



ДЕРЖАВНИЙ ЗАКЛАД
ЗАПОРІЗЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ
ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
МОЗ УКРАЇНИ

СУЧАСНІ МЕДИЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ

український науково-практичний журнал

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Фінансування систем охорони здоров'я: досвід деяких
країн Європейського союзу

Надання медичної допомоги лікарями загальної
практики-сімейної медицини з приводу хірургічних хвороб

ОГЛЯДИ

Реформування системи охорони здоров'я
та його наслідки щодо медичного забезпечення працюючих

Первинна медична допомога дитячому населенню
при впровадженні сімейної медицини

ІСТОРІЯ МЕДИЦИНИ

Історичний досвід вітчизняної медицини
з профілактики інфекційних захворювань

Історія розвитку служби швидкої медичної допомоги
у Запорізькій області

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



ISSN 2072-9367

№ 1 (13), 2012

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 №2 від 09.02.2012 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. — 6.0
Замовлення № 0912e

Адреса для листування:

Редакція журналу
«Сучасні медичні технології»
69096 м. Запоріжжя,
бул. Вінтера, 20,
Тел/факс: (061) 289-80-82
E-mail: mmtzmapo@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», 2012
www.mmt.zmapo.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. (Дніпропетровськ)	Кошля В. І. (Запоріжжя)
Бойко В. В. (Харків)	Лазоришинець В. В. (Київ)
Бучакчийська Н. М. (Запоріжжя)	Лоскутов О. Є. (Дніпропетровськ)
Гринь В. К. (Донецьк)	Луценко Н. С. (Запоріжжя)
Гриценко С. М. (Запоріжжя)	Милиця М. М. (Запоріжжя)
Гук І. І. (Австрія)	Мішалов В. Г. (Київ)
Гусаков О. Д. (Запоріжжя)	Мягков О. П. (Запоріжжя)
Дзяк Г. В. (Дніпропетровськ)	Ничитайло М. Ю. (Київ)
Завгородній С. М. (Запоріжжя)	Овчаренко Л. С. (Запоріжжя)
Завгородня Н. Г. (Запоріжжя)	Решетілов Ю. І. (Запоріжжя)
Запорожан В. М. (Одеса)	Русин В. І. (Ужгород)
Книшов Г. В. (Київ)	Фуркало С. М. (Київ)
Коваленко В. М. (Київ)	Фуштей І. М. (Запоріжжя)
Ковальов О. О. (Запоріжжя)	Якушев В. С. (Запоріжжя)
	Ярешко В. Г. (Запоріжжя)

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

Відповідальний секретар: Одринський В. А.

Зміст

5	Оригінальні дослідження
5	Фінансування систем охорони здоров'я: досвід деяких країн Європейського Союзу <i>Латишев Є. Є.</i>
11	Консиліум – як організаційно-управлінська технологія медичного та економічно-фінансового генезу в умовах вдосконалення якості системи медичного забезпечення населення України <i>Рудень В. В., Москвяк Є. Й., Гутор Т. Г.</i>
18	Удосконалення методичних підходів до підготовки керівників галузі охорони здоров'я з питань менеджменту якості медичної допомоги <i>Горачук В. В.</i>
21	Адаптація підходів та механізмів електронного менеджменту для використання при організації медико-санітарної допомоги пацієнтам з мультирезистентним туберкульозом <i>Владзимирський А. В., Мозговой В. В.</i>
29	«Медичне право» – його місце при підвищенні кваліфікації лікарів <i>Лашкул З. В., Сізнцова Ю. Ю.</i>
31	Надання медичної допомоги лікарями загальної практики-сімейної медицини з приводу хірургічних хвороб <i>Слабкий Г. О., Бурдим Ю. В.</i>
36	Результати переходу до надання ПМСД на засадах сімейної медицини на рівні адміністративного району в сільській місцевості <i>Одринський В. А.</i>
45	Концептуальні основи становлення і розвитку гігієни катастроф як нового наукового та прикладного напрямку в предметній сфері медицини катастроф <i>Кочін І. В., Сидоренко П. І., Гут Т. М., Гелдаш С. В., Акулова О. М., Гайволя О. О., Шило І. Ф., Трошин Д. О.</i>
53	Малоінвазивні способи лікування атеросклеротичних уражень артерій дуги аорти <i>Русин В. І., Корсак В. В., Буцко Є. С., Борсенко М. І.</i>
60	Патогенетические параллели аутоиммунных процессов и деструктивных изменений суставных структур на ранних стадиях ревматоидного артрита <i>Рекалов Д. Г.</i>
66	Огляди
66	Аналіз останніх змін в законі України «основи законодавства України про охорону здоров'я» щодо надання медичної допомоги <i>Курило Т. М.</i>
70	Реформування системи охорони здоров'я та його наслідки щодо медичного забезпечення працюючих <i>Крекотень О. М.</i>
74	Первинна медична допомога дитячому населенню при впровадженні сімейної медицини <i>Фершал Я. Ю.</i>
80	Амбулаторна психіатрична допомога при впровадженні сімейної медицини <i>Бібік І. Г.</i>
85	Особисте страхування. сучасний стан добровільного медичного страхування в Україні <i>Курочка В. Л., Лашкул З. В., Посний В. Ф., Авраменко В. С., Одринський В. А., Фершал Я. Ю., Бібік. І. Г.</i>
89	Історія медицини
89	Исторический опыт отечественной медицины по профилактике инфекционных заболеваний <i>Лашкул З. В.</i>
92	История развития службы скорой медицинской помощи в Запорожской области <i>Балашов Г. В., Лашкул З. В.</i>

ФІНАНСУВАННЯ СИСТЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ДОСВІД ДЕЯКИХ КРАЇН ЄВРОПЕЙСЬКОГО СОЮЗУ

Латишев Є. Є.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

В статті проаналізовано джерела фінансування систем охорони здоров'я країн європейського регіону, доходи яких формуються переважно за рахунок оподаткування та визначено особливості збору податків на охорону здоров'я.

Ключові слова: фінансування та організація охорони здоров'я, податок, постачальник та замовник медичних послуг.

З фінансової точки зору надання медичної допомоги можна представити у спрощеному вигляді як процес руху коштів охорони здоров'я, коли постачальники медичних послуг спрямовують їх на задоволення потреб хворих, а хворі або сторонні платники спрямовують фінансові кошти постачальникам.

Найпростіша форма угоди за поставку товару або послуги – прямий платіж. Споживач (перший учасник угоди) сплачує постачальнику (другому учаснику) безпосередньо за товар або послугу. У сучасних системах охорони здоров'я функціонує «модель трикутника», де існує третій учасник, який захищає населення від фінансових ризиків, пов'язаних з хворобою. Цього третього учасника може представляти собою держава [1].

Механізм, при якому платежі здійснює третій учасник (сторонній платник), склався в значній мірі завдяки тій невизначеності, яку несе за собою хвороба, що дозволяє розділити ризики. Цей механізм є також засобом досягнення міжособистісного перерозподілу ресурсів [2, 3].

Завжди актуальним є факт, що для фінансування послуг охорони здоров'я, третій учасник (держава) повинен безпосередньо або опосередковано зібрати гроші від населення з метою захисту їх від ризиків. Отриманий таким чином дохід використовується для компенсації витрат хворого або постачальника.

Метою нашого дослідження був аналіз джерел фінансування систем охорони здоров'я країн-членів Європейського Союзу (ЄС), доходи в яких переважно формуються за рахунок оподаткування та визначення їх особливостей.

У якості джерел була використана європейська інформаційна база даних ВООЗ та інші наукові джерела.

За результатами аналізу встановлено, що європейські системи охорони здоров'я (n=27) фінансуються переважно з різних джерел з домінуванням оподаткування та соціального медичного страхування, в деяких країнах значна питома

вага доходної бази формується за рахунок прямих платежів пацієнтів, а приватне медичне страхування займає другорядне місце [1, 4].

Фінансування охорони здоров'я – поняття, яке охоплює три функції, що пов'язані з рухом коштів через систему охорони здоров'я:

- механізми збору та мобілізації коштів (інкасація доходів);
- створення фінансових пулів;
- розподіл коштів постачальникам послуг [5, 6].

Податки можуть стягуватися з окремих осіб, господарств і фірм (прямі податки) або з операцій і товарів (непрямі податки). Прямі і непрямі податки можуть стягуватися на загальнодержавному, регіональному та місцевому рівнях. Непрямі податки можуть бути загальними (наприклад, податок на додану вартість) або використовуватися до певних товарів (акцизні податки). Розрізняють податки, що стягуються урядом і обов'язкові страхові внески, що стягуються, як правило, незалежними або напівнезалежними агентами. Податки можуть бути загальними або адресними (цільовими) – інакше кажучи, призначеними для певних витрат.

Метою створення фінансових пулів є інкасація (збір) коштів з різних джерел та їх розподіл серед організацій, які безпосередньо платять постачальникам послуг. Існують два найважливіші аспекти створення пулів та розподілу коштів: рух коштів від багатих до бідних (перерозподіл доходів) і від здорових до хворих (розділення ризиків).

Інкасацію доходів слід відрізнити від об'єднання коштів, тобто створення фінансового пулу: деякі форми інкасації не допускають розділення фінансових ризиків між платниками (тобто усереднення ризиків). Створення фінансового пулу визначається як «концентрація попередньо сплачених коштів охорони здоров'я в інтересах населення» [1, 7].

Створення фінансового пулу важливе, оскільки це сприяє концентрації та усередненню фі-

нансових ризиків по всій сукупності жителів або по певній групі населення.

Розподіл коштів або закупівля послуг поставальниками послуг.

Під закупівлями розуміється «перерахування коштів, накопичених у фондах, поставальникам послуг в інтересах населення» [7].

У деяких системах послуги закуповуються спеціальними агентами (наприклад, у Великобританії такими агентами є трести первинної допомоги). У подібних випадках кошти з фондів повинні переводитися покупцям. Завдання забезпечення рівності, справедливості та ефективності вимагає такого розподілу коштів, яке відповідало б реальним потребам охорони здоров'я.

Подушне фінансування (капітація) служить основним методом калькуляції бюджету покупців у країнах ЄС. Разом з тим багато систем охорони здоров'я продовжують розподіляти кошти, керуючись політичними розрахунками, історичними прецедентами або вигідними ціновими пропозиціями.

Значною проблемою є зрівноважування доходів і витрат, хоча основна увага в наших дослідженнях приділяється доходам, важливо осмислення обох сторін балансу – доходи і витрати.

Слід зазначити, що тенденції витрачання коштів в охороні здоров'я країн ЄС були такі, що в 1960–1970-х рр. двадцятого сторіччя витрати на соціальне забезпечення швидко збільшувалися, проте потім це зростання призупинилося. Економічний спад, що наступив услід за нафтовою кризою 1974 р., і зростаюче безробіття підірвали віру в обґрунтованість політики підвищення витрат на соціальне забезпечення. Однак, державні витрати на соціальне забезпечення в багатьох країнах незабаром стабілізувалися, а витрати на охорону здоров'я в реальному вирахованні продовжували зростати. Ця обставина посилила конфлікт між попитом і пропозицією в охороні здоров'я. Для запобігання такої ситуації країни вдалися до дефіцитного фінансування, урізання інших державних витрат, переключення на приватні джерела надходжень, або підвищення економічності.

Порівняння даних про витрати на охорону здоров'я по різних країнах породжує ряд методологічних питань. Серед них, встановлення кордону між охороною здоров'я та соціальною опікою, стандартизація визначень по різних країнах, методи збору даних, питання, пов'язані з організаційними відмінностями.

Певні проблеми виникають також у зв'язку з точним виміром витрат та їх поданням у вигляді відсотка від валового внутрішнього продукту (ВВП): оцінки можуть варіювати в широких межах і не враховують ситуації в неофіційному секторі економіки та охорони здоров'я країн Південної, Центральної та Східної Європи. Альтернативні методи – такі, як облік курсу обміну

валют і оцінка відносної купівельної спроможності при порівнянні витрат на охорону здоров'я з розрахунку на душу населення – не вирішують виникаючих труднощів. Так, курси обміну валют коливаються, а розрахунки цін на товари і послуги, що входять в стандартний споживчий кошик (на основі якого оцінюється відносна купівельна спроможність), необ'єктивний відносно цін на медикаменти [7].

Дані свідчать про те, що в більшості європейських країн витрати на охорону здоров'я в реальному вирахованні продовжують зростати. Те ж відноситься і до державних витрат на охорону здоров'я, особливо в Німеччині, Ірландії, Нідерландах та Великобританії, де державні витрати на охорону здоров'я зростали швидше, ніж загальні [8].

Дані по країнах ЄС свідчать про те, що витрати на охорону здоров'я, що розраховуються як відсоток від ВВП, в кінці 1990-х років стабілізувалися, а в деяких країнах навіть знизилися. Однак у восьми країнах ЄС ВВП між 1995 і 2008 рр. зростав швидше, ніж витрати на охорону здоров'я, а в Данії, Греції, Португалії та Іспанії витрати на охорону здоров'я зростали лише не набагато швидше, ніж ВВП [1, 8].

Таким чином, показники стабілізації витрат, які розраховуються як відсоток від ВВП, у ряді випадків, можливо, відображають не стільки успіхи зі стримування витрат на охорону здоров'я, скільки загальне економічне зростання. Наприклад, зростання витрат на охорону здоров'я в Ірландії між 1995 і 2008 рр. виросло на 3,4%, а економічне зростання склало 8,8%.

У Фінляндії та Швеції витрати на охорону здоров'я знизилися. Що стосується Швеції, то тут сталося перетікання частини витрат з бюджету на охорону здоров'я в бюджет соціального забезпечення. У Фінляндії ж серйозний економічний спад привів до необхідності значного скорочення державних витрат на охорону здоров'я [1, 8].

За результатами аналізу джерел фінансування країн-членів ЄС встановлено, що європейські системи охорони здоров'я фінансуються здебільшого з різних джерел, до числа яких належать оподаткування, соціальне медичне страхування, платежі готівкою з кишені користувача та приватне медичне страхування. Однак майже у всіх європейських країнах переважну роль відіграють оподаткування та соціальне медичне страхування. Податкові надходження відіграють певну роль у фінансуванні охорони здоров'я майже у всіх європейських країнах. Податки – є основним джерелом доходів охорони здоров'я у ряді країн. У всіх країнах ЄС представлена частка доходів за рахунок оподаткування, яка у середньому складає $34,6 \pm 31,7\%$ від $2,8\%$ у Нідерландах до $87,1\%$ у Великобританії (рис. 1).

