг цільової групи необхідний для раннього виявлення і лікування передракових захворювань (CIN).

За нашою моделлю комплексної профілактики РШМ необхідно створити Центр скринінгу патології шийки матки із цитологічною референс-лабораторією та комп'ютерним центром у складі Українського центру передпухлинної патології, до якого надходять оброблені за допомогою комп'ютерної програми узагальнені дані цитологічного скринінгу з централізованих цитологічних лабораторій, які в свою чергу отримують дані від кабінетів профілактики РШМ будь-якого рівня системи охорони здоров'я. Такі підходи створюють можливості оперативного моніторингу цитологічного скринінгу та втручання, не чекаючи поточного звітного періоду.

Комп'ютеризація усіх етапів обліку пацієнтів, які підлягають цитологічному скринінгу, моніторинг його результатів, виявленої патології та результатів лікування з урахуванням віку жінки, відноситься до сучасних технологій. Важливим моментом комп'ютеризації цитологічного скринінгу є чіткий облік контингенту жінок, який виключає дублювання цитологічного обстеження з профілактичною метою. Лише

детальний облік періодичності скринінгових оглядів, результатів виявленої патології, її лікування з цитологічним контролем дозволяє знизити захворюваність інвазивними, формами РШМ, буде сприяти зменшенню захворюваності РШМ. Сучасний інформаційний рівень із застосуванням комп'ютерних технологій дозволяє також проводити облік жіночого населення, що підлягають цитологічному скринінгу (з 18 до 70 років), реєстр виявленої патології, спостерігати за ефективністю лікувальних заходів, мати порівняльні дані за роки скринінгу, таким чином мати дані про якість скринінгової програми.

З метою підвищення якості роботи лаборантів цитологічної служби створюється референс-лабораторія, основним завданням якого є перегляд вибіркової частини препаратів і, за умови виявлення неправильної їх оцінки, допущені помилки аналізуються та надаються аналітичні матеріали для мережі цитологічної служби. Ретроспективні перегляди цитологічних препаратів сприяють зниженню рівня неточної діагностики в наступному та одночасно дозволяє контролювати роботу цитотехніків.

Виконання наведених даних щодо удосконалення організаційних та діагностичних технологій потребує достатньої підготовки спеціалістів на усіх етапах комплексної профілактики РШМ.

В умовах реформування вітчизняної системи охорони здоров'я на спеціалістів з сімейної медицини покладається відповідальність за профілактичну роботу. Проте, за нашим дослідженням, кваліфікаційну підготовку щодо профілактики РШМ отримали лише 16,7% опитаних сімейних лікарів. Не зважаючи на те, що питання сімейної медицини мають пріоритетне місце в організації системи охорони здоров'я упродовж останніх десяти років, опитані лікарі сімейної медицини, здійснюють огляд шийки матки у своїй практиці лише у 4,7%.

У нашому дослідженні щодо створення моделі комплексної профілактики РШМ, враховуючи негативну тенденцію захворюваності на рак інших жіночих статевих органів та поєднані їх чинники, нами пропонується створення Українського центру передпухлинної патології, у складі якого здійснюється організаційно-методична, реєстраційна, аналітична, реферативна, лікувально-діагностична та педагогічна діяльність з питань профілактики РШМ.

А. В. Іпатов, І. В. Дроздова, І. Я. Ханюкова, О. М. Мацуга

ДУ «Український Державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», Дніпропетровськ

ПЕРВИННА ІНВАЛІДНІСТЬ ВНАСЛІДОК ХВОРОБ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ

Мета роботи: розробити нові підходи до аналізу первинної інвалідності внаслідок хвороб системи кровообігу (ХСК) в Україні. За даними статистичної звітності у 2011 році показник первинної інвалідності (ПІ) дорослого населення (ДН) внаслідок ХСК зріс на 1,0% та склав 11,4 на 10 тис. нас. У структурі ПІ ДН від усіх захворювань ХСК займали перше місце (24,4%). Вищі рангові місця посідали Вінницький, Полтавський регіони та Севастополь; нижчі – Херсонська, Донецька, Івано-Франківська області. У 2011 році відносний ризик зростання ПІ був високим у Вінницькій, Полтавській областях та Севастополі. Найбільш виразна «скрита» інвалідність відзначена у Севастополі, Чернігівському та Миколаївському регіонах. Передбачається зростання показника ПІ ДН у Вінницькій, Волинській, Закарпатській, Київській, Хмельницькій областях; зниження – як у цілому по Україні, так і у більшості інших регіонів. У 2011 році в порівнянні з 2010 роком

показник ПІ населення працездатного віку (ПН) внаслідок ХСК знизився на 0,7% та склав 10,7 на 10 тис. нас. У структурі ПІ ПН від усіх захворювань ХСК займали перше місце (20,1%). Перші рангові місця займали Житомирська (13,9), Миколаївська (13,1), Полтавська (12,5); останні – Севастополь і Кіровоградська (по 6,9) та Сумська області (8,5 на 10 тис. нас.). Відносний ризик зростання цього показника високий у Житомирському, Вінницькому та Миколаївському регіонах. Найбільш виразною «скрита» інвалідність була у Кіровоградській, Хмельницькій, Черкаській та Чернігівській областях. Передбачається зростання ПІ ПН як у цілому по Україні, так і у Вінницькому, Дніпропетровському, Донецькому, Житомирському, Закарпатському, Запорізькому, Київському, Кіровоградському, Миколаївському, Одеському, Рівненському, Сумському, Харківському, Черкаському, Чернівецькому, Чернігівському регіонах та Севастополі.

В. А. Лахно, Г. И. Неуймина

Крымский государственный медицинский университет

ГИГИЕНА ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ КРЫМА: ПРОШЛОЕ И НАСТОЯЩЕЕ

Гигиена детей и подростков (ГДП), являясь важной составной частью санэпидслужбы, призвана осуществлять санитарно-противоэпидемические мероприятия, направленные на сохранение и укрепление здоровья подрастающего поколения, независимо от экономического состояния государства и развития общества.

Из исторической справки установлено, что развитие санэпидслужбы в Крыму начинается с VII съезда РКП(б) в 1919 года.

В решениях съезда подчеркивалось о необходимости строительства сети дошкольных учреждений с целью не только улучшения общественного воспитания детей, но и раскрепощения женщин. Принятые решения послужили началом развития профилактического направления здравоохранения, создали предпосылки к образованию государственной санэпидслужбы Крыма.

Декретом Совета народных комиссаров «О санитарных органах Республики» был определен круг задач и деятельность санитарных органов республики: санитарная охрана воды, воздуха и

почвы; санитарная охрана жилищ; санитарная охрана пищевых продуктов; организация противоэпидемических мероприятий; организация борьбы с социальными болезнями; охрана здоровья детей; санитарная статистика; санитарное просвещение; участие в вопросах санитарной охраны труда и общей организации лечебно-санитарного дела.

В 1922 году в Крыму открылись первые учреждения для детей – дома матери и ребенка в г. Симферополе, г. Алуште г. Белогорске.

В нынешнее время в Автономной Республике Крым функционирует более 2000 детских и подростковых учреждений, где воспитывается и оздоравливается более 500000 детей и подростков.

В последнее время приобрела чрезвычайно высокую актуальность проблема исследований динамики качественных изменений индивидуального и популяционного здоровья в гигиенической практике. Это связано с развитием новых технологий, увеличением интенсивности неблагопри-

ятного впливання техногенно измененной среды. До настоящего времени в гигиенической практике преимущественно разрабатываются проспективные схемы оценки прогнозирования влияния разных по характеру соединений факторов внешней среды, при этом оцениваются преимущественно негативные для здоровья эффекты.

Формирование здоровья детей происходит под влиянием большого числа факторов риска, среди которых особое значение имеют недостатки питания, неудовлетворительная экология, отсутствие надлежащих гигиенических условий в дошкольных и образовательных учреждениях, несоблюдение научно обоснованных условий обучения и характера учебного процесса (Опанасенко Г. Л., 2007). По данным многолетних исследований НИИ гигиены детей и подростков РАМН установлено, что вклад факторов внутришкольной среды в формировании здоровья детей составляет 21–27%. За период школьного обучения количество детей, у которых имеют место хронические заболевания, увеличивается на 20%.

Среди причин ухудшения здоровья школьников важное место принадлежит факторам, связанным с образом жизни. Распространение таких факторов, как курение и употребление алкоголя, влияет не только на состояние здоровья подростков, но и на характер и стереотипы их поведения.

Сочетание неблагоприятных факторов учебной и внешней среды оказывает крайне негативное влияние на организм учащихся, о чем свиде-

тельствуют высокие показатели групп риска по состоянию ведущих систем организма – 35–54% (Кузюк Л. Г. и др., 2011).

Выводы

1. В системе санэпидслужбы отсутствуют целевые комплексные программы, обеспечивающие изучение влияния возможных факторов риска на состояние здоровья детей, уровень их физического развития, принятие необходимых управленческих решений по «оздоровлению» условий их обучения, воспитания и отдыха.

2. Отсутствуют нормативные документы, регулирующие деятельность врача в фермерском хозяйстве, частном бизнесе, где как показывают исследования в последнее время, трудится немало детей, причем в опасных и вредных условиях труда.

3. Сейчас необходимо более широко изучать материалы о здоровье детского населения, начиная с периода, предшествующего рождению ребенка, т. е. условий труда, быта, здоровья матери, демографические показатели, уровень физического развития, заболеваемость детей и подростков.

4. При изучении влияния факторов окружающей среды, особенно небольшой интенсивности, ведущую роль приобретают показатели функционального состояния организма, которые не входят в статистическую отчетность, и более всего наследственные и поведенческие факторы риска.

В. М. Лехан, В. Г. Гінзбург

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Департамент охорони здоров'я Дніпропетровської облдержадміністрації

ОРГАНІЗАЦІЙНО-ТЕХНОЛОГІЧНІ РІШЕННЯ ПІДВИЩЕННЯ ДОСТУПНОСТІ ТА ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ РЕФОРМИ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

В останні роки все більше занепокоєння світової спільноти викликає недостатня стійкість національних систем охорони здоров'я, причому ця проблема стосується не лише країн, що розвиваються, але й в розвинутих країн. Все ширше визнається той факт, що для підтримки і поліпшення здоров'я населення країни повинні створити надійні системи охорони здоров'я, що забезпечують ефективну профілактику і лікування захворювань для всіх пацієнтів, незалежно від того, ким вони є і де живуть. В результаті ВООЗ прийнята стратегія, орієнтована на зміцнення систем охорони здоров'я (WHO, 2007), яка передбачає ліквідацію перешкод на шляху розширення доступу до основних видів медико-

санітарної допомоги, перш за все шляхом підвищення ефективності використання ресурсів. Програма реформи медичного обслуговування, яка реалізується в Україні, в підсумку передбачає зміцнення системи охорони здоров'я.

Мета роботи: обґрунтування організаційно-технологічних підходів щодо підвищення доступності та якості медичної допомоги в умовах реформи системи охорони здоров'я.

Матеріали та методи

Проведено аналіз традиційних для України управлінських технологій надання спеціалізованої медичної допомоги при деяких інфекцій-

них захворюваннях (ВІЛ/СНІД, туберкульоз) та порядку скерувань пацієнтів до медичних закладів відповідного рівня та спеціалізації. Визначено з використанням міжнародного досвіду, фактичних даних та з урахуванням контексту організаційно-технологічні підходи, спрямовані на підвищення доступності та якості медичної допомоги в умовах реформування системи медичного обслуговування в Україні.

Результати та обговорення

Українська система реагування на ВІЛ та туберкульоз була створена як дуже вертикальна, коли медичні послуги при цих захворюваннях надавалися спеціалізованими структурами, слабо інтегрованими з загальною системою охорони здоров'я. Сучасні світові тенденції укріплення систем охорони здоров'я включають інтеграцію спеціалізованих медичних послуг при інфекційних захворюваннях в систему надання загальної медичної допомоги. При цьому ключова роль належить посиленню ролі первинної медичної допомоги в наданні ВІЛ-сервісних послуг. Перехід від надмірно вертикальної до інтегрованої системи надання низки спеціалізованих послуг в Україні передбачає передачу низки функцій щодо профілактики і лікування ВІЛ-інфекції та туберкульозу на первинний рівень. Підготовка лікарів загальної практики /сімейної медицини для якісного виконання таких функцій планується шляхом проведення тренінгів каскадним методом (навчання по одному спеціалісту з кожної амбулаторії, який потім навчає своїх колег). Планується також комплекс мотиваційних заходів, включаючи надбавки до заробітної плати за належне виконання таких функцій.

В процесі структурних перетворень в системі медичного обслуговування відбуваються не лише інфраструктурні зміни, але й корекція призначення (місії) та функцій закладів охорони різних рівнів медичного обслуговування та різної їх спеціалізації. При цьому змінюються і традиційні, часто нераціональні шляхи переміщення пацієнтів в системі, які формувалися роками та десятиліттями. Злам сталих стереотипів без застосування адекватних управлінських інструментів може стати причиною помилкових організаційних дій

В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, В. А. Русняк

Дніпропетровська державна медична академія

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

ДО ПРОБЛЕМ УПРАВЛІННЯ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

Управління є функцією і елементом систем охорони здоров'я, що забезпечують оптимальну діяльність системи по збереженню та відновленню здоров'я населення.

як керівного складу медичного закладу, так і безпосередньо медичного персоналу, що створює загрозу для своєчасності та якості медичного обслуговування та викликає незадоволення пацієнтів.

В умовах реформування охорони здоров'я нагальним завданням є чітка маршрутизація потоків пацієнтів. Маршрутизація потоків пацієнтів означає організацію та управління переміщенням потоків пацієнтів за різними рівнями медичного обслуговування з метою забезпечення надання ефективних, безпечних та якісних медичних послуг тим, хто їх потребує, там і тоді, де і коли вони необхідні, при мінімальних витратах ресурсів (Л. В. Крячкова, 2004; WHO, 2007). Формування потоків пацієнтів повинно здійснюватися за єдиними принципами маршрутизації, які враховують географічне розташування відповідних медичних закладів, рівень їх оснащення, укомплектованість необхідним персоналом, готовність до надання планової або планової та ургентної допомоги, потужність, тощо. Маршрутизація потоків пацієнтів потребує визначення по кожній медичній спеціальності технології переміщення пацієнтів в системі, оформленої наказами по регіональному органу управління охорони здоров'я, тобто за якими показаннями і до яких закладів охорони здоров'я повинні направлятися лікарями або доставлятися службою екстреної медичної допомоги пацієнти при виникненні у них визначених проблем зі здоров'ям; куди повинні спрямовуватися пацієнти після закінчення лікування в медичному закладі певного рівня та спеціалізації. Чітка маршрутизація дозволить значно підвищити своєчасність та якість надання медичної допомоги різним групам пацієнтів з паралельним забезпеченням оптимального завантаження медичних закладів.

Висновки

Досягнення поставленої в процесі модернізації системи медичного обслуговування мети підвищення доступності якісної медичної допомоги потребує комплексних перетворень, які включають не лише структурні, фінансово-економічні зміни, але й прийняття та реалізацію організаційно-технологічних рішень, які такі зміни підтримують.