За даними європейської інформаційної бази

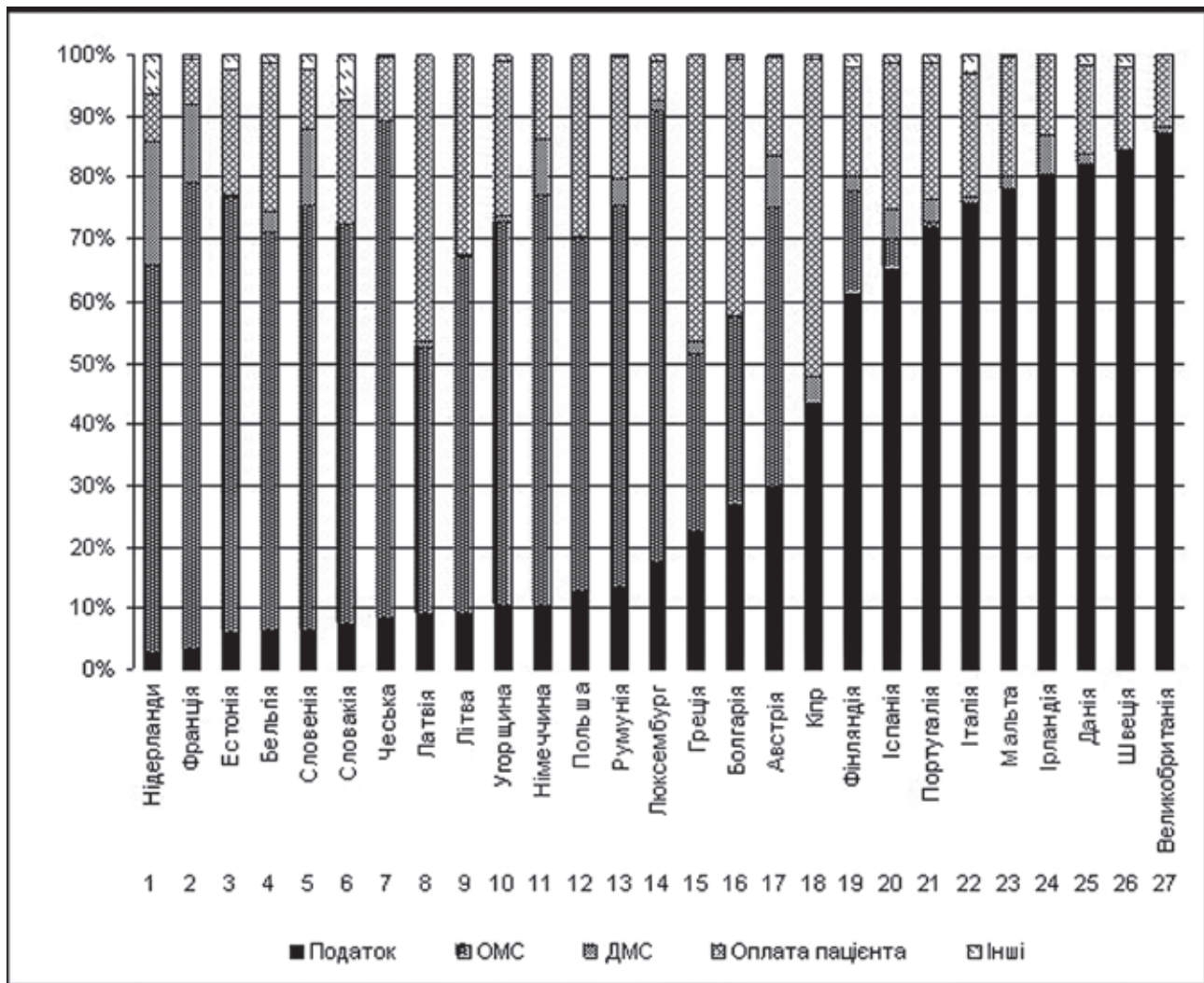


Рис. 1. Доходна фінансова база на охорону здоров'я країн ЄС, в основу ранжування якої закладено фінансування за рахунок оподаткування

даних [9–17] досліджено групу країн (n=9: Данія, Фінляндія, Ірландія, Італія, Мальта, Португалія, Іспанія, Швеція та Сполучене Королівство Великобританії), в яких фінансовий пул формується головним чином за рахунок оподаткування (понад 50%).

Слід відзначити, що оподаткування за своєю природою в країнах неоднорідне: податки розрізняються за джерелами (прямі і непрямі), рівнем (загальнодержавні і місцеві), типу (загальні та адресні). Різні типи податків мають неоднакове значення з точки зору соціальної справедливості та економічності.

У Великобританії охорона здоров'я фінансується переважно шляхом прямого оподаткування. Адресні прибуткові податки на охорону здоров'я відіграють першочергову роль в Італії. На охорону здоров'я відкладається щонайменше частина податків від продажу сигарет у Великобританії. Регіональні або місцеві податки – головне джерело доходів охорони здоров'я в Данії, Фінляндії, Швеції, а з 2000 р. також в Італії. Загальнодержавні податки – основне джерело доходів

охорони здоров'я у Великобританії, Іспанії та Португалії.

Прямі або непрямі податки

Прямими називаються податки, які стягуються з окремих осіб, господарств або фірм. До прямих податків належать прибуткові податки: податки на прибуток, податки на дохід з нерухомого майна. Прибуткові податки звичайно стягуються за прогресивним принципом, що призводить до перерозподілу доходів між бідними і багатими (чим вищий дохід, тим вище ставка податку). Деякі інституціональні особливості прямого оподаткування можуть призвести до горизонтальної нерівності (тобто до нерівності між людьми, що мають однакові доходи). Мова йде про випадки, коли:

- ставки прибуткового податку варіюють по регіонах;
- деякі види доходів звільнені від прибуткового податку;
- деякі типи витрат виключаються з суми,

що підлягає обкладенню прибутковим податком (такі платежі відсотків по заставі, приватні медичні страхові премії або платежі готівкою за медичні послуги).

Збір простих податків не становить особливих адміністративних труднощів, коли ведеться офіційний облік заробітків чи прибутків. Заробіток – легко ідентифіковано джерело доходів; відповідно, податок може утримуватися безпосередньо з джерела. При наявності розвинутої неофіційної економіки необхідні значні адміністративні зусилля, щоб зменшити ступінь ухилення від сплати податків.

Непрямі податки – це податки на торгові операції та товари. До непрямих податків відносяться, наприклад, податок з обороту, податок на додану вартість, акцизні податки, експортні та імпорتنі мита.

Непрямі податки можуть бути регресивними, оскільки:

- люди з більш високими доходами відкладають більше грошей, а заощадження не обкладаються непрямыми податками;

- люди з відносно низькими доходами витрачають пропорційно більше коштів на товари, що обкладаються високими податками (наприклад, на тютюн);

- у багатьох випадках непрямі податки являють собою одноразові виплати (такі, наприклад, як водійські права).

Непряме оподаткування товарів і послуг – явне і тому легко ідентифіковане джерело, особливо за наявності розвинутої неофіційної економіки та поширеній практиці ухилення від сплати податків. Диференціальні ставки податків, будучи застосованими до шкідливих для здоров'я товарів (тютюнових виробів і т. п.), можуть знизити споживання таких товарів і тим самим сприяти покращенню здоров'я населення. Застосування високих ставок до предметів розкоші і нульових ставок до предметів першої необхідності також може призвести до прогресивних результатів. В цілому, непрямі податки мають регресивну природу, оскільки платежі за такими податками визначаються споживанням товарів і послуг, а не загальним розміром доходів.

Місцеві та загальнодержавні податки

На користь місцевого оподаткування висуваються такі аргументи:

- більш високий ступінь прозорості: витрати на охорону здоров'я зазвичай складають основну частину місцевих бюджетів; відповідно, зв'язок між сумою, яка стягується в якості місцевого податку та сумою, яка повинна бути витрачена на потреби охорони здоров'я, має більш безпосередній характер (ці кошти не є адресними, проте наділені деякими властивостями «адресності»);

- більш високий ступінь підзвітності: місце-

ві політики знаходяться ближче до електорату; відповідно, рішення щодо витрачання грошей носять більш об'єктивний характер;

- чуйність на місцеві потреби: особи, що приймають рішення щодо витрачання грошей на охорону здоров'я, можуть керуватися специфічними інтересами місцевих жителів;

- відділення охорони здоров'я від конкуруючих пріоритетних сфер державної політики: охорона здоров'я може бути пріоритетною сферою на місцевому рівні, де конкуренція за державні кошти виражена слабше. Ступінь пріоритетності охорони здоров'я на місцевому рівні залежить від функцій місцевого уряду і від того, наскільки значні повноваження, передані місцевому уряду з центру.

Висуваються також окремі контраргументи. Першість в місцевих бюджетах витрат на охорону здоров'я (в бюджетах більшості округів Швеції такі витрати складають до 70%) може породити свого роду інерцію, оскільки місцеві політики не хочуть змін: в медичних закладах працює значна частина місцевих жителів, що є джерелом постійного тиску на центральну владу з метою утримати високий рівень фінансування. Місцеві податки можуть також призвести до горизонтальної нерівності, якщо в різних регіонах застосовуються різні ставки податків. Більше того, одні й ті ж ставки можуть привести до підвищення рівня доходів для багатих регіонів і до зниження рівня доходів для бідних регіонів. Внутрішня міграція, особливо міграція молодого працездатного населення з сільської місцевості в міста, може поглибити нерівність між регіонами з огляду на високий рівень непрацездатного населення у сільській місцевості.

Теоретично, місцеве оподаткування, подібно загальнодержавному, може бути як прогресивним, так і регресивним, проте його масштаби більш обмежені, оскільки воно перерозподіляє прибутки тільки всередині даного регіону.

Загальнодержавне оподаткування допускає компроміси між сферою охорони здоров'я та іншими сферами державної політики. У системах, що фінансуються з податкових надходжень, рішення про те, яка частка державних витрат повинна бути виділена на охорону здоров'я, носять чіткий і недвозначний характер. На загальнодержавному рівні компроміси укладаються з іншими програмами витрат або переказами коштів, зниження податків або списання боргів. Розподіл коштів відображає здатність міністерства охорони здоров'я добиватися своїх цілей шляхом переговорів з іншими міністерствами.

У більшості країн щорічний процес формування бюджетів та розподілу коштів по різним урядовим відомствам або департаментам традиційно виявляє відносну слабкість сфери охорони здоров'я (представлену, як правило, міністерством охорони здоров'я) в порівнянні з міністер-

ством фінансів.

Перевага збору податків на загальнодержавному рівні – економія на адміністративних витратах (позитивний ефект масштабу). Передача повноважень щодо стягування податків регіонам знижує позитивний ефект масштабу і тим самим збільшує адміністративні витрати.

Загальні або адресні податки

Основні переваги загального оподаткування полягають в наступному:

- значна податкова база (різноманіття механізмів стягнення податків і різноманіття джерел податкових надходжень);
- можливість компромісів між охороною здоров'я та іншими сферами витрачання державних коштів (адресні податки не допускають таких компромісів).

Фінансування охорони здоров'я шляхом загального оподаткування також означає, що вкладення коштів в охорону здоров'я є предметом щорічних переговорів про структуру витрачання державних фінансів. Ця обставина сприяє політизації процесу і одночасно розвитку демократичних структур підзвітності.

Адресні (цільові, відкладені) податки призначені спеціально для охорони здоров'я і можуть бути як прямими, так і непрямими. Адресний прибутковий податок, або податок на охорону здоров'я, має ряд переваг перед загальним оподаткуванням. Так, зважаючи на свій більш явний характер він може знизити протидію оподаткуванню.

Встановлення реального зв'язку між оподаткуванням та витратами робить фінансування охорони здоров'я більш прозорим і підвищує ступінь його відповідності справжнім потребам населення. Однією з можливих переваг адресного оподаткування є в тому, що воно вселяє людям відчуття певної особистої причетності до податкової системи; останнє, в свою чергу, може сприяти підвищенню тиску на постачальників з метою покращення якості послуг. Крім того,

адресні податки більш стійкі до політичних маніпуляцій.

З іншого боку, у адресного оподаткування є і потенційно слабкі сторони. На практиці не всі податки, які називаються адресними або мають ознаки «адресності», є строго цільовими, оскільки доходи від них можуть з'єднуватися з надходженнями від інших податків. Це послаблює зв'язок між прибутком і витратами і, отже, знижує рівень довіри населення. «Адресність» податку може також знизити ступінь гнучкості бюджетного процесу, у якому витрати визначаються розмірами доходів, а не політичними рішеннями (процес надходження доходів носить циклічний характер, що підвищує ймовірність періодичних підйомів і спадів). Відділення охорони здоров'я від інших сфер витрачання державних коштів може привести до вимог ввести інші адресні бюджети, що загрожує негативними наслідками для інтегрованої політики в галузі охорони здоров'я; однак, більшість сучасних фахівців вважає саме таку політику ключовим методом поліпшення здоров'я населення [7]. Адресні податки можуть принести користь окремим зацікавленим групам і професійним лобі, розмір впливу яких значною мірою визначається можливістю розпоряджатися грошима.

Таким чином, за результатами дослідження підходів до формування системи фінансування охорони здоров'я країн ЄС, доходи яких формуються переважно за рахунок оподаткування встановлено:

1. Всі країни знаходяться у стані вирішення проблем, які пов'язані зі зростанням витрат на охорону здоров'я та обмеженістю ресурсів, тому зусилля менеджерів зосереджені на збільшенні доходної фінансової бази.
2. Джерела формування фінансового пулу за рахунок різноманітних видів оподаткування.
3. Соціальна справедливість при доступі до послуг вище там, де охорона здоров'я фінансується з адресних податкових надходжень.
4. Фінансові потоки мають бути більш прозорі, що підвищує ступінь прийнятності внесків з точки зору громадськості.

Література

1. Москаленко В. Ф., Латишев Є. Є., Бекало М. С. Підходи до формування системи фінансування охорони здоров'я країн європейського союзу// Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2010. – № 4 (12). – С. 39–47.
2. Buckingham: Open University Press. Evans, R. G. (1998) Going for gold: the redistributive agenda behind market based health care reform, in D. Chinitz, J. Cohen and C. Doron (eds) Governments and Health Systems: Implications of Differing Involvements. Chichester: Wiley.
3. Hills, J. (2000) Taxation for the Enabling State, CASE Discussion Paper No. 41. London: Centre for Analysis of Social Exclusion, London School of Economics and Political Science.
4. Kanavos, P. and McKee, M. (2000) Cross border issues in the provision of health services: are we moving towards a European health care policy?, Journal of Health Services Research and Policy, 5(4): 231–6.
5. McGrail, K., Green, B., Barer, M. L. et al. (2000) Age, costs of acute and long term care and proximity to death: evidence for 1987–88 and 1994–95 in British Columbia, Age and Ageing, 29 (3): 249–53.
6. Mills, A., Bennett, S. and Russell, S. (2001) The Challenge of Health Sector Reform: What Must Governments Do? Hampshire: Palgrave.
7. Mossialos, E., Dixon, A. and McKee, M. (2000) Paying for the NHS, British Medical Journal, 320:1978.

8. Murthy, A., Dixon, A. and Mossialos, E. (2001) Genetic testing and insurance: implications of the UK Genetics and Insurance Commission (GAIC) decision, *Journal of the Royal Society of Medicine*, 94 (2): 5760.
9. Vrangbaek K (2009). The health system in Denmark. New York, The Commonwealth Fund.
10. Jarvelin J (2002). Health care systems in transition: Finland. *Health Systems in Transition*, 4(1):1–92.
11. McDaid D, Wiley MM (2009). Ireland: health system review. *Health Systems in Transition* (forthcoming).
12. Donatini A et al. (2009). Italy: health system review. *Health Systems in Transition* (forthcoming).
13. Fattore G, Torbica A (2006). Inpatient reimbursement system in Italy: How do tariffs relate to costs? *Health Care Management Science*, 9:251–258.
14. Muscat N (1999). Health care systems in transition: Malta. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
15. Duran A, Lara JL, van Waveren M (2006). Spain: health system review. *Health Systems in Transition*, 8(4):1–208.
16. Glenngard AH et al. (2005). Health systems in transition: Sweden. *Health Systems in Transition*, 7(4):1–128.
17. Boyle S (2007). The UK health system. New York, Commonwealth Fund (http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/UK_Country_Profile_2008.pdf?section=4061, accessed 29 November 2008).

ФИНАНСИРОВАНИЕ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ОПЫТ НЕКОТОРЫХ СТРАН ЕВРОПЕЙСКОГО СОЮЗА

Латышев Е. Е.

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П. Л. Шупика

В статье проанализированы источники финансирования систем здравоохранения стран европейского региона, доходы которых формируются преимущественно за счет налогообложения и определены особенности сбора налогов на здравоохранение.

Ключевые слова: финансирование и организация здравоохранения, налог, поставщик и заказчик медицинских услуг.

THE FINANTIONAL HEALTH SYSTEMS': EXPERIENCE SOME EUROPEAN UNION COUNTRIES

Latyshev E. E.

National medical academia postgraduated educational after name P. L. Shupik

The analysis forming finantional database health systems' European Union countries, income forming on tax and substantiate special collection tax in health systems'.

Keywords: financing and organization health systems', tax, supplier and customer of medical serves.

КОНСИЛІУМ – ЯК ОРГАНІЗАЦІЙНО-УПРАВЛІНСЬКА ТЕХНОЛОГІЯ МЕДИЧНОГО ТА ЕКОНОМІЧНО-ФІНАНСОВОГО ГЕНЕЗУ В УМОВАХ ВДОСКОНАЛЕННЯ ЯКОСТІ СИСТЕМИ МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

Рудень В. В., Москвьяк Є. Й., Гутор Т. Г.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

У статті по новому обґрунтовують підходи до застосування в практичній діяльності лікуючого лікаря організаційно-управлінської технології «колективного інтелекту» медичного та економічно-фінансового генезу – консиліуму, у світлі виконання Програми Економічних реформ Президента України (2010).

Ключові слова: пацієнт, лікуючий лікар, медична допомога, консиліум, якість медичних послуг.

Сьогодні, на початку ХХІ сторіччя, у, поки що, не реформованій охороні здоров'я України новітнього формату, значимим є питання як вмотивованості діагностики та лікування у стані клінічного перебігу низки доволі складних захворювань та їх ускладнень супутньою патологією, так само і доцільності у застосуванні лікуючим лікарем у діагностично-лікувальному процесі пацієнтів тих чи інших дороговартісних високоінформативних науково обґрунтованих медичних технологій. Це викликано, на наше переконання:

– по-перше: як наявним «демографічним зсувом» [20] у віковій структурі населення з його регресивним типом, що характеризується процесами хронізації захворюваності у осіб старшого/похилого віку та «епідеміологічним переходом» у стані захворюваності населення України від інфекційної до неепідемічної [18], так і недостатнім бюджетним фінансуванням «семашківської»/державної системи медичного забезпечення населення країни;

– по-друге: процесом реалізації підвалин Програми Економічних реформ Президента України на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» [7] в питанні вдосконалення функціонування діючої системи медичного забезпечення через механізм підвищення її якості до європейського рівня та раціоналізації в застосуванні високоінформативних високовартісних інструментальних науково обґрунтованих медичних технологій в практичній охороні здоров'я.

І це не вигадки науковців від охорони здоров'я, а це – для системи медичного забезпечення населення України на 21-ому році її незалежності,

є прямим викликом часу, оскільки в ринкових умовах низки європейських та світових країн світу будь-яке застосування практикуючими лікарями у питаннях корекції стану здоров'я людини тих або інших науково обґрунтованих профілактичних, лікувально-діагностичних та реабілітаційних медичних технологій обґрунтовується методом співставлення результату з його фінансовими затратами. Прикладом цьому є Канада (70% фінансування медичної галузі є бюджетним, 30% – приватного сектора економіки), де на державному рівні продемонстровано прагнення системи охорони здоров'я до удосконалення якості надання медичної допомоги та оптимізації фінансових затрат через механізм вивчення відповідності лікарських призначень та їх ефективності, що викликало серед населення країни велику повагу та оптимістичний настрій [14].

Власне, таким механізмом реалізації говореного вище, як на нас, без чого не можуть аж ніяк обійтися лікарі практичної охорони здоров'я, є проста та економічно оправдана в усі історичні періоди розвитку медицини організаційно-медична технологія управлінського, а на сьогодні вже економічно-фінансового генезу, що отримала назву «консиліум».

Мета наукової роботи полягає у ретроспективному аналізі медичної технології «консиліум» та науковому обґрунтуванні її значимості згідно засад Програми Економічних реформ (2010 рік) Президента України в контексті підвищення якості медичних послуг та раціоналізації у використанні дороговартісних інструментальних високоінформативних медичних технологій.

У ході виконання наукової роботи викорис-

тані матеріали та методи, що напряму стосуються історико-літературного синтезу, ретроспективного, кваліметричного, семантичного та структурно-логічного аналізу, абстрактного мислення та дедуктивного освідомлення, з врахуванням принципів системного аналізу та системного підходу.

Результати та обговорення

Результати структурно-логічного аналізу, абстрактного мислення та дедуктивного освідомлення щодо теперішнього судження на застосування лікарської технології «консиліум» пояснюються тим, що сам процес управління лікуючим лікарем (об'єкт управління), при постійному зростанні його розумово-інтелектуальної особистості та індивідуального професійного рівня, у питанні прийняття якісних, своєчасних, обґрунтованих і економічно виправданих рішень у застосуванні конкретних медичних технологій діагностичного, лікувального, профілактичного та реабілітаційного генезів у більшості випадків корекції здоров'я людини (суб'єкт управління) з причини її хвороби, травми, нещасного випадку тощо, у ХХІ сторіччі – віці наявного необмеженого інформаційного наукового медичного простору та найвищого розвитку інформаційних медичних технологій (блок науково-інформаційного забезпечення), аж ніяк не виключає ймовірності виникнення помилок у діях (перешкод) як зі сторони об'єкту, так і суб'єкту управління [6], що є характерно для його діяльності з часів індивідуального підходу Гіппократа. Якраз, ймовірні, а не передбачувані помилки/перешкоди, в кінцевому результаті теоретично та практично негативно впливають як на якість надання конкретних медичних послуг, так і економічно-фінансову доцільність застосування реальних медичних технологій, не говорячи вже про медичну, соціальну, економічну та психологічну складову наданої/отриманої медичної допомоги.

І тільки, надавши медичній технології «консиліум» нового змісту згідно вимог часу та суспільно-політичної і фінансової ситуації в Україні, ми зможе значно зменшити або повністю усунути можливі помилки/перешкоди в процесі управління лікувально-діагностичним процесом у конкретного пацієнта, що в кінцевому результаті позитивно вплине на стані його здоров'я.

Слово «консиліум» (лат. *consilium* – нарада, обговорення) в низці доступних Словників тлумачиться [8] як нарада декількох лікарів однієї або різних спеціальностей з метою обговорення/винесення заключення про стан здоров'я пацієнта, уточнення/встановлення діагнозу хвороби, визначення тактики обстеження чи способів/методів лікування недужого, окреслення прогнозу у клінічному перебігу патології нездорової людини, доцільності її скерування до спеціалізованих

(вторинний рівень) чи високо спеціалізованих (третинний рівень) діагностичних/лікувальних, реабілітаційних структурних підрозділів медичних закладів, а також застосування тих чи інших дороговартісних інструментальних високоінформативних медичних технологій.

Тобто, «консиліум» – це медичний огляд пацієнта двома чи більше фахівцями одного або різних профілів вищої кваліфікації, ніж у лікуючого лікаря, в його присутності для встановлення істини у важких чи незрозумілих в лікувально-діагностичному плані хворих.

За сутністю «консиліуму», як на нас, – це організаційно-управлінська технологія медичного та економічно-фінансового генезу і її застосування є можливим лише у тому випадку, коли лікуючий лікар [19] має відповідні затруднення щодо прийняття управлінського рішення в лікувально-діагностичному процесі конкретного хворого, що призводить до зростання ймовірності виникнення у процесі управління здоров'я пацієнта перешкод у вигляді професійних помилок.

Саме у такій ситуації, лікуючому лікареві надається право відмовитися від індивідуального підходу у лікуванні пацієнта і скористатися результатами колективного рішення, зневілювавши в такий спосіб можливі проблеми в процесі управління діагностикою та лікуванням, тобто долучити до процесу корекції стану здоров'я пацієнта знання більш досвідчених лікарів та науково-педагогічних кадрів.

Іншими словами, як зазначають Кустов В. М. та Тихилов Р. М. (Росія, 2010), консиліум – це достовірно етична традиція клінічної медицини [11], завдяки якій не тільки попереджаються можливі помилки при ухваленні відповідальних рішень окремим лікарем, але і використовуються потенційні можливості, наявні в науці як «колективному інтелекті».

Тому, сьогодні, знову всім нам потрібно розуміти, що консиліум лікарів – це вища соціально-економічна доцільність у корекції здоров'я людини, коли на одній чаші терезів розміщене життя і здоров'я людини, на іншій – у всій необхідній повноті можливості медичної науки та їх потреба в застосуванні в кожному конкретному випадку.

Ретроспективний аналіз питання «консиліуму», у власному змісті, сягає часів Гіппократа (460–377 р. до н. е.), коли звернення за допомогою і порадою до колег на користь хворого було одним з ключових принципів лікування у ті часи, оскільки «...приступаючи до лікування, лікар покладається не на судження, а на досвід, підкріплений розумом» [2].

Колосальну сутність «консиліуму» надавав єврейський мислитель ХІІ сторіччя Маймонід/Рамбама (1135–1204), закликаючи лікарів радитися один з одним і слухати один одного з метою

як правильної діагностики хвороби, так і призначення лікування [12]. «А якби всі лікарі, що лікують, зібралися разом, як це роблять у важких ситуаціях королі і радники, і серйозно обмінялися думками про стан хворого і про те, які саме із запропонованих способів лікування, слід вибрати, то це було б розумно. Адже жоден лікар не в змозі запам'ятати все, що він вивчав... але якщо зберуться декілька фахівців і кожен пригадає що-небудь корисне, то це допоможе прийти до загальної думки, і так буде досягнуто всіма бажані та рятівні для хворого згода» [23].

Важливим історичним фактом в контексті окресленої теми є те, що у другій половині XVI сторіччя була започаткована практика, коли до московського двору стали запрошувати іноземних лікарів [9]. Так, уже при правлінні Івана IV Грозного (1530–1584) їх служило не менше десяти, тоді як при дворі Бориса Годунова (1551–1605) чисельність іноземних лікарів була доволі великою, що для лікування раптово захворілого в білокам'яній столиці нареченого царівни Ксенії був створив консилиум. Важливим і цікавим на сьогодні є і те, що наприкінці XVI сторіччя – першій половині XVII сторіччя царський уряд зобов'язав іноземних лікарів навчати російських учнів лікарській справі «...з усяким усердям/старанням та нічого не затаївши» [16].

У медичній літературі слово консилиум з'явилося у петрівські часи (середина XVIII сторіччя), коли літературна мова, що активно формувалася, збагачувалася безліччю наукових латинських термінів (абсцес, ампула, ампутація, ангіна, вена, консилиум тощо) [5].

Історична хронологія медичного консилиуму досить об'ємна і повчальна для сьогодення [22]. Тому ми пропонуємо, на окремих прикладах проведення консилиуму, освідомити та розважити кожному лікареві над вагомістю результатів спільного/колегіального прийняття управлінського рішення лікарями щодо стану здоров'я пацієнта у різні історичні епохи розвитку суспільства, а саме:

1. У 1581 році майбутній третій герцог Мантуї Вінченцо I Гонзага (1562–1612) одружився на чотирнадцятирічній Маргариті Фарнезе (1567–1643) з Парми. Проте, через декілька днів після пишного весілля відбулася несподівана подія: лікарський консилиум виніс ухвалу, що наречена не може стати дружиною без спеціальної хірургічної операції, яку самі члени консилиуму провести не в змозі [15].

2. За чотири дні до смерті, 23 березня 1827 року, у ліжка важко хворого Людвіга ван Бетховена відбувся лікарський консилиум, після чого Бетховен, посміхаючись, звернувся на латині до оточуючих: «Аплодуйте, друзі, комедія закінчена» [13].

3. У результаті успішної змови, на чолі якої стояв прем'єр-міністр Лутц, король Баварії

Вільгельм Людвіг (1864–1886) був оголошений недієздатним. Професор Бернхард фон Гудден – визначний німецький психіатр того часу та консилиум з трьох лікарів прийшли до висновку, де письмово зафіксували 8 червня 1886 року, що «...Його Величність є хворим на параною у важкій формі». Хвороба сильно запущена і навряд чи виліковна. Прогноз не майбутнє – невтішний: за словами лікарів, положення тільки посилюватиметься. 9 червня 1886 року над королем була встановлена опіка, а правління країною перебрав на себе баварський принц Леопольд – дядько короля Людвіга II [10].

4. За повідомленнями газет Фрунзе М. В. (1885–1925) турбували хворобливі відчуття в животі на протязі майже останніх десяти років. Після хірургічного втручання з приводу гострого апендициту в 1916 році у нього появлялися часом ознаки кишкової кровотечі, що виникала тричі, а останній раз – на початку вересня 1925 р. після автомобільної аварії. Постільний режим і щадяще лікування сприяли поліпшенню самопочуття Михайла Васильовича. Але напади, що повторювалися, болі, які приковували Фрунзе до госпітального ліжка іноді на багато тижнів, обговорювалися на лікарських консилиумах. Учасники першого з них під головуванням наркома охорони здоров'я РСФСР М. О. Семашко 8 жовтня 1925 року рекомендували хірургічне втручання. Другий консилиум 24 жовтня попередив, що операція не позбавляє хворого від необхідності продовжувати лікування. 27 жовтня третій консилиум ухвалив перевести М. В. Фрунзе з Кремлівської лікарні в Боткинську, де 29 жовтня доктор В. М. Розанов приступив до операції. Йому асистували лікарі І. І. Греков та О. С. Мартинов, наркоз проводив А. Д. Очкин. Перед консилиумом В. М. Розанова викликали до себе Й. В. Сталін та Г. Є. Зінов'єв [21].

Нарком охорони здоров'я РСФСР М. О. Семашко на засіданні правління Товариства старих більшовиків в середині листопада 1925 року, відповідаючи на питання з приводу смерті М. В. Фрунзе, повідомив, що склад консилиуму визначала лікувальна комісія ЦК РКП(б).

5. У вересні 1939 року у Михайла Афанасевича Булгакова різко погіршується зір. Консилиум лікарів підтверджує поставлений в Ленінграді діагноз: гіпертонічний нефросклероз. Останні розділи найвідомішого роману «Майстер і Маргарита» смертельно хворий М. А. Булгаков диктував своїй дружині. Закінчив його він за місяць до смерті [3].

6. 5 грудня 2006 року. Історія з випискою Єгора Гайдара з лікарні вийшла не менш детективною, чим історія з його попаданням туди. ...За словами Валерія Натарова, про результати лікарського консилиуму, можливо, стане відомо у вівторок. Колеги і близькі Єгора Гайдара чекають, що лікарі нарешті назвуть точний діагноз, а

також речовину, якою був нібито отруєний експрем'єр, адже, за твердженнями, що просочилися в пресу, хвороба Є. Гайдара була пов'язана якраз з отруєнням невідомою речовиною. У лікарні Є. Гайдар пролежав рівно тиждень. У результаті версія отруєння була підтверджена в четвер увечері, коли в оточенні Гайдара сповістили перші висновки лікарів: «отруєння невідомою речовиною» [4].

У системі державної охорони здоров'я колишнього союзу консилиуми були повсякденним та систематичним методом роботи у практичній діяльності лікаря, де існувала практика запрошення на них видних фахівців / вчених, а окрім цього для цих цілей були передбачені в бюджеті ще спеціальні фінансові асигнування [24]. У підтвердження цього ми пошлемося на один із останніх нормативних документів радянської країни, яким є Методичні вказівки «Про порядок організації консультацій та консилиумів в лікувальних установах», затверджені МОЗ СРСР від 14.11.1982 року за № 06-14/14.

В українській медицині проведення консилиуму пропонується в 164 нормативно-правових документах [17], що регламентують різного ґенезу практичну діяльність лікарів багатьох фахів. Проте, відшукати акт, який визначав нормативно-правове забезпечення в частині організаційно-управлінських аспектів порядку проведення консилиумів у медичних закладах незалежної України, нам так і не вдалося.

Власне, це і дозволяє нам акцентувати увагу на основних положеннях порядку організації проведення консилиуму, а саме:

1. Консилиум скликається для колективного вирішення питань у стані здоров'я хворого в профільному відділенні стаціонару, амбулаторно-поліклінічному закладі, санаторії, вдома тощо.

2. В залежності від стану здоров'я пацієнта консилиум проводиться в плановому або екстремому порядку з дотриманням наступних термінів:

– у плановому порядку – протягом доби з моменту надходження заявки на проведення консилиуму (до моменту його проведення пацієнт повинен бути обстежений);

– в екстремому порядку – негайно або не пізніше однієї години з моменту надходження заявки на проведення консилиуму в межах даного медичного закладу.

3. Для проведення консилиуму залучаються фахівці вищої кваліфікації, ніж лікуючий лікар та лікарі-спеціалісти даного медичного закладу, або фахівці іншого профілю, науковці відповідних кафедр, що працюють на базі лікувально-профілактичного закладу чи закріплених за відповідними профільними стаціонарними відділеннями, інших кафедр вищих медичних навчальних закладів, науково-дослідних установ медичного профілю або фахівці інших органі-

зацій охорони здоров'я незалежно від відомчої приналежності.

Для вирішення спеціальних юридичних, науково-технічних і інших особливих питань, що обговорюються для того, щоб правильно зрозуміти характер хвороби/травми або вибрати оптимальні методи лікування, до участі в консилиумі, окрім лікарів, можуть бути запрошені компетентні представники відповідних спеціальностей.

4. Підставою для скликання консилиуму є ініціатива лікуючого лікаря, консультанта, адміністрації медичного закладу або прохання пацієнта чи його родичів у ситуації, коли є наявні труднощі в лікувально-діагностичному аспекті у конкретного хворого, а проведена консультація одним фахівцем не дала позитивного ефекту.