Управління системою охорони здоров'я на центральному рівні здійснює Міністерство охорони здоров'я. Важливу роль відіграють місцеві органи управління, постачальники медичних

послуг, пацієнти, працівники охорони здоров'я та інші організації¹.

В системі управління охороною здоров'я і особливо управління її реформуванням існує багато проблемних питань (табл. 1).

Однією з провідних є нечіткість і неконкретність ціле покладання, декларативність пріоритетів розвитку, без чого неможливо поступально проводити заплановану реформу системи. До цього часу не розроблена дієва стратегія розвитку громадської охорони здоров'я населення з врахуванням впливу на медико-демографічну ситуацію основних детермінантів здоров'я.

Суттєвою перешкоджає ефективному функціонуванню і розвитку галузі недосконалість законодавчої на нормативно-правовій базі, яка не враховує особливості регіонів та потреби населення, яке там проживає в медичній допомозі. Недосконалою є оцінка динаміки показників здоров'я та їх зв'язку з діяльністю системи охорони здоров'я.

Обмежує можливості проведення цілеспрямованої політики також відсутність чіткого розмежування управлінських функцій в сфері охорони здоров'я між центральними та місцевими органами влади, місцевими адміністраціями та

органами місцевого самоврядування. Зокрема перетинаються і навіть дублюються повноваження місцевих адміністрацій і органів місцевого самоврядування щодо реалізації державної політики в сфері охорони здоров'я, розвитку мережі та фінансування закладів охорони здоров'я і ін.

В Україні не відпрацьовані механізми взаємодії державних та недержавних структур, залучення представників різних заінтересованих груп до вироблення політики управління охороною здоров'я, що призводить до уразливості рішень, які приймаються стосовно розвитку охорони здоров'я і заважає надходженню інвестицій в систему.

Однією із основних причин такої кількості проблем в управлінні охороною здоров'я в Україні є відсутність науково обґрунтованої стратегії з даного питання та проведення наукових досліджень з питань управління та його ефективності в названій галузі.

В цілому система управління охороною здоров'я в Україні є досить архаїчною, недостатньо ефективною і потребує оптимізації для чого необхідне наукове обґрунтування механізмів і підходів її удосконалення на центральному, регіональному та місцевому рівнях.

Таблиця 1

Проблеми, пов'язані з управлінням системи охорони здоров'я

Характеристики	Проблеми
Політика в сфері охорони здоров'я	Відсутність чітких цілей державної політики розвитку системи охорони здоров'я Недосконалість законодавчої на нормативно-правовій базі для ефективного функціонування системи Відсутність чіткого розмежування повноважень в сфері охорони здоров'я між центральними та місцевими органами влади, місцевими адміністраціями та органами місцевого самоврядування
Оцінка результативності діяльності системи охорони здоров'я	Недосконалість системи моніторингу стану здоров'я та діяльності системи охорони здоров'я. Недосконалість системи підзвітності на всіх рівнях управління
Участь в управлінні охорони здоров'я неурядових організацій та інших заінтересованих структур	Відсутність дієвої системи співробітництва з гравцями за межами системи охорони здоров'я
Наукове обґрунтування механізмів управління в охороні здоров'я.	Відсутність комплексних наукових робіт з питань управління системою охорони здоров'я.

¹ Стратегическое управление/руководство системами здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ// Европейский региональный комитет. Пятьдесят восьмая сессия. Тбилиси, Грузия, 15–18 сентября 2008 г. Режим доступа: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/70183/RC58_rdoc09.pdf. Титул с экрана.

Л. О. Литвинова, Н. М. Захарова, О. Б. Тонковид, Н. В. Гречинська, О. М. Донік
 Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
 Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

ДЕЯКІ ПОКАЗНИКИ ЗДОРОВ'Я СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ «ПІЛОТНИХ» ОБЛАСТЕЙ УКРАЇНИ

Реформування системи охорони здоров'я за пілотним проектом у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях має на меті не тільки впровадження сімейної медицини, але й реорганізацію сільської медицини та створення сприятливих умов для ефективного медичного обслуговування сільських пацієнтів. Проте слід сказати про відмінності областей на «старті» проекту. По-перше, ступінь урбанізації областей різний: питома вага сільських жителів у Вінницькій обл. становить 45% (830 тис.), в Дніпропетровській – 16,5% (550 тис.), в Донецькій – 10% (420 тис.), що необхідно враховувати при реорганізації медичного забезпечення населення. По-друге, аналіз захворюваності сільських жителів у визначених областях демонструє значні розбіжності: Вінницька обл. посідає перші рангові місця з поширеності захворювань (2122,3%) та первинної захворюваності (745,3%) і перевищує показники по Україні відповідно на 30%

та 26%. Проте Донецька обл. характеризується навпаки найнижчими показниками – відповідно 1269,4% та 405,1%, що майже вдвічі менше, ніж у Вінницькій області. Дніпропетровська область займає проміжну позицію, при цьому останнім двом областям притаманна позитивна динаміка щодо захворюваності за останній рік. Одним з найбільш чутливих показників здоров'я населення є малюкова смертність, що може найшвидше відреагувати на організаційні зміни. Проте в усіх «пілотних» областях спостерігається негативна динаміка смертності сільських немовлят, що сягнула понад 12% і перевищує таку по Україні на 22,4%. Реформа триває, про її кінцеві результати – зниження захворюваності, смертності – ще зарано говорити. Стан здоров'я сільських жителів «пілотних» областей потребує постійного моніторингу з наданням уніфікованих звітів, які дадуть можливість зробити ґрунтовні висновки про доцільність певних організаційних заходів.

Н. О. Ляхова, І. А. Голованова

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)

ЗНАЧЕННЯ МЕТОДІВ ІМІТАЦІЙНОГО І ОПТИМІЗАЦІЙНОГО МОДЕЛЮВАННЯ В ТЕХНОЛОГІЇ ПРИЙНЯТТЯ УПРАВЛІНСЬКИХ РІШЕНЬ В ПЕРІОД РЕФОРМУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

У полі сучасних інформаційних технологій в світових наукових дослідженнях і практичній діяльності підприємств украї вагоме значення набувають оптимізаційні й імітаційні моделі. Використовуючи сучасні технології, можливо продуктивно будувати, аналізувати і широко використовувати експериментальні методи, застосовувати структурне ситуаційне економічне моделювання та моделювання альтернативних систем організації та керування конкретними лікувально-профілактичними закладами та системою охорони здоров'я в цілому.

Сучасні інформаційні технології дозволяють реалізувати методи нечіткої логіки у виді експертних систем з нечіткими правилами, моделювати динамічні процеси з нечітко описаною математичною моделлю, використовувати функ-

ції встановлення залежності між різними параметрами, вирішувати задачі, для яких поки не знайдені формальні методи й алгоритми, а вхідні дані неповні і суперечливі. До таких систем, зокрема, відносяться соціально-економічні структури. Проте, для того, хто приймає управлінське рішення в сучасному світі інформаційних технологій, з'являється реальна можливість відносно просто змоделювати відповідний об'єкт або систему і «обіграти» практично будь-яку ситуацію в цьому керованому об'єкті (системі). Використання методу імітаційних і оптимізаційних моделей у керуванні охороною здоров'я дає можливість проводити нескінченне число іспитів таких моделей і, у невимірно короткі проміжки часу, знаходити відповідності між можливими структурами і функціями маркетингової системи медичних

послуг, альтернативно виділяючи моделі стійкого і оптимального функціонування. Це дозволяє коректно співвіднести керуючі параметри таких імітаційних моделей з реальними показниками,

що характеризують конкретну діяльність лікаря, лікувально-профілактичного закладу або системи охорони здоров'я в цілому.