Консилиум може скликатися на підставі ухвали судово-слідчих органів для з'ясування питань, пов'язаних із злочинами проти особи або здоров'я людини, тобто при необхідності в судово-медичній експертизі.

При умові, коли скликання консилиуму ініціює пацієнт або його родичі, думка лікуючого лікаря про доцільність його проведення може бути іншою. Проте, виходячи з принципів деонтології, лікуючий лікар повинен сприяти, а не перешкоджати проведенню консилиуму, відсторонивши при цьому помилковій побоювань втратити свій професійний авторитет.

Практика засвідчує, що особиста участь лікаря в організації і проведенні консилиуму в такій ситуації зазвичай підвищує як його ефективність, так і довіру хворого до лікуючого лікаря. Важлива роль у процесі проведення консилиуму відводиться як підвищенню якості діагностики хвороби та лікування хворого, так і вдосконаленню професійних знань його учасників.

5. Завідувач профільним відділенням (за наявності кафедри, спільним рішенням із завідувачем кафедрою) згідно даних п. 1 ухвалює рішення про скликання консилиуму, про що робить у Медичній картці стаціонарного хворого (ф. № 003/о)/Медичній картці амбулаторного хворого (ф. № 025/о) запис про мету та обґрунтування необхідності консилиуму та повідомляє про це в письмовій формі головного лікаря/заступника з медичної частини з конкретними пропозиціями щодо мети, потреби, його складу і часу проведення.

6. Рішенням для проведення одноразового консилиуму в медичному закладі є наказ головного лікаря, де оговорюються:

- мета проведення консилиуму;
- склад учасників консилиуму і його керівник;
- час і місце проведення;
- порядок оформлення результатів консилиуму тощо, а відповідальність за своєчасне скли-

кання консилиуму покладається на головного лікаря або його заступника по медичній частині.

7. Лікуючий лікар, при підготовці до проведення консилиуму, здійснює підготовку хворого згідно плану обстеження та лікування даного захворювання.

8. Консилиум проводиться у присутності лікуючого лікаря /чергового лікаря, а при необхідності – завідувача відділенням/ заступника головного лікаря з медичної частини.

9. Запис висновку і рекомендацій консилиуму робиться лікуючим лікарем після огляду пацієнта у Медичній картці стаціонарного хворого (ф. № 003/о)/ Медичній картці амбулаторного хворого (ф. № 025/о), де відображаються:

- дата і час проведення консилиуму;
- відомості про членів консилиуму з вказівкою прізвища, імені, по батькові, спеціальності, посади, за наявності – кваліфікаційної категорії, вченого звання, вченого ступеня;
- дані про початок і перебіг захворювання;
- стан хворого на момент проведення консилиуму за даними обстеження;
- ефективність раніше проведеного лікування;
- причини, що викликали, на думку членів консилиуму, погіршення стану хворого або неясність діагнозу і стану хворого;
- встановлений або передбачуваний діагноз та його обґрунтування;
- детальні рекомендації щодо подальшого лікування, у тому числі і необхідні діагностичні заходи, де обґрунтовується доцільність застосування дороговартісних лікувально-діагностичних технологій;
- необхідності проведення повторного консилиуму його членами вказується призначена дата та час його проведення тощо.

Висновок консилиуму підписують всі його учасники з вказівкою посади, спеціальності, прізвища, ініціалів, дати і часу проведення консилиуму.

Відповідальність за винесений висновок і адекватність призначеного лікування чи необхідного обстеження покладається на членів консилиуму.

У випадках, коли хто-небудь з учасників консилиуму не згоден з висновком, прийнятим більшістю членів консилиуму, він самостійно вносить мотивований запис до Медичної картки стаціонарного хворого (ф. № 003/о)/Медичної карти амбулаторного хворого (ф. № 025/о).

10. Рекомендації консилиуму є обов'язкові до виконання лікуючим лікарем. Відповідальність за їх виконання несе завідувач відділенням, а в умовах клінічної лікарні і завідувач відповідної кафедри.

У разі незгоди лікуючого лікаря з висновком та рекомендаціями консилиуму остаточне рішення щодо подальшого лікувально-діагностичного

процесів ухвалюється головним лікарем медичного закладу або його заступником з медичної частини.

11. При нагоді, коли рекомендації консилиуму не можуть бути виконані з яких-небудь причин (відсутність відповідних лікарських препаратів, інструментальних засобів тощо), завідуючим відділенням/відповідальним черговим лікарем медичного закладу в обов'язковому порядку ставиться до відома керівник консилиуму та узгоджуються з ним можливі зміни в призначені лікування/ додаткового обстеження з внесенням відповідного запису до Медичної картки стаціонарного хворого (ф. №003/о)/Медичної карти амбулаторного хворого (ф. № 025/о).

12. У випадках, коли при загрозі життю пацієнта консилиум виносить висновок про необхідність переведу пацієнта до спеціалізованого медичного закладу в межах міста/області/країни, відповідальність за організацію переведу такого пацієнта покладається на заступника головного лікаря з медичної частини лікувально-профілактичного закладу. У такій ситуації спеціалізований медичний заклад не має права на відмову в прийомі пацієнта.

13. В особливо складних випадках для діагностики або при неможливості забезпечення необхідної медичної допомоги пацієнтові в умовах даного медичного закладу за результатами консилиуму залучаються засоби і сили центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф.

Про необхідність залучення засобів і сил центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф головним лікарем медичного закладу/заступником з медичної частини скеровується відповідна інформація до управління охорони здоров'я місцевої адміністрації.

14. Якщо після виконаних рекомендацій консилиуму стан хворого не поліпшується і виникає знов необхідність у скликанні консилиуму, головним лікарем призначається повторний консилиум.

15. У разі недотримання пацієнтом без важливої причини рекомендацій консилиуму (лікарських призначень або правил внутрішнього розпорядку медичного закладу для пацієнтів) лікуючий лікар з дозволу головного лікаря медичного закладу або його заступника з медичної частини може відмовитися від спостереження і лікування пацієнта, якщо це не загрожує життю пацієнта або здоров'ю тих, що його оточують.

16. Оплата праці членів консилиуму проводиться на договірних засадах з позабюджетних коштів медичного закладу.

17. Головний лікар кожного тижня на оперативних нарадах заслуховує заступника з медичної роботи про своєчасність і якість про-

ведених консиліумів.

18. Контроль за організацією і проведенням консиліумів в медичних закладах покладається на штатних і позаштатних головних фахівців обласних, міських та районних органів управління охороною здоров'я.

Висновки

Все вище наведене аргументовано підтверджує, що така організаційно-управлінська технологія «колективного інтелекту» у медичному забезпеченні для пацієнта у сутужних становищах його стану здоров'я як консиліум:

– по-перше: має право на її реалізацію та широке медичне застосування в практичній медицині в контексті реалізації засад Програми Економічних реформ Президента України на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна дер-

жава» в питанні вдосконалення функціонування діючої системи медичного забезпечення через механізм підвищення її якості до європейського рівня;

– по-друге: в умовах «...країни з ринковими перетвореннями» отримує нове наповнення в питанні раціоналізації та доцільності застосування пацієнту діагностично-лікувальних високоінформативних дороговартісних інструментальних медичних технологій;

– по-третє: членам консиліуму варто звернути увагу на істину Рамбама – одного з найвизначних лікарів середньовіччя, котрий «...різко засуджував галасливі консиліуми біля ліжка хворого, коли деякі з їх учасників прагнули, що б то не стало довести хворому і його близьким свою правоту і помилковість думок колег, похвастати своїми знаннями та досвідом. Він навіть радив покидати консиліуми, якщо виникне подібна неприпустима ситуація» [1].

Література

1. Арцишевський Адольф. Перелистывая страницы истории. – Режим доступу: http://www.pharmnews.kz/kfv_db/Nomera132/ct2.html
2. Афоризмы великих врачей. Как сохранить здоровье/ Под ред. В. П. Бутромеева, В. В. Бутромеева – М.: ОЛМА Медиа Групп, 2010, – С. 61.
3. Булгаков Михаил. – Режим доступу: <http://www.tour2kiev.com.ua/Bulgak.html>
4. Важно.Ru – Гайдар выписался тайно. – Режим доступу: <http://www.vazhno.ru/important/article/3966/>
5. Грушкин А. И., Гудзий Н. К., Еремин И. П., Кузьмина В. Д., Розанов И. Н., Пумпянский Л. В. Литература Петровского времени // История русской литературы: В 10 т. / АН СССР. – М.; Л.: Изд-во АН СССР, 1941–1956. Т. III: Литература XVIII века. Ч. 1. – 1941. – С. 73–212. – Режим доступу: <http://feb-web.ru/feb/irl/il0/il3/il32073-.html?cmd=1&dscr=1>
6. Журавель В. И. Основы менеджмента в системе здравоохранения. – К., 1994. – 335 с.
7. Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава Програми Економічних реформ / Комітет з економічних реформ при Президентові України. – Режим доступу: http://www.president.gov.ua/docs/Programa_reform_FINAL_2.pdf
8. Значение слова консилиум. – Режим доступу: poiskslov.com/word/консилиум/
9. История консилиума. – Режим доступу: http://www.nedug.ru/library/история_медицины_Медицина_1/38
10. Крест в Штарнбергском озере, около замка Берг-место гибели Людвига II. – Режим доступу: <http://otvet.mail.ru/question/21161446/>
11. Кустов В. М. Тихилов Р. М. Медицинский (врачебный) консиліум – история и практика/Уральский медицинский журнал, 2010. – N 7. – С. 5–8.
12. Медицинский (врачебный) консиліум – история и практика. – Режим доступу: <http://www.fesmu.ru/elib/Article.aspx?id=228660>
13. Москаленко Юрий. Как Людвиг Ван Бетховен сумел одолеть отвращение к музыке? – Режим доступу: <http://shkolazhizni.ru/archive/0/n-4569/>
14. Неэффективні операції: канадці відмовляються їх фінансувати. Чи не варто їхній досвід взяти на озброєння України? – Ваше здоров'я. 27 травня 2011 року. – № 19. – С.7.
15. Необычная женитьба Винченцо II / Ворчалка № 496 от 30.11.2008 г. – Режим доступу: http://www.abhoc.com/arc_vr/2008_11/496/
16. Придворная медицина в России в X–XVIII в. в. – Режим доступу: http://www.world-history.ru/countries_about/2194.html
17. Професійна юридична система МЕГА-НАУ. – Режим доступу: <http://zakon.nau.ua/search/?word=%EA>
18. Рудень В. В., Гутор Т. Г., Сидорчук О. М. Про кризовий стан у здоров'ї населення «країни з ринковими перетвореннями»/Охорона здоров'я України. – 3–4 (22–23). – 2006. – С. 52–59
19. Стаття 34. Лікуючий лікар. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.92 р. – Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?>
20. Стратегія демографічного розвитку в період до 2015 року/Затверджено Постановою Кабінету Міністрів України від 24 червня 2006 р. N 879. – Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=879-2006-%EF>
21. Тополянський В. Д. Историческая публицистика. Гибель Фрунзе. – Режим доступу: <http://dlib.eastview.com/browse/doc/7164754>
22. Хронологические результаты по запросу История консилиума. – Режим доступу: <http://www.google.com.ua/#q=История+консилиума&hl=ru&prmd=ivns&tbs=tl:1&tbo>
23. <http://nedorazvmenie.livejournal.com/909421.html?thread=9471853>
24. <http://www.fesmu.ru/elib/Article.aspx?id=228660>

КОНСИЛИУМ – КАК ОРГАНИЗАЦИОННО-УПРАВЛЕНЧЕСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ МЕДИЦИНСКОГО И ЭКОНОМИЧЕСКИ-ФИНАНСОВОГО ГЕНЕЗА В УСЛОВИЯХ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ КАЧЕСТВА СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ

Рудень В. В., Москвяк Е. И., Гутор Т. Г.

Львовский национальный медицинский университет имени Даниила Галицкого

В статье по новому обосновываются подходы к применению в практической деятельности лечащего врача организационно – управленческой технологии «коллективного интеллекта» медицинского и экономически-финансового генеза – консилиума в аспекте выполнения Программы Экономических реформ Президента Украины (2010).

Ключевые слова: пациент, лечащий врач, медицинская помощь, консилиум, качество медицинских услуг.

CONCILIUUM AS ORGANIZATIONAL AND ADMINISTRATIVE TECHNOLOGY OF MEDICAL, ECONOMIC AND FINANCIAL GENESIS UNDER CONDITIONS OF IMPROVEMENT MEDICAL SECURINGSYSTEM QUALITY OF POPULATION IN UKRAINE

Ruden V. V., Moskvayak J. J., Gutor T. G.

Danylo Halytsky Lviv National Medical University

In the article newly grounded approaches of applying in the practice activity of doctor in attendance organizational and administrative technologies of «collective intellect» of medical, economic and financial genesis – concilium – according to the realization of Economic reform program of the President of Ukraine (2010).

Keywords: patient, doctor in attendance, medical care, concilium, quality of medical service.

УДОСКОНАЛЕННЯ МЕТОДИЧНИХ ПІДХОДІВ ДО ПІДГОТОВКИ КЕРІВНИКІВ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я З ПИТАНЬ МЕНЕДЖМЕНТУ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Горачук В. В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

В роботі представлені основні методичні підходи до удосконалення підготовки керівників галузі охорони здоров'я України з питань менеджменту якості медичної допомоги. Показано, що кількісні, структурні і якісні перетворення відповідних програм і навчальних планів дозволяють очікувати підвищення рівня знань, вмінь і навичок слухачів та успішного їх застосування під час професійної діяльності.

Ключові слова: якість медичної допомоги, підготовка керівників, навчальний план і програма.

Проблема якості медичної допомоги населенню в більшості країн світу розглядається як основа національної політики в сфері охорони здоров'я, що обумовлено розвитком і вдосконаленням міжнародної системи стандартизації, необхідністю успішної діяльності медичних закладів різних форм власності в умовах ринкової економіки, підвищенням вимог населення до якості медичної допомоги, посиленням уваги суспільства до кінцевих результатів медичної діяльності [2, 9, 10].

В Україні державне регулювання якості медичної допомоги забезпечується низкою законодавчих і нормативних актів, відповідним за концептуальними підходами до міжнародних вимог [3–5, 7, 8]. Законом України від 07.07.2011 р. № 3612-VI «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві» започатковано реалізацію реформи в медичній галузі, основним змістом якої визначено підвищення доступності і якості медичних послуг.

Відомо, що забезпечення якості медичної допомоги відбувається за рахунок сукупності взаємопов'язаних ресурсів і діяльності, яка призводить до задоволення очікувань пацієнтів. За управління якістю, згідно з міжнародними стандартами систем якості, відповідальний керівник, який в рамках менеджменту якості здійснює планування, забезпечення, оцінку і контроль якості. Вищезазначене потребує відповідної підготовки управлінських кадрів шляхом включення до програм навчання в системі до- та післядипломної медичної освіти відповідних курсів з висвітленням сучасних підходів до управління якістю медичної допомоги [1, 6].

Матеріали та методи дослідження

Матеріалами дослідження слугували нормативні і методичні документи, які регламентують управління якістю в системі охорони здоров'я України, та навчально-методичні матеріали за темою. Використані методи системного підходу та системного аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення

Системний аналіз навчально-методичних матеріалів сучасної післядипломної освіти з питань управління якістю медичної допомоги засвідчив обмеженість програми та навчального плану двома аудиторними годинами: семінарським заняттям у програмі циклу спеціалізації та практичним заняттям в циклі передатестаційної підготовки. Розгляд питань управління якістю передбачений в складі тематичних розробок із загального менеджменту, а отже, не створює у слухачів цілісного сприйняття менеджменту якості як окремої і найактуальнішої в період реформування галузі підсистеми управління, не сприяє глибокому розумінню проблеми якості з орієнтацією на виклики сьогодення, потреби пацієнтів, персоналу і фінансових можливостей держави їх задовольняти.

Саме тому керівництвом Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика і колективом кафедри управління охороною здоров'я удосконалення підготовки з проблеми управління якістю медичної допомоги визначено пріоритетним, надзвичайно важливим і вкрай необхідним для керівників підприємств, установ та організацій охорони здоров'я.

Практичне втілення обраного напрямку ре-

лізувалось у розробці двох навчальних модулів (основного і факультативного), присвячених менеджменту якості, в структурі багатoproфільної програми півторарічної післядипломної підготовки керівників медичних закладів за спеціальністю «Управління охороною здоров'я» та створенні навчального плану та програми циклу тематичного вдосконалення з питань управління якістю медичної допомоги для слухачів традиційної форми післядипломної освіти за фахом «Організація і управління охороною здоров'я».

Обсяг основного модулю на тему «Управління якістю медичної допомоги» складає 108 аудиторних годин, зокрема, 10 лекційних, 40 семінарських, 52 години практичних занять, 54 години самостійної роботи, і 6 годин для контролю знань.

Структуру модулю складають теми, присвячені концептуальним підходам до управління якістю медичної допомоги, а також основним положенням теорії і практики менеджменту якості. Послідовно розглядаються історична трансформація менеджменту якості в охороні здоров'я, вже традиційні (акредитація закладів охорони здоров'я, ліцензування медичної практики, сертифікація спеціалістів, стандартизація лікувально-діагностичного процесу), а також найсучасніші технології і методи управління якістю (управління ризиками в системі охорони здоров'я, клініко-економічний і фармако-економічний аналіз, оцінка медичних технологій, клінічний аудит, управлінський облік, управління результативністю медичних послуг, управління інноваціями в системі якості, організаційна культура і управління персоналом, самоменеджмент).

Тема «Управління якістю страхових медичних послуг» в структурі факультативного модулю «Робота ЛПЗ в системі медичного страхування» в разі вибору слухачем дозволяє оволодіти інструментами забезпечення якості медичних послуг в системі медичного страхування та внутрішнього контролю якості страхових медичних послуг. Тривалість навчання за вказаною темою 10 годин, з них 2 – лекційних, 4 – семінарських, 4 – практичних заняття з контролем знань в загальному заліку по модулю.

Навчання слухачів за освітньою програмою для півторарічної підготовки за фахом «Управ-

ління охороною здоров'я», зокрема, з питань управління якістю медичної допомоги, відповідає стандартам Всесвітньої федерації медичної освіти та Європейського регіонального бюро ВООЗ стосовно програм післядипломної освіти для управлінських кадрів системи охорони здоров'я, і розпочато в академії з вересня 2011 р.

Для слухачів, які охоплені традиційними формами очної післядипломної освіти на циклах спеціалізації тривалістю 2 місяці та передатестаційної підготовки тривалістю 1 місяць передбачена можливість тематичного вдосконалення «Управління якістю медичної допомоги як механізм підвищення її ефективності» тривалістю 39 годин (1 тиждень), з яких 4 години відведені для викладання лекційного матеріалу, 18 годин – для практичних занять, 17 – для семінарських, у тому числі, 2 години – для контролю знань. За змістом навчальний план і програма циклу тематичного вдосконалення максимально наближені до тематичного наповнення модулю «Управління якістю медичної допомоги» півторарічної програми підготовки слухачів. Оволодіти знаннями з питань управління якістю, навчаючись на запропонованому циклі тематичного вдосконалення, керівники закладів охорони здоров'я будь-якого рівня медичної допомоги зможуть вже у 2012 р. згідно плану комплектування циклів.

Співвідношення за тривалістю лекційних занять з практичними і семінарськими в межах розроблених навчальних планів і програм свідчить про поєднання теоретичних основ управління якістю з практичною спрямованістю тематики та забезпеченням зворотного зв'язку шляхом контролю знань для оцінки ефективності навчання.

Висновки

Таким чином, удосконалення методичних підходів до підготовки керівників галузі охорони здоров'я з питань управління якістю медичної допомоги шляхом кількісних, структурних і якісних перетворень відповідних програм і навчальних планів дозволяє очікувати підвищення рівня знань, вмінь і навичок слухачів та успішного їх застосування під час професійної діяльності.

Література

1. Вороненко Ю. В. Проблеми забезпечення якості кадрових ресурсів системи охорони здоров'я України / Ю. В. Вороненко // Охорона здоров'я України. – № 3, 2008. – С. 20–21.
2. 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.
3. Дзяк Г. В. Підходи до визначення стратегії підвищення якості медичного обслуговування в Україні, гармонізовані з загальноєвропейськими методами / Дзяк Г. В., Лехан В. М., Крячкова Л. В. // Медичні перспективи. Том XV, № 1, 2010. – С. 6–9.
4. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / Лехан В. М., Слабкий Г. О., Шевченко М. В. – К., 2009. – 50 с.
5. Москаленко В. Ф. Організаційно-методичні аспекти підвищення якості медичної допомоги в Україні / Москаленко В. Ф., Грузева Т. С., Галієнко Л. І. // Медичні перспективи. Том XV, № 1, 2010. – С. 123.
6. Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні

- на період до 2020 року [Електронний ресурс] / Міністерство охорони здоров'я України. – Наказ від 01 серпня 2011 р. № 454. – Режим доступу: <http://news.yurist-online.com/laws/37323/> – Назва з екрану.
7. Про Національний план дій на 2011 рік щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» [Електронний ресурс] / Указ Президента України від 27 квітня 2011 р. № 504/2011. – Режим доступу: <http://www.president.gov.ua/documents/13492.html> – Назва з екрану.
 8. Рекомендації щодо вдосконалення системи управління якістю медичної допомоги в Україні: інструменти управління якістю / Проект ЄС «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні» // Представництво Європейської Комісії в Україні. – К., 2009. – 44 с.
 9. Руководство по разработке стратегий обеспечения качества и безопасности с позиции систем здравоохранения / Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения, 2008. – 86 с.
 10. Слабкий Г. О., Дудіна О. О. Основні міжнародні підходи до визначення і формування основ політики поліпшення якості медичних послуг / Г. О. Слабкий, О. О. Дудіна // Охорона здоров'я України. – № 4, 2008. – С. 119–120.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ К ПОДГОТОВКЕ РУКОВОДИТЕЛЕЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО ВОПРОСАМ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Горачук В. В.

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика

В работе представлены основные методические подходы к совершенствованию подготовки руководителей здравоохранения Украины по вопросам менеджмента качества медицинской помощи. Показано, что количественные, структурные и качественные преобразования соответствующих программ и учебных планов позволяют ожидать повышения уровня знаний, умений и навыков слушателей и успешного их применения в процессе профессиональной деятельности.

Ключевые слова: качество медицинской помощи, подготовка руководителей, учебный план и программа.

METHODICAL APPROACHES IMPROVEMENT FOR TRAINING OF PUBLIC HEALTH MANAGEMENT OF QUALITY MEDICAL CARE

Gorachuk V.

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

This paper presents the main methodological approaches to improve the training of managers of health of Ukraine on quality management of medical care. It is shown that quantitative and qualitative structural transformation of appropriate programs and curricula can expect increased knowledge, skills and abilities of managers and their successful use in professional activities.

Keywords: quality care, training managers, curriculum and program.

АДАПТАЦІЯ ПІДХОДІВ ТА МЕХАНІЗМІВ ЕЛЕКТРОННОГО МЕНЕДЖМЕНТУ ДЛЯ ВИКОРИСТАННЯ ПРИ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИКО- САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ З МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНИМ ТУБЕРКУЛЬОЗОМ

Владимирський А. В., Мозговой В. В.¹

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

¹КЛПЗ «Обласна протитуберкульозна лікарня», Донецьк, Україна

В статті обґрунтована доцільність та проведена адаптація основних аспектів електронного менеджменту в охороні здоров'я для використання при організації медико-санітарної допомоги пацієнтам з мультирезистентним туберкульозом. З урахуванням світового та власного досвіду показано, що реалізація інструментів електронного менеджменту в галузі фтизіатрії повинна ґрунтуватись на медичних інформаційних та телемедичних системах.

Ключові слова: електронний менеджмент, туберкульоз, організація медико-санітарної допомоги.

В 2010 році Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) повідомила про певні успіхи в боротьбі з туберкульозом у глобальному масштабі, однак останнім часом усе більше поширення одержує туберкульоз, викликуваний штамми, стійкими до дії протитуберкульозних препаратів [6, 7, 11, 18, 21, 26, 28]. За даними ВООЗ, у світі щорічно реєструється до 510000 випадків мультирезистентного туберкульозу. В 51,6% хворих з первинною стійкістю до ліків реєструється стійкість до трьох і більше хіміопрепаратів, що визначає їх високу епідеміологічну небезпеку. 400 тис. випадків мультирезистентного туберкульозу виявляється у світі щорічно [34]. При цьому із усього масиву хворих мультирезистентним туберкульозом виявлено й одержують лікування не більше 16% пацієнтів [8]. Мультирезистентний туберкульоз розповсюджений повсюдно й існує гостра необхідність у вживанні заходів із запобігання подальшого поширення випадків туберкульозу з резистентністю до ліків. «Лікування й допомога при МСЛ-ТБ є важкими, порівняно складними й дорогими» [17], при цьому ВООЗ чітко вказує на роль неефективних моделей організації медико-санітарної допомоги. Проблема поліпшення організації медико-санітарної допомоги хворим на туберкульоз, у тому числі мультирезистентний, далека від вирішення. Оскільки було доведено, що однією з основних причин зниження ефективності лікування хворих на туберкульоз є саме погіршення організації [4]. В останні роки для вирішення зазначеної проблеми був проведений ряд наукових досліджень [2, 4, 13, 14, 20, 22, 32]. Однак всі розглянуті вище дослідження недостатньо висвітлюють проблему організації допомоги пацієнтам з мульти-

резистентним туберкульозом. Не вивченими залишаються питання розробки й реалізації конкретних механізмів керування системою надання медико-санітарної допомоги пацієнтам з мультирезистентним туберкульозом у сучасних умовах і з використанням адекватних сучасних методів.

Показано, що використання можливостей електронного менеджменту й охорони здоров'я є одним з потужних компонентів боротьби з епідемією туберкульозу. Так, за даними ВООЗ у період 1990–2010 років у Китаї відзначається різке зниження випадків захворюваності й смерті від туберкульозу (показники поширеності скоротилися на 50%, смертності – на 80%, захворюваність знижувалася в середньому на 3,4% щорічно). Серед основних факторів, що вплинули на значне поліпшення ситуації: загальнонаціональне дослідження поширеності, зразкова система реєстрації актів громадянського стану, інтернет-система повідомлень про випадки захворювання [8]. Вважаємо, що потрібний комплексний вплив на систему й методи керування. Тому неможливо домогтися дійсного поліпшення системи організації медико-санітарної допомоги пацієнтам з мультирезистентним туберкульозом, користуючись застарілими методами керування. Реалізація дій за вищевказаними пріоритетами вимагає інноваційних підходів, що забезпечують дійсне вирішення проблем на сучасному рівні. За нашою думкою, таким є електронний менеджмент у сукупності з методами електронної охорони здоров'я й телемедицини.

Електронний менеджмент спрямований на реалізацію й досягнення завдань системного управління [54]. Передумови до розвитку електронно-

го менеджменту в лікувально-профілактичних установах з'явилися в наукових публікаціях ще наприкінці 1980-х рр., при цьому мова йшла не просто про обмін документами в електронному виді, але саме про автоматизацію організації й управлінських виробничих процесів [51]. Однак дійсна реалізація ідей і концепцій електронного управління в охороні здоров'я почалася протягом останніх 5–7 років [47]. Основна ідея електронного менеджменту, у тому числі – в охороні здоров'я, полягає в повному гнучкому супроводі управлінських процесів інформаційними (комп'ютерно-телекомунікаційними) технологіями.

У даний час концепція електронного менеджменту найбільш розвинена в наступних напрямках охорони здоров'я: керування організацією надання медико-санітарної допомоги пацієнтам з діабетом [29, 42], управління організацією надання медико-санітарної допомоги пацієнтам з інфекційними захворюваннями [45], керування роботою спеціалізованих і багатопрофільних стаціонарів [23, 50], керування медикаментозною терапією [40], керування організацією клінічних випробувань [24], управління організацією вищої медичної освіти [12, 30].

Мета дослідження – науково обґрунтувати та провести адаптацію принципів, систем, інструментів та процесів електронного менеджменту в охороні здоров'я для використання в галузі фтизіатрії, зокрема при організації медико-санітарної допомоги пацієнтам з мультирезистентним туберкульозом.

Матеріали та методи

В якості матеріалів для аналітичної обробки використано літературні джерела та електронні публікації стосовно організації медико-санітарної допомоги пацієнтам з мультирезистентним туберкульозом, електронного менеджменту, електронної охорони здоров'я, медичного електронного документообігу, телефтизіатрії. Використано бібліографічні бази даних Медичної бібліотеки Конгресу США (www.pubmed.org), Національної бібліотеки України ім. В.І. Вернадського (www.nbuv.gov.ua), сервіси GoogleScholar, GoogleBooks. Застосовувалися методи аналізу й синтезу.

Результати та обговорення

Шляхом аналітичного дослідження наукових джерел, описів практичного використання тощо нами сформульовані аспекти електронного менеджменту в охороні здоров'я.

Принципи електронного менеджменту в охороні здоров'я:

1. Електронний менеджмент базується

на спільному використанні захищених комп'ютерно-телекомунікаційних платформ, що дозволяють автоматизувати функції керування. Медичні інформаційні системи, телемедичні системи, окремі продукти електронної охорони здоров'я, системи менеджменту знань, менеджменту персоналом, менеджменту електронним документообігом і т. д. входять до складу захищених комп'ютерно-телекомунікаційних платформ, що дозволяють автоматизувати функції управління в охороні здоров'я.

2. Управлінські рішення базуються на оперативному аналізі постійно поповнюваної в результаті моніторингу інформації; моніторинг і аналіз виконуються автоматизовано.

3. Комп'ютерно-телекомунікаційні технології забезпечують автоматизацію виробничих процесів, а не тільки обмін документами.

4. Електронний документообіг в охороні здоров'я базується на методиці контролю документа з розширенням арсеналу коштів для забезпечення інформаційної безпеки.

5. Електронний менеджмент спрямований на досягнення наступних цілей:

- оптимізувати виробничі процеси шляхом модернізації трудової діяльності, обліку робочого часу, контролю документів;
- реалізувати підтримку управлінських рішень на основі поточної аналітичної обробки постійного потоку інформації;
- оптимізувати економічну діяльність;
- поліпшити логістичну керованість системи охорони здоров'я;
- підвищити клінічну результативність.

Системи електронного менеджменту в охороні здоров'я являють собою апаратно-програмні комплекси, побудовані на основі архітектури «клієнт–сервер» і засновані на веб-технологіях. Серверна частина являє собою централізовану базу даних з інструментами для обробки інформації. Клієнтська частина являє собою або спеціальне програмне забезпечення, або стандартний веб-браузер, що дозволяє безпечно працювати із центральною базою даних і аналітичними інструментами. Для взаємодії клієнтської й серверної частини використовуються комп'ютерні мережі (IP-протокол). Для забезпечення безпеки застосовуються або захищені канали зв'язку, або криптографічні засоби.

Інструменти електронного менеджменту в охороні здоров'я являють собою сукупність елементів IT-інфраструктури й вищевказаних систем електронного менеджменту, сфокусовані на виконанні наступних завдань:

- постійного збору й накопиченні певних видів інформації,
- моніторингу критичних показників і параметрів,
- аналітичної обробки інформації,
- підтримки прийняття управлінських і клі-

нічних рішень,

- контролю документів й інформації,
- забезпечення взаємодії територіально-розподілених об'єктів.

Процеси електронного менеджменту в охороні здоров'я являють собою виконання основних і конкретних функцій керування за допомогою застосування вищевказаних систем й інструментів. До подібних функцій у сфері організації охорони здоров'я насамперед належать:

- прогнозування й планування;
- організація й керування роботою;
- координація й регулювання;
- керування виробничими процесами;
- оперативне керування установою(ами);
- організація роботи з кадрами;
- керування знаннями;
- матеріально-технічна й фінансова діяльність;
- аудит, контроль, аналіз.