П. Н. Малыш, И. В. Фесенко

Департамент здравоохранения Луганской облгосадминистрации

РЕФОРМИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ЛУГАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Луганская область – крупный промышленный регион востока Украины, продукция которого широко известна на международном рынке.

С провозглашением Украины как суверенного государства область, занимает одно из ведущих мест в формировании валового национального продукта.

Вместе с тем вследствие происходящих социально-экономических процессов сложилась неблагоприятная демографическая ситуация. (За последние 10 лет численность жителей в регионе уменьшилась почти на 200 тыс. человек).

Естественный прирост имеет отрицательный характер (в отдельных сельских районах до 12,0%). По индексу человеческого развития область занимает 26–27 место среди других регионов Украины.

В соответствии с материалами опроса, проведенного в 2010 году (до принятия программы), около 67% жителей были не удовлетворены медицинским обслуживанием. В качестве основных причин были: изношенная материально-техническая база медицинских учреждений, недостаточное обеспечение больниц лекарственными средствами и др.

Анализ ситуации показал, что к началу реформ (2010 год) в области была малоуправляемая и низкоэффективная инфраструктура медицинских учреждений (795 ЛПУ, в том числе: 121 больница, 33 диспансера, 121 амбулаторно-поликлинических учреждений, 13 станций скорой медицинской помощи, 373 фельдшерско-акушерских пунктов и другие). Медицинскую помощь оказывали 8015 врачей: каждый третий – пенсионного возраста и 20198 средних медицинских работников). Дефицит врачебных кадров составлял без малого 3 тыс. специалистов (в 2010 году – 2747, сегодня – 1500).

Именно это стало толчком к осуществлению реформ в медицинской сфере.

В 2010 году была утверждена региональная программа развития здравоохранения Луганщины, которая явилась основой для модернизации отрасли.

Перед региональной системой здравоохранения была поставлена трудная и сложная задача:

– способствовать преодолению демографиче-

ского кризиса;

– повысить уровень медико-социальной защиты населения;

– улучшить кадровое обеспечение лечебных учреждений;

– совершенствовать систему здравоохранения на всех ее уровнях.

Первичный уровень

Луганщина не пилотный регион, но, тем не менее, нами уже сегодня создано 30 центров первичной медико-санитарной помощи, которые осуществляют медицинское обслуживание 75% населения области. К 1-му июля текущего года планируем открыть еще 8 таких центров, что позволит полностью перейти на медицинское обслуживание по принципу семейной медицины.

Несомненно, что реформа первичного звена не проходит гладко и на этом пути возникают трудности.

Это, прежде всего:

– слабая материальная база Центров,
– низкая заработная плата медицинских работников;

– недостаточная укомплектованность врачебными кадрами (69%);

– неудовлетворительное обеспечение санитарным автотранспортом (30% от норматива, несмотря на то, что ежегодно приобретает за счет местных бюджетов до 25 автомобилей), медицинским оборудованием (40% от табеля оснащения, ежегодно приобретаем на сумму более 350 тыс. грн.), компьютерной техникой (5% от необходимого).

Поэтому первоочередными задачами, являются:
– строительство новых медицинских объектов (амбулаторий – 60 млн. грн. из расчета 6,5 тыс. грн./ кв.м. при средней площади амбулатории 150–200 кв. м.);

– капитальный ремонт помещений, которые не соответствуют санитарным требованиям;

– дооснащение центров и амбулаторий медоборудованием (необходимо 14,8 млн. грн.), автомобилями (необходимо 45 млн. грн.);

– реорганизация ФП, расположенных в селах с населением до 300 жителей в медицинские пункты временного базирования (в 2013 году таких

реорганизовано 9, из них 8 – в Троицком районе, где расходы на содержание помещений взяли на себя местные фермерские хозяйства);

- создание в селах с населением свыше 1000 жителей врачебных амбулаторий (за 2 года открыто 10);

- реорганизация участковых больниц в амбулатории (за 2 года реорганизовано 8, до 2015 года реорганизуем остальные 8);

- информатизация амбулаторий и центров (необходимо более 3 млн. грн.);

- подготовка врачебных кадров (за счет средств местных бюджетов в медуниверситете ежегодно обучаем 95 студентов и интернов);

- переподготовка врачей первичного звена (ежегодно обеспечиваем специализацию 80–100 специалистов, при этом стоимость обучения одного врача – 5 тыс. грн., а ЛГМУ обеспечивает подготовку на бесплатной основе только 25 чел);

- предоставление жилья медицинским работникам (ежегодно в городах и районах в среднем выделяется 35 единиц жилья, в 2012 году – 45).

Решение этих задач позволит дополнительно создать к 2020 году 299 амбулаторий (12 в сельской местности и 287 в городах, общее их количество с имеющимися сегодня составит 429) и выйти на рекомендуемый норматив (3,3 амбулатории на 10 тыс. населения для сельской местности и 1,87 – для городской). Однако это требует значительных капитальных вложений, которых недостаточно на местном и региональном уровне.

Одновременно мы проводим подготовительную работу по развитию и реорганизации учреждений вторичного уровня (за 2 года коечный фонд сокращен на 3112 коек, что составляет 88,6 на 10 тыс. населения, в 2011 году был сокращен коечный фонд 15-ти маломощных однопрофильных специализированных учреждений, которые финансировались из областного бюджета).

Закрывается 6 маломощных родильных стационаров, организовано родовспоможение в 5 межрайонных родильных домах и создан перинатальный центр 2-ого уровня (г. Первомайск), с его софинансированием из областного бюджета.

В текущем году будет открыт перинатальный центр 3-го уровня (г. Луганск, будет освоено 100 млн. грн), а до 2015 года еще 3 перинатальных центра 2-го уровня (гг. Алчевск, Красный Луч, Северодонецк) и 3 межрайонных родильных дома (г. Луганск – 2, Сватовский район – 1).

При этом для оснащения медоборудованием одного перинатального центра необходимо 5 млн. грн, одного межрайонного стационара – 1,5 млн. грн.

Согласно программы, нам предстоит реорганизовать еще 22 маломощных стационара (с количеством коек до 100 в каждом), а также ряд специализированных учреждений (психиатрического, дерматовенерологического и др. профилей), что позволит к 2019 году выйти на

показатель обеспеченности населения круглосуточными стационарными койками – 65 на 10 тыс. нас.

Определена сеть больниц интенсивного лечения (11 для взрослых и 2 для детей), планового лечения (35), восстановительного лечения (2), хосписов (2).

Для проведения капитального ремонта больниц интенсивного лечения необходимо 100 млн. грн., планового лечения – 175 млн. грн., восстановительного лечения – 10 млн. грн. и хосписов – 15 млн. грн.

Оптимизация вторичного звена будет проводиться в несколько этапов, с учетом реальной потребности в стационарной помощи и, главное, без ущемления интересов жителей территорий.

Третичный уровень

При содействии областного совета и личном участии председателя облгосадминистрации, как куратора системы здравоохранения, проводится реконструкция и создание высокоспециализированных центров на базе областных лечебных учреждений.