Одним з компонентів стратегії боротьби з туберкульозом ВООЗ є «Боротьба із ТБ-ВІЛ, МСЛ-ТБ із урахуванням потреб хворих з незаможних і уразливих груп населення», що припускає серед іншого «звертання до потреб осіб, що перебували в контакті із хворими на туберкульоз, а також незаможних і уразливих груп населення» [8, 17]. Одним зі шляхів реалізації даної тези є надання якісної медичної допомоги за місцем первинного звертання або за місцем проживання пацієнта, виключення необхідності багаторазових дорогих поїздок, тривалого перебування пацієнта в умовах стаціонару (особливо – в іншому населеному пункті) [8, 17]. Дані аспекти досить ефективно вирішуються можливостями електронної охорони здоров'я й телемедицини. З іншої сторони, цей же компонент стратегії ВООЗ вимагає «розширення заходів щодо профілактики й організації боротьби з туберкульозом із множинною лікарською стійкістю збудника» [8, 17], саме впровадження засобів електронного менеджменту найбільше відповідає сучасним вимогам і дійсно дозволяє значно модернізувати й оптимізувати організацію надання медико-санітарної допомоги пацієнтам з мультирезистентним туберкульозом.

З іншого боку, встановлено, що характерною рисою організації медико-санітарної допомоги пацієнтам з мультирезистентним туберкульозом є залежність даної патології від соціальних і географічних особливостей [19]. Типовий пацієнт із лікарсько-стійким туберкульозом легенів [4, 6, 17, 19]: чоловік 40–42 років, сільський житель, безробітний, самотній, без вищої освіти, із шкідливими звичками (паління й зловживання алкоголем), з хронічною соматичною патологією, що перебував раніше в місцях позбавлення волі. Організація медико-санітарної допомоги таким хворим в умовах протитуберкульозного стаціонару представляє ряд труднощів через часте пере-

ривання ними курсу лікування. Немаловажний факт – доведено, що проживання пацієнта далі 5 км від місця лікування (особливо в сільській місцевості) є одним з істотних ризиків дострокового переривання лікування [6, 19]. Відомою аксіомою є використання електронної охорони здоров'я й телемедицини для рішення проблем надання якісно медико-санітарної допомоги в сільській місцевості, зменшення ізольованості пацієнта при наявності значних або складно переборних географічних відстаней між хворою й медичною установою.

Однією із проблем протитуберкульозних установ є брак кваліфікованих лікарських кадрів. Від рівня знань і вмінь лікаря, ступеня довіри до нього пацієнта багато в чому залежить якість і ефективність його лікування. В аспекті організації медико-санітарної допомоги пацієнтам із мультирезистентним туберкульозом украй важливою є допомога наявним медичним кадрам у поліпшенні роботи, включаючи якісну підготовку [8, 17]. В умовах модернізації протитуберкульозної допомоги необхідно оцінювати професійні знання фтизіатрів з питань організації лікування хворих і розробляти оперативні шляхи підвищення їхніх знань [3, 4]. Безумовно, таким шляхом є впровадження електронної й дистанційної освіти.

Вважаємо, що використання електронного менеджменту, яке дозволяє в тому числі реалізувати практичні можливості електронної охорони здоров'я, телемедицини й дистанційного навчання, є ключовим у рішенні організаційних проблем при наданні медико-санітарної допомоги хворим на мультирезистентний туберкульоз.

На основі вищезгаданого нами здійснена адаптація принципів, процесів, систем та інструментів електронного менеджменту в охороні здоров'я для використання в галузі фтизіатрії.

Принципи електронного менеджменту у фтизіатрії при організації медико-санітарної допомоги пацієнтам з мультирезистентним туберкульозом:

1. Електронний менеджмент базується на спільному використанні захищених комп'ютерно-телекомунікаційних платформ, що дозволяють автоматизувати функції управління. З погляду організації надання медико-санітарної допомоги пацієнтам з мультирезистентним туберкульозом основними структурними компонентами таких платформ є:

- об'єднані в мережу медичні інформаційні системи з обов'язковим повнофункціональним PACS (радіологічною інформаційною підсистемою);
- інструменти телемедичного консультування, що включають можливості участі пацієнта в синхронних телеконсультаціях без порушення режиму інфекційного контролю;
- інструменти управління потоками пацієнтів

для реалізації інфекційного контролю;

- системи дистанційного навчання для безперервного підвищення кваліфікації медичного й суміжного персоналу.

2. Управлінські рішення в системі надання медико-санітарної допомоги пацієнтам з мультирезистентним туберкульозом ґрунтуються на автоматизованому або напівавтоматизованому оперативному аналізі інформації, одержуваної в процесі виконання телемедичних процедур і поточного поповнення баз даних медичних інформаційних систем.

3. Комп'ютерно-телекомунікаційні технології забезпечують автоматизацію наступних основних напрямків виробничої діяльності:

- ведення медичної облікової документації;
- діагностична робота;
- робота лікарських комісій;
- планування розкладу роботи й облік трудового часу.

4. Електронний документообіг базується на методиці контролю документа з розширенням арсеналу засобів для забезпечення інформаційної безпеки. На основі відомих раніше принципів менеджменту електронним документообігом [46, 53, 55] ми сформулювали основні процеси менеджменту електронним документообігом у фтизіатрії:

- одержання документа (паперовий, електронна пошта, інформаційна система);

- індексація (присвоєння мета-даних для наступної ідентифікації й швидкого пошуку документа усередині системи, звичайно це ідентифікатор абонента/автора, дата й час одержання, ім'я відповідального за виконання) і обробка документа (не-, частково або повністю автоматизована адресація вхідних і проіндексованих документів відповідальним працівником, контроль і динамічний аналіз виконання, облік кінцевих результатів);

- збереження (безпечне, дубльоване);
- пошук, можливість швидкого й простого доступу до документа для авторизованих працівників (тих, хто зобов'язаний виконувати обробку даного документа, а також відповідальних керівників);

- реалізація контролю документа (контроль доступу й поширення документа, керування правами доступу, забезпечення інформаційної безпеки; керування версіями – моніторинг змін, редагувань і переглядів документа, збереження попередніх версій документа; рецензування й схвалення документа перед публікацією; гарантований доступ до актуальної (релевантної) версії документа в точці його використання; забезпечення легітимності й ідентифікованості документа; ідентифікація й контроль вхідних документів; запобігання «ненавмисного» використання застарілих документів);

- забезпечення додаткових функцій (інтегра-

ція взаємодії, імпорту-експорту документів у різні додатки для полегшення й оптимізації взаємодії з основним сховищем документів системи; співробітництво – можливість груп користувачів одночасно працювати з тим самим документом; публікація документа).

5. Електронний менеджмент при організації медико-санітарної допомоги пацієнтам з мультирезистентним туберкульозом спрямований на досягнення наступних цілей:

- оптимізувати виробничі процеси шляхом оптимізації роботи діагностичних служб, лікарських комісій, процесів роботи з документацією, планування трудового навантаження, моніторингу й аудита якості лікувально-діагностичної роботи шляхом автоматизованого аналізу накопиченої цифрової інформації;

- реалізувати підтримку управлінських рішень на основі поточної аналітичної обробки постійного потоку інформації, одержуваної в процесі виконання телемедичних процедур і поточного поповнення баз даних медичних інформаційних систем;

- оптимізувати економічну діяльність за рахунок зниження транспортних витрат, кращої керованості трудовими процесами, зниження кількості переривань лікувальної програми й т. д.;

- поліпшити логістичну керованість і підвищити інфекційний контроль за рахунок використання інформаційних систем для формування потоків пацієнтів і оптимізації роботи лікарів-консультантів, лікарських комісій, телемедичних систем для дистанційної інтерпретації результатів діагностичних обстежень;

- підвищити клінічну результативність за рахунок наближення висококваліфікованої й спеціалізованої консультативної допомоги до точки безпосереднього надання медико-санітарної допомоги, постійного супроводу персоналу й пацієнтів у віддалених лікувально-профілактичних установах, підвищення якості й швидкості діагностичного процесу, поліпшення керованості пацієнтом.

Процеси електронного менеджменту при організації медико-санітарної допомоги пацієнтам з мультирезистентним туберкульозом являють собою виконання наступних функцій керування за допомогою застосування вищевказаних систем й інструментів:

- прогнозування й планування роботи територіальної фтизіатричної служби, протиепідемічних заходів й інфекційного контролю;

- організація й управління роботою медичного персоналу територіально розподілених лікувально-профілактичних установ, лікарських комісій, діагностичних служб;

- координація й оперативне керування територіально розподіленими лікувально-профілактичними установами;

- координація й регулювання потоків пацієнтів;

- керування виробничими процесами (діагностичних служб, лікарських комісій і т. д.);
- організація роботи з кадрами й керування знаннями шляхом безперервного підвищення кваліфікації при дистанційному навчанні й регулярному здійсненні телемедичних процедур;
- матеріально-технічна й фінансова діяльність;
- аудит, контроль, аналіз процесу й результатів інфекційного контролю й медико-санітарної допомоги.

Телемедицина як інструмент електронного менеджменту критично важлива для дійсного поліпшення медико-санітарної допомоги хворим з мультирезистентним туберкульозом. Це обумовлено наступними моментами.

1. Ряд учених вважає, що до формування резистентності приводять помилки в хіміотерапії, виборі протитуберкульозних препаратів, недоліки спостереження й моніторингу пацієнта, помилки формування лікувальної програм. Для рішення ж даних проблем і зниження ескалації мультирезистентного туберкульозу потрібна організація адекватного лікування в сполученні із прямою супервізією для коректно діагностованих випадків з боку висококваліфікованих і спеціалізованих центрів [49].

2. Результативність протитуберкульозних програм ґрунтується на ранньому виявленні хворих на туберкульоз і контрольованим лікуванням по стандартних схемах, але з урахуванням того, що стандартний курс хіміотерапії є неефективним для лікування пацієнтів з стійким до ліків туберкульозом, схема лікування таких хворих повинна бути змінена якомога раніше із включенням резервних фармпрепаратів [6, 11, 15].

3. Оптимальний менеджмент медико-санітарною допомогою пацієнтам з мультирезистентним туберкульозом вимагає швидкої ідентифікації резистентності, раннього формування адекватної лікувальної програми, а також – поліпшення діагностики й лікування супутньої патології (особливо – ВІЛ/СНІД) [19].

4. Характеристика «типового пацієнта» з мультирезистентним туберкульозом має на увазі організацію допомоги з урахуванням географічних і соціальних особливостей [4, 6, 8, 19].

5. За рекомендацією ВОЗ необхідно «розробити, поширити й застосовувати керівні принципи в налагодженні зв'язку між лікарнями й медичними центрами, а також міри, що підлягають здійсненню в рамках лікарень, з метою забезпечити безперервну медичну допомогу особам з підозрою на туберкульоз і хворим на туберкульоз відповідно до встановлених стандартів» [17].

Реалізація вищевказаних положень і підходів на сучасному рівні можлива тільки за допомогою телемедицини, що забезпечує швидкий регулярний доступ до експертизи, постійний дистанційний супровід організаційної й

лікувально-діагностичної роботи. Відзначимо, що телемедицина являє собою не тільки клінічний, але й потужний управлінський інструмент [1, 5, 9, 33], що дозволяє значно оптимізувати процеси менеджменту в охороні здоров'я.

Системи електронного менеджменту у фтизіатрії (орієнтовані на організацію медико-санітарної допомоги пацієнтам з мультирезистентним туберкульозом) являють собою апаратно-програмні комплекси, побудовані на основі архітектури «клієнт-сервер». Центральна частина являє собою сервер з операційною системою і ядром інформаційної системи (медичної, радіологічної (PACS), телемедичної). Периферійна частина являє собою персональні комп'ютери із клієнтським програмним забезпеченням інформаційної системи (або веб-браузером для доступу до ядра системи). Канали зв'язку являють собою захищені закриті канали (наприклад, реалізовані у вигляді Virtual Private Network (VPN)). Телемедичні функції реалізуються шляхом застосування телеконсультування (основні інструменти: веб-платформи, програмні або апаратні відеоконференції) і телерадіології.

Інструменти електронного менеджменту в охороні здоров'я являють собою сукупність ІТ-інфраструктури (комп'ютери, сервери, активне мережне встаткування, периферійні пристрої, пристрої аудіовідеоуведення й виводу) і вищевказаних систем електронного менеджменту, сфокусовані на виконанні наступних завдань:

- постійного централізованого збору й накопичення даних карт стаціонарного (амбулаторного) пацієнта й інших форм медичної облікової документації;
- моніторингу показників і результатів лікувального процесу пацієнтів з мультирезистентним туберкульозом;
- аналітичної обробки епідеміологічної й клінічної інформації, у т. ч. результатів діагностичних обстежень (променевих і лабораторних);
- підтримки прийняття управлінських і клінічних (діагностичних, організаційних) рішень відносно пацієнтів з мультирезистентним туберкульозом;
- контролю документів і інформації (епідеміологічної й клінічної);
- забезпечення телемедичної взаємодії територіально-розподілених лікувально-профілактичних установ, що надають допомогу пацієнтам з мультирезистентним туберкульозом.

Висновки

Здійснена адаптація принципів та процесів електронного менеджменту в охороні здоров'я для використання в галузі фтизіатрії. Вищевказане є базисом для розробки та впровадження конкретних систем та інструментів для вдосконалення керування організацією медико-санітарної

допомоги пацієнтам з туберкульозом.

З урахуванням світового та власного досвіду вважаємо, що реалізація інструментів електронного менеджменту в галузі фтизіатрії повинна ґрунтуватись на медичних інформаційних системах та телемедичних системах.

Вони надають керівникові максимальні функціональні можливості для здійснення процесів електронного менеджменту при організації медико-санітарної допомоги пацієнтам з туберкульозом (у тому числі – з мультирезистентним).

Література

1. Андрушко В. Л. Повышение эффективности предоставления телемедицинских услуг населению отдаленных территорий: дис. ... кандидата. экон. наук : спец. 08.00.05 / Владимир Леонидович Андрушко. – М., 2009. – 166 с.
2. Бат Н. М. Теоретические основы формирования системы управления на региональном уровне качеством лекарственной помощи больным туберкулезом: дис... фармацевт. наук: 15.00.01 / Бат Нафисет Масхудовна. – Пятигорск, 2004. – 308 с.
3. Богадельникова И. В., Пунга В. В. Организация противотуберкулезной помощи на муниципальном уровне: практ. пособие для врачей / под ред. М. И. Перельмана. – Тверь: Триада, 2006. – 31 с.
4. Богородская Е. М. Пути совершенствования организации лечения больных туберкулезом: дис... мед. наук: 14.00.26 / Богородская Елена Михайловна. – Москва, 2009. – 278 с.
5. Владзимирський А. В., Дорохова О. Т. Телемедицина в управлінні охороною здоров'я // Медична освіта. – 2002. – № 2. – С. 15–17.
6. Гагарина С. Г. Лекарственно-устойчивый туберкулез легких в Волгоградской области: особенности выявления, наблюдения и лечения: дис... мед. наук: 14.00.26 / Гагарина Светлана Геннадиевна. – Москва, 2008. – 234 с.
7. Гуревич Г. Л., Борщевский В. В., Скрыгина Е. М. Методика мониторинга и мероприятия по предупреждению распространения лекарственно-устойчивых форм туберкулеза в Республике Беларусь (инструкция по применению). – МЗ Республики Беларусь, 2004. – 21 с.
8. Доклад ВОЗ о глобальной борьбе с туберкулезом (краткое резюме). – 2011. – Режим доступа: http://www.who.int/entity/tb/publications/global_report/gtbr2011_executive_summary_ru.pdf
9. Леванов В. М. Организационные и медико-социальные аспекты применения телемедицинских технологий в системе медицинского обеспечения населения. – Ареф. канд. дис. – Рязань, 2003. – 14.00.33. – 28 с.
10. Мишин В. Ю., Чуканов В. И., Наумов В. Н. Современные подходы к повышению эффективности химиотерапии лекарственно-устойчивого туберкулеза легких // Химиотерапия туберкулеза – М., 2000. С. 48–49.
11. Мишин В. Ю., Чуканов В. И., Васильева И. А. Эффективность лечения туберкулеза легких, вызванного микобактериями с множественной лекарственной устойчивостью // Пробл. туб. – 2002. – № 12. – С. 18–23.
12. Петров Е. П., Петров И. Е. Влияние электронных систем обучения на образование и менеджмент. Экономика, статистика и информатика. Вестник УМО. – 2008. – № 2. – С. 62–69.
13. Самойлова А. Г. Организация лечения туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью микобактерий в условиях угрозы развития эпидемии в Архангельской обл.: дис... мед. наук: 05.26.02 / Самойлова Анастасия Геннадьевна. – Москва, 2000. – 147 с.
14. Скачкова Е. И. Научное обоснование и разработка региональной модели организации борьбы с туберкулезом в современных социально-экономических и эпидемиологических условиях: дис... мед. наук: 14.00.33 / Скачкова Елена Игоревна. – Москва, 2008. – 305 с.
15. Соколова Г. Б., Куничан А. Д., Богадельникова И. В. и др. Новые подходы к лечению лекарственно-резистентных форм туберкулеза // Химиотерапия туберкулеза. – 2000. – С. 47–48.
16. Стрельцова Е. Н. Эпидемиология и течение туберкулеза в условиях антропогенной нагрузки региона (по материалам Астраханской обл.): дис... мед. наук: 14.00.26 / Стрельцова Елена Николаевна. – Москва, 2006. – 203 с.
17. Устранение основных узких мест, препятствующих профилактике и расширению масштабов борьбы против М/ШЛУ-ТБ и оказания медицинской помощи пациентам / Совещание на уровне министров стран с высоким бременем заболеваемости МЛУ/ШЛУ-ТБ. – 1–3 апреля, 2009, Пекин. – ВОЗ, 2009. – 85 с.
18. Aznar E, Domingo D, Abanades S et al. Resistance of *Mycobacterium tuberculosis* in a four-year period in a Madrid hospital. *Rev Esp Quimioter.* 2005 Sep; 18(3): 222–5.
19. Balabanova Y, Radiulyte B, Davidaviciene E et al. Survival of drug resistant tuberculosis patients in Lithuania: retrospective national cohort study. *BMJ Open.* 2011 Nov 28; 1(2): e000351.
20. Bang D. The management of tuberculosis: epidemiology, resistance and monitoring. *Dan Med Bull.* 2010 Nov; 57(11):B4213.
21. Bermejo M, Clavera I, Michel de la Rosa F, Marín B. Epidemiology of tuberculosis. *An Sist Sanit Navar.* 2007; 30 Suppl 2:7–19.
22. Blomberg B. Antimicrobial resistance in developing countries. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2008 Nov 6; 128(21):2462–6.
23. Blount M, Ebling MR, Eklund JM et al. Real-time analysis for intensive care: development and deployment of the artemis analytic system. *IEEE Eng Med Biol Mag.* 2010 Mar-Apr; 29(2):110–8.
24. Cecchetti A, Parmanto B, Vecchio M et al. Team building: electronic management-clinical translational research (eM-CTR) systems. *Clin Transl Sci.* 2009 Dec; 2(6):449–55.
25. Chen T, Lin W, Lu P et al. Computer laboratory notification system via short message service to reduce health care delays in management of tuberculosis in Taiwan. *Am J Infect Control.* 2011 Jun; 39(5):426–30.
26. Chevalier B, Margery J, Sane M et al. Epidemiology of the resistance of *Mycobacterium tuberculosis* to