За счет средств государственного и областного бюджетов (за последние 3 года освоено из госбюджета – 121,6 млн. грн, облбюджета – 478,9 млн. грн), а также привлеченных внебюджетных средств созданы:

- в областной клинической больнице – центр ангиологии и кардиохирургии, ожоговый центр, центр трансплантации органов и тканей (освоено 48,7 млн. грн);

- в областном кардиологическом диспансере – реанимационный блок, экспресс-лаборатория, кабинет компьютерной томографии, а так же организовано дистанционное консультирование и ЭКГ-мониторинг для специалистов области (освоено – 21,0 млн. грн.);

(для 100% охвата этим видом услуг лечебных учреждений области и службы экстренной медицинской помощи необходимо 3,2 млн. грн. – это 200 аппаратов «Юкард-100», из них для службы экстренной медпомощи – 160 ед., для лечебных учреждений – 40 ед., где уже сегодня функционирует 40);

- в областном клиническом онкологическом диспансере – введены в эксплуатацию операционно-реанимационный блок и отделение интервенционной радиологии (единственное в Украине среди онкодиспансеров, освоено – 21,0 млн. грн);

- в Славяносербской областной туберкулезной больнице – введена в строй 2-ая очередь на 55 коек (1-я очередь – 42 млн. грн, 2-я – 22,3 млн. грн, для введения в 2015 году 3-ей очереди на 55 коек необходимо 27 млн. грн., ввод ее в эксплуатацию позволит реорганизовать еще 2 маломощных противотуберкулезных стационара на 80 коек (гг. Брянка, Луганск)).

– в областной детской клинической больнице открыты отделения – инфекционно-диагностическое, реанимационное и эндоскопической хирургии (освоено – 5,0 млн. грн.).

Внедрение инновационных технологий в практику работы позволило улучшить качество медицинских услуг, сократить частоту послеоперационных осложнений и средние сроки лечения больных.

На базе поликлиники областной клинической больницы проводятся работы по созданию современного консультативно-диагностического центра, оснащенного всем необходимым медицинским оборудованием (освоено 2,8 млн. грн.), открытие которого планируется до конца текущего года (всего будет освоено 22 млн. грн.).

Экстренная медицина

Два года тому назад в областном центре введено в эксплуатацию современное единственное в Украине типовое здание станции скорой медицинской помощи, которое оснащено всем необходимым оборудованием (освоено 30 млн. грн.).

На базе которого сегодня создан региональный Центр экстренной медицины и медицины катастроф имеющий центральную диспетчерскую с системой GPS-навигации (аналогичная система работает в Славянском и Перевальском районах).

В составе центра 10 станций экстренной медицинской помощи в городах областного значения.

Парк санитарного автотранспорта службы к 1-му июня текущего года пополнится 75 новыми автомобилями.

До конца текущего года на базе областной клинической больницы планируется открытие высокоспециализированного отделения неотложных состояний и медицины катастроф, ко-

торое будет оснащено всем необходимым современным оборудованием, которое уже закуплено (будет освоено – 22,7 млн. грн.).

В период до конца 2017 года в области будет дополнительно (к 36 имеющимся) развернуто 4 пункта постоянного базирования (Станично-Луганский, Меловской, Марковский и Белокуракинский районы) и 13 пунктов временного базирования. Это позволит уменьшить максимальный радиус зоны ответственности бригады с 21 км до рекомендуемых 15, при 20 минутной доступности.

Наряду с достигнутым и запланированным, к сожалению, сегодня в службе имеет место ряд нерешенных проблем, а именно:

- 90% всего автомобильного парка подлежит немедленному списанию (для закупки еще 180 автомобилей необходимо 97,5 млн. грн.);

- помещения 7-и станций требуют срочного капитального ремонта (12 млн. грн);

- практически всё медицинское оборудование было закуплено еще в 50–80 годах прошлого столетия (для полного укомплектования необходимо 108,0 млн. грн. (переоборудование и укомплектование));

- для работы региональной центральной диспетчерской в полном объеме необходимо дооснастить 8 станций оборудованием для системы GPS-навигации (9 млн. грн.);

- неудовлетворительный уровень обеспечения врачами (50%).

Несмотря на все проблемные вопросы в области развернута широкомасштабная и комплексная работа по модернизации системы здравоохранения по всем основным направлениям.

Необходимость реформ активно поддерживается местными органами власти на всех уровнях, но самое главное – полностью одобряется жителями области.

В. Г. Слабкий, Н. П. Кризина, Г. Я Пархоменко

*Національна академія державного управління при Президентіві України
Донецький національний медичний університет ім. М. Горького*

СУЧАСНИЙ СТАН ОРГАНІЗАЦІЇ СТАЦІОНАРНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ УКРАЇНИ ТА ІНШИХ КРАЇН

Стаціонарна допомога є найбільш витратним видом медичної допомоги, тому підвищення ефективності використання ресурсів у стаціонарному секторі є надзвичайно важливою проблемою [1].

Число стаціонарних закладів на 100 000 населення в Україні значно більше (5,94) у порівнянні з сусідніми європейськими державами, які проводять інтенсивне реформування свої систем охорони здоров'я (Польща – 3,15; Угорщина – 1,79) і іс-

тотно перевищує середньоєвропейські показники (4,39) [2]. Функціонування значної кількості стаціонарних медичних закладів призводить до розпорошення обмежених ресурсів охорони здоров'я та обмежує можливості запровадження сучасних інтенсивних медичних технологій.

Водночас відбулося деяке скорочення ліжкового фонду стаціонарних закладів за рахунок проведеної реорганізації малопотужних сільських дільничних лікарень у лікарські амбулаторії, що,

при очевидній економічній доцільності такого рішення, призвело до ускладнення отримання медичної допомоги для жителів поселень де відсутні амбулаторії [3]. Складне економічне становище, погане транспортне сполучення між селами (при відсутності ліжок для цілодобового перебування) робить проблематичним отримання стаціонарного лікування для багатьох хворих.

Незважаючи на те, що в Україні відбулося скорочення ліжкового фонду майже на третину, загальна забезпеченість ліжками на 10 000 населення залишається досить високою (87,2) і хоча є нижчою показників Росії (107,3) та Білорусії (119,4), але у 12,8 разу перевищують аналогічні у Польщі та Естонії і у 1,3 разу середньоєвропейський рівень [2].

Загальна тривалість лікування в стаціонарах висока і складає 13,5 дні на одного госпіталізованого, що частково пов'язано з тяжким перебігом захворювань і низьким технологічним оснащенням лікарень, але значно більше на цей показник впливає відсутність стимулів до короткотермінового і інтенсивного лікування та догляду за пацієнтами [3].

Одним з найбільш інформативних показників, що характеризує використання стаціонарної медичної допомоги є число ліжко-днів на одного жителя на рік та інтегрально поєднує рівень госпіталізації і середнього перебування на стаціонарному ліжку. В Україні інтенсивність використання стаціонарної допомоги становить 2,87 днів на одного жителя на рік, хоча і дещо нижча за показник Росії та Білорусії, але на 79% перевищує такий показник для Естонії (1,6 днів) на 107% для Польщі (1,38 днів) та на 34% середньоєвропейський рівень (2,14 днів). Таким чином пересічний українець щороку проводить на лікарняному ліжку значно

більше часу ніж жителі країн з ефективно організованими системами охорони здоров'я.

Система стаціонарної допомоги в Україні традиційно формувалася за ієрархічним принципом, тобто госпітальна допомога за основними спеціальностями повинна була надаватися на вторинному рівні у центральних районних та міських лікарнях, а високо спеціалізована для пацієнтів з особливо складними та тяжкими захворюваннями концентруватися у стаціонарах третинного рівня-лікарнях обласного рівня та спеціалізованих міжрайонних лікарнях та диспансерах [4]. Однак на практиці, особливо в останній період, границі між вторинним та третинним рівнем стаціонарної медичної допомоги почалися розмиватися. На сучасному етапі в Україні між показниками діяльності різних рівнів лікарень майже немає ніяких істотних відмінностей. Відносно тривалі терміни перебування пацієнтів в стаціонарах районних та міських лікарень є посереднім свідченням незадовільної організації та низької якості медичного обслуговування, а відносно короткі терміни перебування хворих в обласних лікарнях дають підстави вважати, що принаймні частина їх не потребує лікування в закладах такого типу. У 35,7% випадків госпіталізації до обласних лікарень потребують надання медичної допомоги у закладах вторинного рівня. При такій організації медичної допомоги зростає загальна вартість стаціонарної допомоги та погіршується доступність стаціонарної допомоги третинного рівня [5].