- antituberculosis drugs at the main hospital in Dakar, Senegal. A 4-year retrospective study (2000–2003). *Rev Pneumol Clin.* 2010 Sep; 66(4):266–71.
27. Coll P. Active drugs against *Mycobacterium tuberculosis*. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2009 Oct; 27(8):474–80.
 28. DeVries G, vanAltena R, vanSoolingen D et al. An outbreak of multidrug-resistant tuberculosis from Eastern Europe in the Netherlands. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2005 Aug 27; 149(35):1921–4.
 29. East J, Krishnamurthy P, Freed B, Nosovitski G. Impact of a diabetes electronic management system on patient care in a community clinic. *Am J Med Qual.* 2003 Jul–Aug; 18(4):150–4.
 30. Eplee H, Murray B, Revere JH et al. Electronic management systems. *Eur J Dent Educ.* 2002; 6 Suppl 3:152–60.
 31. Jones D, Curry W. Impact of a PDA-based diabetes electronic management system in a primary care office. *Am J Med Qual.* 2006 Nov–Dec; 21(6):401–7.
 32. Falzon D, Jaramillo E, Schunemann H et al. WHO guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis: 2011 update. *Eur Respir J.* 2011 Sep; 38(3):516–28.
 33. Filson CP, Hollingsworth JM, Skolarus TA et al. Health care reform in 2010: transforming the delivery system to improve quality of care. *World J Urol.* 2011 Feb; 29(1):85–90. Epub 2010 Nov 3.
 34. Fitzpatrick C, Floyd K. A Systematic Review of the Cost and Cost Effectiveness of Treatment for Multidrug-Resistant Tuberculosis. *Pharmacoeconomics.* 2011 Nov 9. doi: 10.2165/11595340-000000000-00000.
 35. Gorman CA, Zimmerman BR, Smith SA et al. DEMS – a second generation diabetes electronic management system. *Comput Methods Programs Biomed.* 2000 Jun; 62(2):127–40.
 36. Hashim F., Mahabubul G., Siraj S. Ensuring participatory based decision-making practice in Higher Education through E-management: A faculty initiative /Recent Advances in e-Activities, Information Security and Privacy. – WSEAS Press, 2009. – P. 280–285.
 37. He G., Chen R. E-Enterprise and E-Management Concept and Process Model Research / Wireless Communications, Networking and Mobile Computing, 2007. WiCom 2007. International Conference. – Shanghai, 21–25 Sept. 2007. – P. 3557–3560.
 38. Heller R. Electronic Management: Making the most of the new technological opportunities – 2006. –<http://www.thinkingmanagers.com/management/electronic-management.php>.
 39. Hoerbst A, Hackl WO, Blomer R, Ammenwerth E. The status of IT service management in health care – ITIL in selected European countries. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2011 Dec 21; 11(1):76.
 40. Kaufman M.B. Electronic medication management system available to improve medication adherence. – 2008. – Режим доступу: <http://formularyjournal.modernmedicine.com/formulary/Technology+News/Electronic-medication-management-system-available-/ArticleStandard/Article/detail/520965>.
 41. Kulkarni A., Pougatchev V. Macroscopic view on the structure of the e-Management control and evaluation system for the university of technology, Jamaica // *International Journal of Information Technology and Knowledge Management.* – 2011. – Vol.4, N1. – P. 243–252.
 42. Lutes K., Chang K., Baggili I. Diabetic e-Management System (DEMS) // *Information Technology: New Generations, 2006. ITNG 2006. Third International Conference.* – Las Vegas, 10–12 April 2006. – P. 619–624.
 43. Malmberg R, Mann G, Squire SB. A systematic assessment of the concept and practice of public-private mix for tuberculosis care and control. *Int J Equity Health.* 2011 Nov 10; 10(1):49.
 44. Manfredi R, Nanetti A, Dal Monte P et al. Increasing pathomorphism of pulmonary tuberculosis: an observational study of slow clinical, microbiological and imaging response of lung tuberculosis to specific treatment. Which role for linezolid? *Braz J Infect Dis.* 2009 Aug; 13(4):297–303.
 45. Marcu A, Farley J. A comprehensive infectious disease management system. *Stud Health Technol Inform.* 2009; 143:364–7.
 46. Mauthe A., Thomas P. Professional Content Management Systems: Handling Digital Media Assets. – John Wiley & Sons, 2004. – 314 p.
 47. Milcinski G., Dovc J., Kamenik J. et al. e-Management and Quality Assurance / *Proceedings of ICALEPCS.* – Gyeongju, Korea, 2003. – P. 29–31.
 48. Montori V, Dinneen S, Gorman C et al. The impact of planned care and a diabetes electronic management system on community-based diabetes care: the Mayo Health System Diabetes Translation Project. *Diabetes Care.* 2002 Nov; 25(11):1952–7.
 49. Ristic L, Rancic M, Radovic M. Tuberculosis in the 21st century-challenges, endeavours and recommendations to doctors. *Med Pregl.* 2010 Nov–Dec; 63(11–12):811–5.
 50. Saw C., Ferenci M., Wagner H. EManagement: Workflow in Treatment Planning Section. *Med. Phys.* 36, 2770 (2009); doi:10.1118/1.3182509
 51. Sedor P. EDI: electronic management is almost a reality. *Hospitals.* 1989 Dec 5; 63(23):65–6, 68–9.
 52. Smith S, Murphy M, Huschka T et al. Impact of a diabetes electronic management system on the care of patients seen in a subspecialty diabetes clinic. *Diabetes Care.* 1998 Jun; 21(6):972–6.
 53. Strohmeier S. Research in e-HRM: Review and implications // *Human Resource Management Review.* – 2007. – N 17(1). – P. 19–37.
 54. Tan J. E-health care information systems: an introduction for students and professionals. – John Wiley & Sons, 2005. – 589 p.
 55. The Electronic Document Management Workflow. – 2011. – Режим доступу: <http://www.electronicdocumentmanagementreview.com>.

АДАПТАЦИЯ ПОДХОДОВ И МЕХАНИЗМОВ ЭЛЕКТРОННОГО МЕНЕДЖМЕНТА ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Владзимирский А. В., Мозговой В. В.¹

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

¹КЛПУ «Областная противотуберкулезная больница», Донецк, Украина

В статье обоснована целесообразность и проведена адаптация основных аспектов электронного менеджмента в здравоохранении для использования при организации медико-санитарной помощи пациентам с мультирезистентным туберкулезом. С учетом мирового и собственного опыта показано, что реализация инструментов электронного менеджмента в отрасли фтизиатрии должна основываться на медицинских информационных и телемедицинских системах.

Ключевые слова: электронный менеджмент, туберкулез, организация медико-санитарной помощи.

ADAPTATION OF APPROACHES AND MECHANISMS OF ELECTRONIC MANAGEMENT FOR USING FOR ORGANIZATION OF HEALTH CARE IN FIELD OF MULTIDRUGRESISTANT TUBERCULOSIS

Vladzimirskyy A. V., Mozgovoy V. V.¹

Donetsk National Medical University named after M.Gorky, Donetsk, Regional

¹Anti-Tuberculosis Hospital, Donetsk, Ukraine

Authors made grounding of expedience and adaptation of basic aspects of electronic management for usage in organization of health care in field of multidrugresistant tuberculosis. Added up worldwide and own experience authors concluded that realization of tools for the e- management in field of phthisiology must be based on the medical information systems and telemedicine applications.

Keywords: eManagement, tuberculosis, health care organisation

«МЕДИЧНЕ ПРАВО» – ЙОГО МІСЦЕ ПРИ ПІДВИЩЕННІ КВАЛІФІКАЦІЇ ЛІКАРІВ

Лашкул З. В., Сізінцова Ю. Ю.

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

Питання викладання «Медичного права» у післядипломній освіті і на сьогодні залишається дискусійним. Враховується напружена програма перепідготовки по основній спеціальності, супротив з боку фахівців з правознавства, МОЗ України і т. п.

З ініціативи президента ВГО «Фундація медичного права та біоетики України», к. ю. н., доцента Ірини Сенюти в 2011 році, розроблена та затверджена програма з медичного права для слухачів післядипломної освіти медичних закладів III–IV рівнів акредитації. За даними соціологічного опитування слухачів проаналізована їх думка, щодо необхідності її викладання, кількості годин, форм занять і т. п.

Ключові слова: медичне право, права пацієнтів, юридична відповідальність, результати анкетування.

Сфера охорони здоров'я об'єднує цілий комплекс суспільних відносин – медичних, фінансових, управлінських, організаційних. Вони регулюються різними галузями законодавства – конституційним, адміністративним, трудовим, цивільним, господарським, кримінальним, екологічним тощо. Але ядром цих відносин є саме медичні відносини, які виникають між пацієнтом і медичним працівником з приводу надання йому медичної допомоги на всіх етапах її здійснення [1, 4, 7].

Переважає 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 [1, 4, 6, 8]. 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 [4, 7, 8]. Тому вивчення медичного права в Україні постає нагальною потребою та необхідністю [2, 3, 4].

На виконання Постанови КМУ від 10 січня 2002 р. № 14 «Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002–2011 роки» щодо забезпечення підготовки висококваліфікованих фахівців з організації та управління охороною здоров'я шляхом створення факультетів медичного менеджменту та маркетингу з відповідними кафедрами – менеджменту, економіки, медичного права в Запорізькій медичній академії післядипломної освіти з початку 2012 року на кафедрі соціальної медицини, організації і управління охороною здоров'я та медико-соціальної експер-

тизи розпочалось викладання дисципліни «Медичне право» за програмою затвердженою МОЗ.

Мета роботи – покращення викладання «Медичного права» та вивчення особистої думки слухачів, щодо її включення в програму підготовки лікарів всіх спеціальностей.

Методи дослідження: соціологічний, аналітичний.

Результати дослідження та їх обговорення

Проведено опитування 120 слухачів кафедри, які в січні, лютому пройшли навчання на кафедрі по програмі з «Медичного права» затвердженої МОЗ України.

Програма передбачає включення занять з лікарями всіх спеціальностей (7 годин лекційного матеріалу).

Для проведення опитування підготовлені анкети, які склалися з 11 запитань.

На питання, які теми з сьогоднішнього заняття найбільш важливі: більшість респондентів (90%) висловили думку, що найбільш актуальними питаннями, є: питання щодо корупційного законодавства, а саме Закону України «Про засади запобігання та протидії корупції», прав пацієнтів, прав медичних працівників, прав лікувальних закладів; видів відповідальності за порушення прав пацієнтів, дефекти в наданні медичної допомоги: лікарська помилка, нещасний випадок, ятрогенія.

На запитання, які питання необхідно включити до програми: 40% респондентів висловили побажання включити до програми питання кримінально-процесуальної відповідальності, 30% – питання кодексу про працю, 25% – правові питання біотичних технологій.

По оцінці якості викладеного матеріалу по 12-бальній системі:

- актуальність матеріалу: 12 балів підтвердило 117 слухачів (98%);
- доступності викладання матеріалу: 12 балів підтвердило 118 слухачів (99%);
- наочність учбових матеріалів: 12 балів підтвердило 102 слухачі (95%).

Всі респонденти (100%) – високо оцінили (12 балів) контакт викладача з аудиторією та переконливість викладання матеріалу.

На запитання, яка на Вашу думку повинна бути тривалість вказаного навчального циклу: всі респонденти (100%), висловили думку, щодо збільшення навчального часу з питань медичного права до 3–7 днів (20–50 годин).

108 (96%) респондентів оцінили організацію учбового процесу на кафедрі на 12 балів, 8 (6%) на 11 і 4 (3%) на 10 балів.

Висновки

1. Результати анкетування підтверджують необхідність включення в програми перепідготовки фахівців всіх спеціальностей програми з медичного права.

2. В зв'язку з прийняттям нових законодавчих актів, побажань слухачів, є необхідність включення в програму з «Медичного права» питань кримінально-процесуальної відповідальності, кодексу законів про працю та відпочинок.

3. Досвід проведення занять та результати анкетування показали, що 7 годин для висвітлення питань затверджених програмою недостатньо. Відсутня зворотна реакція слухачів, так як викладання циклу йде тільки в вигляді лекцій. Доцільно збільшити кількість годин до 14, за рахунок семінарських і практичних занять.

Література

1. Волков В., Дешко Л. На захист медичного права // Юридичний Вісник України. – 2006. – № 8. – С.8.
2. Волков В. Є Дешко Л. З досвіду викладання медичного права України. // Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення). Матеріали ІІ Всеукраїнської науково-практичної конференції 17 – 18.04.2008, м. Львів
3. Вороненко Ю. В., Радиш Я. Ф. Право – важлива складова програми післядипломної підготовки керівників системи охорони здоров'я України // Український медичний часопис, 2006. – № 6 (56). – С. 35–39.
4. Сенюта І. О., Січкоріз О. Медичне право України: програма для слухачів факультетів післядипломної освіти вищих медичних закладів та закладів післядипломної освіти МОЗ України. – Київ: 2011. – 66 с.
5. Зарубежный опыт решения проблем правовой, моральной и экономической защиты интересов пациента и врача. Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения – 2008 г. № 5 (80). – С. 55–58.
6. Салагай О. О. Противодействие коррупции в сфере здравоохранения: политико-правовой аспект. Здравоохранение Российской Федерации 2009 г. – № 6. – С. 3–7
7. Сіроштан О. Які права у «Медичного права»? 2008 р. – Терапія № 6 (27) – С. 5–7.
8. Стеценко С. Г. Основы медицинского права в системе базовой и последипломной подготовки врача. Учебное пособие. – М.: Российская медиц. академия последипломного образования, 2002. – 37 с.

«MEDICAL LAW» – ITS PLACE IN POSTGRADUATE TRAINING DOCTORS

Lashkul Z. V., Sizintsova Y. Y.