Напрямки реформування на виконання якого розроблено та представлено на затвердження в установленому порядку Національний план розвитку національної системи охорони здоров'я до 2011 року, на виконання якого в теперішній час проводиться значна робота [4].

Список літератури

1. Пономаренко В. М. Наукове обґрунтування запровадження економічного механізму державного замовлення на надання медичної допомоги населенню / В. М. Пономаренко, Г. О. Слабкий, В. І. Євсєєв // Зб. наук. праць Укр. ін-ту громадського здоров'я. – К., 2007. – Вип. 1. – С. 231–240.
2. Здоров'я населення та діяльність охорони здоров'я України: європейський вимір (за даними вибіркового індикатора бази даних Європейського Регіонального Бюро Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я). За редакцією З. М. Митника. К., МОЗ; УІСД, 2010 – 89 с.
3. Лисак В. П., Пархоменко Г. Я. Питання якості та ефективності стаціонарної медичної допомоги // Питання якості медичної допомоги: наукові засади та практичні результати. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції. 22 жовтня 2010 року. Київ, 2010. – С. 95–96.
4. Методичні рекомендації стосовно розробки місцевими органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування планів заходів щодо спеціалізації закладів охорони здоров'я, оптимізації їх мережі та створення об'єднань таких закладів, зокрема міжрайонних / за ред. Г. О. Слабкого. – К., 2010. – 24 с.
5. Регіональні системи охорони здоров'я України. Частина II: [монографія] / за ред. З. М. Митника, Г. О. Слабкого. – Київ, 2010. – 401 с.

В. Г. Слабкий, Л. Ф. Матюха, О. А. Кравець, О. І. Антонидин, С. О. Закревська, Ю. В. Бурдид
Донецький національний медичний університет ім. М. Горького
Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика
ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

ДО ПИТАННЯ ЗАВДАНЬ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ В РАМКАХ КОМПЕТЕНТІСНОГО ПІДХОДУ ІНШИХ КРАЇН

На міжнародному рівні визначені компетенції сімейного лікаря (WONCA, 2005). До них відноситься: управління (менеджмент) первинною медичною допомогою; допомога, зосереджена на людині (пацієнтові); навички розв'язання спеціальних (медичних) проблем; всебічний, комплексний підхід; орієнтація на громаду, соціальна спрямованість; холістичний підхід.

В рамках компетенцій лікар ЗП-СЛ здійснює: оцінку та аналіз стану здоров'я прикріпленого населення; оцінку епідеміологічної ситуації за місцем проживання прикріпленого населення та проведення протиепідемічних заходів; оцінку етапів фізичного і розумового розвитку людини, її особливостей, визначає стадії та особливості сімейного циклу життя; оцінку сімейного здоров'я і соціальної турботи, юридичні і соціальні гарантії охорони здоров'я матері і дитини; рекомендації батькам щодо підготовки дітей до дошкільних і шкільних установ; дотримання принципів етики і деонтології в роботі з дітьми та їх батьками; оцінку впливу біосоціальних чинників на розвиток дитини; медичну експертизу працездатності, визначення тимчасових ознак непрацездатності та постійних ознак непрацездатності, в разі потреби – консультування у фахівця і в установленому порядку скеровує пацієнта на експертизу, оцінювання відповідності непрацездатності та інвалідності; виявлення осіб з факторами ризику та їх корекцію; проведення консультування пацієнтів; визначення необхідного обсягу лабораторних та апаратних методів дослідження, інтерпретацію отриманих даних та корекцію на базі цього тактики ведення пацієнта; встановлення попереднього та за можливості – остаточного діагнозу хворого, визначає тактику ведення пацієнта; організацію маршруту пацієнта: на первинному рівні медичної допомоги (амбулаторне спостереження і лікування, стаціонар удома, хоспісна допомога вдома), а в разі необхідності – консультування або госпіталізація на вищій рівні медичної допомоги, скерування в хоспіс, у

заклади соціального призначення (функція воюротаря); визначення побічних дій лікарських засобів; надання невідкладної допомоги на догоспітальному етапі; навчання здоровому способу життя в громаді та окремій родині; проведення профілактичних заходів (первинна профілактика, в т. ч. імунізація, диспансеризація, школи здоров'я тощо), профілактики професійних та інфекційних хвороб і аналіз ефективності проведених заходів; складання календаря щеплень, проведення протиепідемічних заходів, своєчасне повідомлення в СЕС про інфекційне захворювання; спостереження за пацієнтами в післяопераційний, післяпологовий період, реабілітаційні заходи; продовження лікування за рекомендаціями профільних спеціалістів; встановлення та ведення фізіологічної вагітності, виявлення чинників ризику вагітності екстрагенітальних захворювань (ознаки симптомів гіпертензивних станів у вагітних жінок і принципи лікування, вплив серцевих хвороб, гіпертонічної хвороби, цукрового діабету, пієлонефриту на перебіг вагітності і плоду, післяпологовий період і інволюційні процеси, їх порушення та профілактика); консультування з питань репродуктивного здоров'я і планування сім'ї; врахування психологічних аспектів вагітності, їх вплив на жінку, сім'ю, антенатального, перинатального і постнатального захисту, причин сексуальної дисфункції обох партнерів і можливостей їх лікування, етичних проблем, пов'язаних із штучним заплідненням, психологічних аспектів менопаузи і принципів медичної допомоги; оформлення обліково-звітної документації; складання річного звіту на основі аналізу показників роботи; експертизу тимчасової та стійкої непрацездатності, оформлення листків непрацездатності, оформлення направлень на ЛКК та МСЕК, видачу листка непрацездатності по догляду за хворою дитиною, виписку медичних довідок дітям, посвідчення для визнання інвалідності з дитинства; організацію командної роботи амбулаторії (відділення).

Г. О. Слабкий, С. О. Риков, С. В. Збітнєва, Д. П. Троянов
 Донецький національний медичний університет ім. М. Горького
 Київський центр мікрохірургії ока

ПОВНОВАЖЕННЯ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ З НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ХВОРОБАХ ОРГАНУ ЗОРУ В РАМКАХ КОМПЕТЕНТНІСНОГО ПІДХОДУ

В Україні, в ході реформування системи надання медичної допомоги, пріоритет віддано розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини. Функції лікарів загальної практики-сімейних лікарів визначаються відповідно до їх компетенцій, які в країнах Європи запроваджені з 2005 року. Важливе місце в діяльності лікарів загальної практики-сімейних лікарів займає надання медичної допомоги при хворобах органу зору.

В рамках визначених компетенцій лікар загальної практики-сімейний лікар при наданні медичної допомоги пацієнтові з патологією органу зору: встановлює та характеризує причину звернення пацієнта; досягає консенсусу з пацієнтом у розумінні причини звернення; збирає анамнез; залучає пацієнта до співпраці в процесі консультування; складає план обстеження і пояснює його пацієнтові; складає план лікування в партнерстві з пацієнтом; підбиває підсумок консультації та дає чітку інформацію пацієнтові.

З позиції компетентнісного підходу лікар загальної практики-сімейний лікар має проводити

наступні спеціальні офтальмологічні обстеження визначення гостроти зору та кольоровідчуття; огляд повік, кон'юнктиви, слезових проток, зіниці і рогівки; дослідження очного дна методом прямої офтальмоскопії та руху очей і очного тиску (тонометрія).

При зверненні пацієнта з хворобами очей і їх додатків лікар загальної практики-сімейний лікар діагностує і лікує самостійно до одужання або ремісії неускладнений кон'юнктивіт, ячмінь, порушення рефракції: міопія, гіперметропія, пресбіопія, крім тяжких форм, зміни сітківки ока у хворих на діабет, при атеросклерозі – у разі необхідності скеровує до спеціаліста.

Діагностує і лікує за консультування зі спеціалістом: ускладнений кон'юнктивіт, дакриоденіт, дакриоцистит, катаракту.

Встановлює попередній діагноз, направляє хворого до спеціаліста, проводить подальше лікування і реабілітацію відповідно до рекомендацій спеціаліста при таких захворюваннях як кератит, глаукома, пухлини ока, травма очного яблука, стороннє тіло переднього відрізка ока.

Г. О. Слабкий, Н. Р. Готь

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

ДО ІНДИКАТОРІВ ОЦІНКИ ДІЯЛЬНОСТІ ОБЛАСНИХ ЛІКАРЕНЬ

З метою об'єктивної оцінки діяльності обласних лікарень розроблено критерії, які складаються з трьох груп: критерії структури, процесу і результату.

До індикаторів структури віднесені наступні: питома вага ліжок інтенсивної терапії (не нижче 5%), наявність в приймальних відділеннях палат інтенсивної терапії укомплектованих протишокковими укладками (100%), укомплектованість атестованими лікарськими кадрами (не нижче 95%), оснащення всіх структурних підрозділів відповідно до таблицю оснащення (100%), забезпеченість засобами медичного призначення для надання інтенсивної допомоги (100%), організація роботи центру безперервного підвищення кваліфікації медичного персоналу (наявність планів підготовки лікарів та середніх медичних

працівників, їх виконання), організація роботи контрольно-експертних комісій (наказ по закладу, протоколи засідання), комп'ютеризація всіх структурних підрозділів з доступом до Інтернет (100% підрозділи), наявність у всіх підрозділах медичних стандартів/клінічних протоколів (100% у відповідності до наказів МОЗ), впровадження сучасних організаційних та клінічних технологій за реєстрами галузевих нововведень (наявність реєстру галузевих нововведень, комісії по їх впровадженню, актів впровадження, аналізу результатів), дороговартісна діагностична та лікувальна апаратура використовується не менше 12 годин на добу (журнали роботи кабінетів), планові операції проводяться щоденно (крім вихідних та святкових) при цьому операційні використовуються не менше 8 годин на добу (протоколи опе-

рацій), організація обласного центра телемедичних консультацій (не менше 10 консультацій в день), запроваджений облік лікарських помилок, ускладнень пацієнтів в результаті використання лікарських засобів та використання обладнання (ведення журналів у всіх підрозділах, протоколів розгляду та семінарів навчання медичних працівників за результатами), впроваджена системи безпеки пацієнтів (наявність відповідної комісії, розроблених заходів відповідно до методрекомедацій МОЗ, позитивна оцінка за результати акредитації), діагностична служба включаючи рентген, функціональну та лабораторну діагностику працює цілодобово (показники обстеження ургентних пацієнтів в нічний час та святкові дні).

До індикаторів процесу в оцінці діяльності обласних лікарень віднесено наступні: госпіталізація пацієнтів тільки за показами для третього рівня медичної допомоги (рівень відповідної госпіталізації не нижче 95%), госпіталізація пацієнтів тільки у профільні відділення (100%),

застосування медичних стандартів/клінічних протоколів (не нижче 90%), робота ліжка 340 днів на рік (100%), середнє перебування на ліжку обґрунтоване експертними заключеннями (за показаннями), надання медичної допомоги пацієнтам на ранньому госпітальному етапі (приймальні відділення) (100% від потреби згідно з станом пацієнтів), задоволеність пацієнтів за даними соціологічних досліджень (80% за даними соціологічного опитування).

Індикаторами результату встановлено щорічне зниження всіх видів летальності не менше ніж на 10%, а також відповідне зниження рівня ускладнень пов'язаних з медичними втручаннями, невиконанням медичних стандартів, з відсутністю обладнання, та несправним обладнанням. Рівень внутрішньо лікарняних інфекцій має бути повністю скороченим, а рівень розходження клінічного та патологоанатомічних діагнозів має складати не більше 5%.

Г. О. Слабкий, С. В. Дудник

*Донецький національний медичний університет ім. М. Горького
Луганський державний медичний університет*

СИСТЕМА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ПЕРЕДЧАСНОЇ СМЕРТНОСТІ ЧОЛОВІКІВ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ У ВЕЛИКОМУ ПРОМИСЛОВОМУ РЕГІОНІ

Проблеми в стані здоров'я та якості життя чоловіків працездатного віку Луганської області, висока передчасна смертність чоловіків, проблеми в якості надання медичної допомоги, відсутність скоординованих та недосконалість існуючих заходів профілактики захворюваності та смертності, отримані негативні прогностичні тенденції смертності ЧПВ до 2030 р., вивчені медико-соціальні особливості смертності, дані медико-соціального дослідження (опитування) способу життя, рівня здоров'я, якості надання медичної допомоги стали підставою для наукового обґрунтування та розробки системи медико-соціальної профілактики смертності ЧПВ на рівні регіону з новими функціонально-організаційними підходами до надання медичної допомоги з використанням міжсекторального підходу у відповідності з сучасною стратегією державної політики у сфері охорони здоров'я щодо попередження передчасної смертності працездатного населення.

Система медико-соціальної профілактики смертності ЧПВ покликана покращити та зміцнити здоров'я ЧПВ, сформувані здоровий спосіб життя, збільшити здорове, соціально-активне довголіття та очікувану тривалість життя чоловіків шляхом підвищення якості медичної до-

помоги та усунення причин і умов, що потенціують травматизм, інвалідність, захворюваність та смертність. Основними принципами розробленої системи стали: єдність дій на всіх рівнях з метою формування здорового способу життя та покращення здоров'я чоловіків, багаторівневий та міжсекторальний підхід до організації профілактики захворюваності та смертності, пріоритет превентивних заходів профілактики, безперервність та спадкоємність заходів профілактики на всіх її етапах та рівнях здійснення, комплексність та системність.

Організаційна модель системи медико-соціальної профілактики смертності чоловіків працездатного віку базується на діяльності обласної міжсекторальної ради з питань збереження та зміцнення здоров'я ЧПВ, запобігання захворюваності, смертності, що покликана забезпечувати міжсекторальну координацію дій всіх служб та ланок в рішенні виникаючих проблем із здійснення профілактики та вирішення питань щодо першочерговості фінансування заходів з профілактики та розподілу коштів між структурними складовими системи. До складу ради увійшли представники: Головного управління охорони здоров'я, управління у справах сім'ї, молоді та спорту,

управління у справах преси та інформації, управління освіти та науки, інспекція державного технічного нагляду, Головного фінансового управління, Головного управління промисловості та розвитку інфраструктури, Головного управління агропромислового розвитку, інспекція якості та формування ресурсів сільськогосподарської продукції, Головного управління економіки. Влада повинна впроваджувати послідовну та довгострокову політику, орієнтовану на підтримку та формування здорового способу життя, що має бути відображено у відповідних нормативних актах з визначенням механізмів їх реалізації, контролю, адміністративними та нормативно-правовими санкціями за їх невиконання, з призначенням відповідальних осіб за їх реалізацію в усіх складових ланках запропонованої системи, а також запровадити відповідальність самих чоловіків за стан власного здоров'я.

Розробка системи проводилась з виділенням відповідної групи завдань, науковою базою якої є прогностичні показники смертності ЧПВ різних вікових груп та встановлені чинники, що її формують:

1) забезпечення міжсекторального підходу в організації профілактичної діяльності з попередження смертності ЧПВ;

2) формування розвинутої ефективної інфраструктури з популяризації здорового способу життя, мотивації до нього ЧПВ та охорони їх здоров'я;

3) забезпечення високого рівня медико-гігієнічної освіти ЧПВ, розпочинаючи з дитячого віку;

4) забезпечити безперервне підвищення кваліфікації медичних працівників в сфері профі-

лактики захворюваності, формуванню здорового способу життя населення та боротьбі з факторами ризику;

5) підвищити якість та доступність медичної допомоги на всіх рівнях її надання та здійснювати безперервний моніторинг з контролю показників здоров'я та якості медичної допомоги, переорієнтувати діяльність ЛПЗ області в профілактичному напрямі.

Розробка організаційної моделі системи медико-соціальної профілактики смертності ЧПВ дозволила обґрунтувати модель системи медико-соціальної профілактики смертності ЧПВ, яка проводилась з позиції системного підходу і включає наступні складові: 1 – ресурси: кадри, матеріально-технічну базу, інформаційне забезпечення, технології, джерела фінансування; 2 – процес; 3 – результати. Пріоритетна увага в розробленій системі медико-соціальної профілактики приділяється первинній профілактиці, а саме попередженню виникнення та впливу факторів ризику, розвитку захворюваності та смертності, до якої зокрема закладів охорони здоров'я долучаються заклади всіх рівнів освіти, підприємств, служби праці та соціального захисту, громадські організації та молодіжні рухи, засоби масової інформації, оскільки смертність ЧПВ переважно зумовлена засобом життя і в більшості випадках може бути попереджена шляхом підвищення та формування медико-соціальної активності чоловіків. Поєднання популяційної профілактики зі стратегією профілактики факторів ризику та вторинної профілактики на індивідуальному рівнях (індивідуальна профілактика) призведе до покращення здоров'я чоловіків.

О. С. Третьякова, И. А. Сухарева, Р. А. Пузиков

ГУ «Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского»

СОВРЕМЕННЫЙ ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ – ИНСТРУМЕНТ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

В условиях нарастающего кадрового дефицита в сфере здравоохранения особенно актуальной становится задача качественной подготовки кадров для отрасли. Актуальность внедрения новых подходов к управлению системой подготовки, переподготовки и непрерывного профессионального развития кадров особенно велика для отечественного здравоохранения. Качество подготовки кадров для отрасли здравоохранения во многом зависит от эффективности менеджмента в системе медицинского образования, ориентированности его на удовлетворение запросов отрасли в кадро-

вых ресурсах, постоянное повышение эффективности подготовки специалистов.

Анализ мировых тенденций развития медицинского образования в последние годы указывает на то, что подобно доказательной медицине, ставшей основным инструментом обеспечения качества клинического процесса, именно внедрение идеологии Best Evidence Medical Education (BEME) выступает основным условием достижения качества медицинского образования. Цель BEME заключается в использовании результатов научно-обоснованных педагогических иссле-

дований в системі медичного освіти. Наявність науково-обґрунтованої інформації по конкретним питанням організації освітнього процесу дозволяє викладачам і адміністраторам медичного освіти всіх рівнів, включаючи національні органи управління, приймати ефективні рішення, досягаючи тим самим досягнення найбільш високих результатів.

В основі ВЕМЕ лежить отримання чітких доказів в стосунку будь-якої технології, підходу, методу. При цьому дані доказів повинні спиратися на результати дослідження, проведеного на достатньому об'ємі вибірки з наявністю груп контролю і порівняння і проведенням належної статистичної обробки. Найвищу доказовість в стосунку рішень, приймаємих в медичному освіти повинні мати систематичні огляди, підготовлені по результатам спостережень в декількох освітніх закладах і навіть країнах. ВЕМЕ не приймає існуючу раніше практику медичного освіти, в якій рішення приймалися на основі стереотипів, думки окремих авторитетів, прийнятої політики і стратегії в державі по питанням освіти.

В межах розвитку ідеології ВЕМЕ особливу актуальність набуває підвищення професійного майстерства всіх учасників академічного процесу, шляхом переходу від простого виконання своїх обов'язків до рівня розуміння

суті і механізмів своєї діяльності і наявності чітких доказів при виборі тих або інших дій. При цьому основним умовою зростання викладацького майстерства є залучення професорсько-викладацького складу в дослідження, проводимі в академічній сфері, формування навичок аналізу власної педагогічної практики і використання результатів уже проведених раніше досліджень.

Незважаючи на широке впровадження доказової освітньої практики в світі, в Україні вона розвита недостатньо. Це обумовлено цілим рядом факторів, в тому числі інертністю багатьох працівників академічної сфери, небажанням змін, незнанням ключових принципів освіти, відсутністю у викладачів стимулів для пошуку і впровадження нового, а також небажання адміністраторів академічного процесу визнати факт того, що освіта само по собі є наукою, в якій повинні проводитися постійні дослідження. Все це вказує на необхідність широкомасштабного впровадження ідеології ВЕМЕ в практику медичного освіти. Проведення постійних досліджень в академічній сфері і забезпечення доступу викладачів медичних вузів до доказових джерел інформації в області освіти, повинні стати реальними інструментами для надання допомоги їм і органам управління освітою при прийнятті рішень, що в кінцевому підсумку, дозволить вирішити проблему якісної підготовки кадрів для галузі охорони здоров'я.

ЗАПОРОЖСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ



Непрерывное профессиональное развитие для врачей всех специальностей

- интернатура
- специализация
- курсы повышения квалификации
- клиническая ординатура
- аспирантура
- магистратура
- стажировка

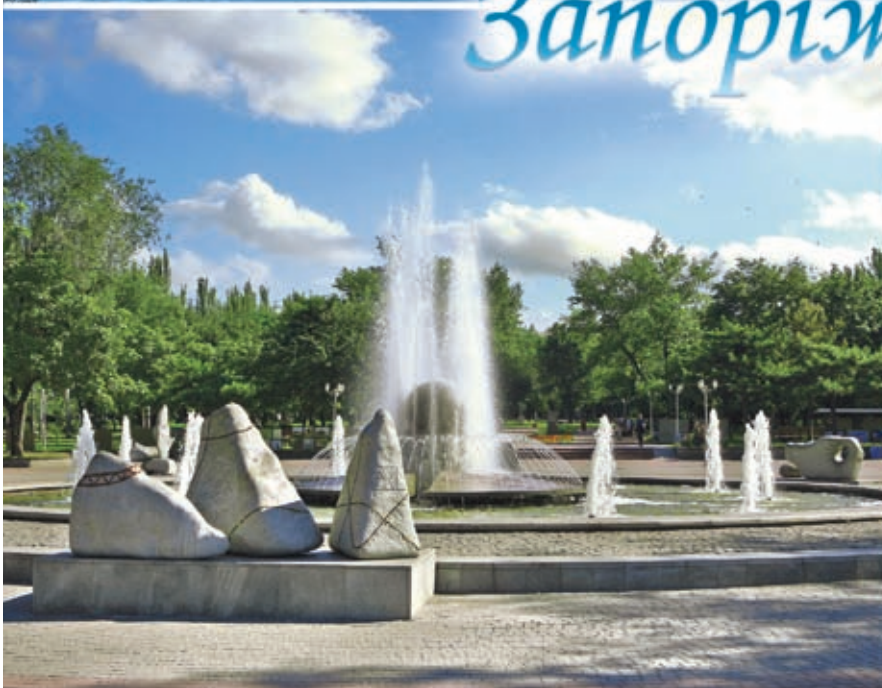
Обучение в Запорожской медицинской академии последипломного образования — это усовершенствование профессиональных знаний и овладение новыми медицинскими технологиями в условиях благоприятного учебного климата и безупречной коллегиальности компетентных преподавателей.

Подробная информация на сайте академии
www.zmapo.edu.ua





Запоріжжя



ISSN 2072-9367



9 177 2072 1936 006 02 >