State Institute «Zaporizhzhia Medical Academy of Postgraduate Education of Ministry of Health of Ukraine»

The teaching of «medical law» in postgraduate education and is still disputable. Taken into account intensive training program on the main specialty, resistance from the experts on law, the Ministry of Health Ukraine, etc.

On the initiative of President of NGO «Foundation for Medical Law and Bioethics Ukraine», PhD in law, Professor Irene Senyuta in 2011, developed and approved program of medical law students for postgraduate education hospitals III–IV levels of accreditation according to survey participants analyzed their opinion on the necessity of teaching, the number of hours of employment forms, etc.

Keywords: medical law, patient rights, legal responsibility, a poll.

НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЛІКАРЯМИ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ З ПРИВОДУ ХІРУРГІЧНИХ ХВОРОБ

Слабкий Г. О., Бурдим Ю. В.

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

Наведені результати експертного дослідження щодо обсягів медичної допомоги пацієнтам з хворобами хірургічного профілю при яких лікар загальної практики-сімейний лікар надає медичну допомогу та скеровує хворих до хірургічного стаціонару самостійно, а при яких надає медичну допомогу після консультативного заключення лікаря-хірурга поліклініки.

Ключові слова: лікар загальної практики-сімейний лікар, лікар-хірург, захворювання, медична допомога.

В ході проведення оптимізації системи надання медичної допомоги в Україні пріоритетним напрямком визначено розвиток первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах сімейної медицини [1, 2]. На теперішній час основні засади діяльності лікаря загальної практики-сімейного лікаря в основному обґрунтовано [3–8] і нормативно визначено [9–15]. Але в доступній нам літературі в Україні ми не знайшли даних про тактику лікаря загальної практики-сімейного лікаря при зверненні пацієнтів хірургічного профілю.

Мета роботи встановити експертне рішення лікарів загальної практики-сімейних лікарів, лікарів-хірургів та організаторів охорони здоров'я щодо функції лікарів загальної практики-сімейних лікарів (ЛЗП/СЛ) з приводу хірургічних хвороб в умовах впровадження сімейної медицини.

Матеріали та методи

Для проведення дослідження було розроблено «Карту експертної оцінки функціональних засад розмежування обсягів медичної допомоги населенню з приводу хірургічних хвороб між сімейним лікарем та лікарем-хірургом в умовах амбулаторно-поліклінічного закладу», яка була прорецензована та затверджена рішенням Вченої ради інституту. До експертної оцінки залучено 450 лікарів: 217 лікарів загальної практики-сімейних лікарів, 152 лікаря-хірурга та 81 організатора охорони здоров'я. Перед заповненням відповідних карт з експертами проводився короткий семінар з роз'ясненням мети дослідження. Для заповнення карт експертам виділялося до 1 години часу. Експерти своє заключення робили за п'ятибальною шкалою оцінок від 5 – «найбільш доцільно» до 1 – «недоцільно».

Таблиця 1

Перелік хірургічних хвороб та синдромів при яких ЛЗП/СЛ забезпечує самостійно забезпечує надання медичної допомоги

Перелік хірургічних хвороб та синдромів	Доцільність самостійного проведення ЛЗП/СЛ заходів з профілактики, діагностики та лікування хворих
Фурункул, карбункул (легкі неускладнені форми)	4,9
Панарицій (шкірний, підшкірний, піднігтьовий)	4,0
Гідраденіт (неускладнені форми)	3,9
Врослий ніготь	3,2
Забиття, садна м'яких тканин (неускладнений перебіг), тулуба, кінцівок	5,0
Поверхневі рани в межах 3–5 см (неускладнені)	4,9
Ізольовані переломи 1–2 ребер без ушкодження внутрішніх органів	3,5
Нагляд за післяопераційними хворими на дому, які виписались із хірургічного стаціонару	4,7

но», проставивши позначку у відповідну графу. У разі невизначеної думки щодо окремих хвороб та синдромів експерти використовували нульову оцінку – «0». Експертні заключення надавалися анонімно.

Результати та їх обговорення

В ході дослідження були визначені функції лікаря загальної практики-сімейного лікаря з надання медичної допомоги пацієнтами хірургічного профілю.

В таблиці 1 наведені дані експертного опитування з визначення хірургічних хвороб та синдромів при яких ЛЗП/СЛ забезпечує самостійне проведення прикріпленому населенню заходів з профілактики, діагностики й лікування, включаючи здійснення реабілітаційних заходів у разі

наступних хвороб та синдромів хірургічного профілю.

Таким чином, на думку експертів, ЛЗП/СЛ самостійно повинні надавати медичну допомогу пацієнтам при ряді захворювань хірургічного профілю до яких в першу чергу відносяться забиття та садни м'яких тканин (неускладнений перебіг), тулуба, кінцівок; поверхневі рани в межах 3–5 см (неускладнені); фурункул, карбункул (легкі неускладнені форми); панарицій (шкірний, підшкірний, піднігтьовий) і здійснювати нагляд за післяопераційними хворими на дому, які виписались із хірургічного стаціонару. Менш позитивно вони оцінили можливості ЛЗП/СЛ в самостійному наданні медичної допомоги при гідраденіті; ізольованих переломах 1–2 ребер без ушкодження внутрішніх органів та врослому нігті.

Таблиця 2

Перелік хірургічних хвороб та синдромів при яких ЛЗП/СЛ забезпечує обов'язкове термінове направлення хворих для надання відповідної консультативної/лікувальної допомоги до лікаря-хірурга

Перелік хірургічних хвороб і синдромів	Доцільність направлення хворих до лікаря-консультанта в разі наступних хвороб і синдромів		
	так	ні	важко відповісти
Гострий апендицит		+	
Гострий холецистит		+	
Гострий холангіт		+	
Гострий панкреатит		+	
Гостра кишкова непрохідність		+	
Перфоративна виразка шлунка		+	
Защемлена грижа		+	
«Гострий» живіт		+	
Гострий парапроктит Гострий перитоніт		+	
Нагнійні рани та гематоми	4,5	0,4	0,1
Абсцес	4,6	0,3	0,1
Мастит	4,8	0,1	0,1
Ускладнений геморой	4,8	0,2	
Випадіння прямої кишки	5,0		
Тріщини ануса	3,7	1,1	0,2
Гострий флебіт		+	
Гострий тромбофлебіт		+	
Гостра артеріальна непрохідність		+	
Ускладнений панарицій		+	
Хронічний ендартеріїт, ускладнений перебіг	4,9	0,1	
Варикозне розширення вен	4,3	0,6	0,1
Закриті травми живота		+	
Поранення живота		+	
Неспецифічний виразковий коліт	4,2	0,6	0,2

Примітка: Хворих, із «знаком +» необхідно відразу ж направляти в черговий хірургічний стаціонар. Адже в більшості випадків вони потребують негайного оперативного втручання! Направляючи пацієнта відразу ж в стаціонар скорочується час до отримання хірургічної допомоги

Далі, в таблиці 2 наведені результати дослідження щодо обов'язкового термінового направлення ЛЗП/СЛ хворих для надання відповідної консультативної/лікувальної допомоги до лікаря-хірурга амбулаторно-поліклінічного закладу в разі діагностування вперше в житті або підозрі на визначені ними хірургічні хвороби та синдроми.

Отримані дані вказують на те, що до захворювань, при яких ЛЗП/СЛ має терміново скерувати пацієнта на консультацію до лікаря-хірурга амбулаторно-поліклінічного закладу відносяться випадіння прямої кишки; хронічний ендартеріт (ускладнений перебіг); мастит; ускладнений геморої та абсцес. Направлення пацієнтів до лікарів-хірургів на консультацію при ряді інших хірургічних захворюваннях, за визначенням експертів, має меншу ступінь терміновості.

Дані таблиці 3 відображають отримані результати відносно того коли ЛЗП/СЛ здійснює профілактику, діагностику й лікування хворих, включаючи проведення реабілітаційних заходів при хірургічних хворобах та синдромах згідно з рекомендаціями лікаря-хірурга амбулаторно-поліклінічного закладу.

Виходячи з наведених даних ЛЗП/СЛ надає медичну допомогу згідно з рекомендаціями лікаря-хірурга амбулаторно-поліклінічного закладу при наступних хірургічних хворобах панарицій ускладнений (доліковування); ендартеріт; геморої ускладнений (доліковування); хронічний тромбофлебіт та мастит (доліковування).

Наступним кроком дослідження було встановлення переліку хірургічних захворювань при яких лікар загальної практики-сімейний лікар здійснює спільно з лікарем-хірургом (та/або лікарем іншого фаху) амбулаторно-поліклінічного закладу профілактику, діагностику й лікування хворих, включаючи проведення реабілітаційних заходів (табл. 4).

За результатами експертного заключення лікар загальної практики-сімейний лікар сумісно з лікарями-хірургами поліклініки має надавати медичну допомогу пацієнтам з хронічним ендар-

теріітом, а пацієнтам з післяхолецистомічним синдромом, післягастрорезекційним синдромом надавати медичну допомогу разом з лікарями-хірургами та лікарями-гастроентерологами поліклініки. Експерти не вважають за необхідне організацію медичної допомоги сумісно лікарями загальної практики – сімейними лікарями та лікарями хірургами поліклінік при таких захворюваннях як хронічний тромбофлебіт, хронічний остеомієліт, геморої, варикозне розширення вен.

Далі вивчався перелік хірургічних хвороб та синдромів в разі діагностування чи підозрі на них ЛЗП/СЛ забезпечує своєчасну госпіталізацію хворих у лікарняні заклади після надання необхідної медичної допомоги на догоспітальному етапі (табл. 5).

Отримані в ході експертної оцінки дані вказують на те, що лікар загальної практики-сімейний лікар при усіх ургентних станах має самостійно скеровувати пацієнтів до хірургічних стаціонарних відділень. До таких захворювань відносяться гострий апендицит, гострий холецистит, гострий панкреатит, гостра кишкова непрохідність, гострий парапроктит, гнійний мастит, випадіння прямої кишки та інші. А при таких захворюваннях, як грижі незащемлені, хронічний ендартеріт, хронічний тромбофлебіт, хронічний геморої, рубцевий пілоростеноз лікар загальної практики-сімейний лікар госпіталізує пацієнтів в плановому порядку.

Висновки

В ході проведеного дослідження для лікаря загальної практики-сімейного лікаря встановлено наступний порядок дій при зверненні пацієнтів з хірургічною патологією:

– при зверненні пацієнтів з забиттями та саднами м'яких тканин (неускладнений перебіг), тулуба, кінцівок; поверхневими ранами в межах 3–5 см (неускладнені); фурункулах, карбункулах (легкі неускладнені форми); панарицій (шкірний, підшкірний, піднігтьовий) він надає

Таблиця 3

Перелік хірургічних хвороб та синдромів при яких ЛЗП/СЛ надає медичну допомогу згідно з рекомендаціями лікаря-хірурга амбулаторно-поліклінічного закладу

Перелік хірургічних хвороб та синдромів	Доцільність здійснення ЛЗП/СЛ профілактики, діагностики й лікування хворих, згідно з рекомендаціями лікаря-хірурга		
	так	ні	важко відповісти
Панарицій ускладнений (доліковування)	4,2	0,2	0,6
Геморої ускладнений (доліковування)	3,9	0,8	0,3
Тріщини ануса	1,3	3,5	0,2
Мастит (доліковування)	2,8	2,0	0,2
Хронічний тромбофлебіт	3,1	0,9	1,0
Ендартеріт	4,1	0,5	0,4

Таблиця 4

Перелік хірургічних хвороб та синдромів при яких ЛЗП/СЛ надає медичну допомогу спільно з лікарем-хірургом (та/або лікарем іншого фаху) амбулаторно-поліклінічного закладу

Перелік хірургічних хвороб та синдромів	Спеціальність лікаря-консультанта	Доцільність здійснення ЛЗП/СЛ профілактики, діагностики й лікування хворих, згідно з рекомендаціями лікаря-хірурга		
		так	ні	важко відповісти
Хронічний тромбофлебіт	хірург	1	3	1
Хронічний ендартеріїт	хірург	3	1	1
Післяхолецистектомічний синдром	хірург	3	1	1
	гастроентеролог	4	1	–
Післягастрорезекційний синдром	хірург	4	1	–
	гастроентеролог	4	1	–
Неспецифічний виразковий коліт	хірург	4	1	–
Хронічний остеомієліт	хірург	1	2	2
Геморой	хірург	1	3	1
Варикозне розширення вен	хірург	1	2	2

Таблиця 5

Перелік хірургічних хвороб та синдромів при яких ЛЗП/СЛ забезпечує своєчасну госпіталізацію хворих у лікарняні заклади

Перелік хірургічних хвороб і синдромів	Доцільність запровадження		
	так	ні	важко відповісти
За екстремими показаннями:			
«Гострий» живіт або підозра на гострі хірургічні захворювання органів черевної порожнини	5	–	–
Гострий апендицит	5	–	–
Гострий холецистит	5	–	–
Гострий панкреатит	5	–	–
Гостра кишкова непрохідність	5	–	–
Проривна виразка шлунка та 12-палої кишки	5	–	–
Защемлена грижа	5	–	–
Гострий перитоніт	5	–	–
Гострий парапроктит	5	–	–
Абсцеси	5	–	–
Гнійний мастит	5	–	–
Випадіння прямої кишки	5	–	–
Гострий флебіт	5	–	–
Гостра артеріальна непрохідність	5	–	–
Спайкова хвороба	4	1	–
Гострий остеомієліт	5	–	–
Закриті травми живота	5	–	–
Поранення живота	5	–	–
За плановими показаннями:			
Грижі незащемлені	5	–	–
Хронічний ендартеріїт	5	–	–
Хронічний тромбофлебіт	5	–	–
Хронічний геморой	5	–	–
Рубцевий пілоростеноз	5	–	–

медичну допомогу та проводить профілактичні заходи самостійно; а також здійснює нагляд за післяопераційними хворими які виписались із хірургічного стаціонару;

– пацієнтів з випадінням прямої кишки; хронічним ендартеріітом (ускладнений перебіг); маститом; ускладненим перебігом геморою та абсцесу має терміново скерувати на консультацію до лікаря-хірурга амбулаторно-поліклінічного закладу;

– при наступних хірургічних хворобах панарицій ускладнений (доліковування); ендартеріїт; геморою ускладнений (доліковування); хронічний тромбофлебіт та мастит (доліковування) лікар загальної практики-сімейний лікар надає медичну допомогу пацієнтам після консультації лікаря-хірурга поліклініки;

– спільно з лікарем-хірургом поліклініки лікар

загальної практики-сімейний лікар надає медичну допомогу пацієнтам з хронічним ендартеріітом, а пацієнтам з післяхолецистомічним синдромом, післягастрорезекційним синдромом надавати медичну допомогу разом з лікарями-хірургами та лікарями-гастроентерологами поліклініки;

– лікар загальної практики-сімейний лікар при ургентних станах до яких відносяться гострий апендицит, гострий холецистит, гострий панкреатит, гостра кишкова непрохідність, гострий парапроктит, гнійний мастит, випадіння прямої кишки та інші має самостійно скеровувати пацієнтів до хірургічних стаціонарних відділень. А при таких захворюваннях, як грижі незащемлені, хронічний ендартеріїт, хронічний тромбофлебіт, хронічний геморою, рубцевий пілоростеноз лікар загальної практики-сімейний лікар госпіталізує пацієнтів в плановому порядку.

Література

1. Закон України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги», 7 липня 2011 року N 3611-VI.
2. Закон України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві», 7 липня 2011 року N 3612-VI.
3. Первинна медико-санітарна допомога/сімейна медицина: [монографія] / З. М. Митник, Г. О. Слабкий, Н. П. Крижина; за ред. В. М. Князевича; МОЗ України. – К., 2010. – 404 с.
4. Скринінгові дослідження в практиці сімейного лікаря: обстеження на виявлення цукрового діабету та анемії / МОЗ України, ДУ «Укр. ін-т стратегічних досліджень МОЗ України»; за ред. Г. О. Слабкого. – К., 2010.
5. Скринінгові дослідження в практиці сімейного лікаря: обстеження на виявлення раку передміхурової залози та гепатиту В / МОЗ України, ДУ «Укр. ін-т стратегічних досліджень МОЗ України»; за ред. Г. О. Слабкого. – К., 2010.
6. Скринінгові дослідження в практиці сімейного лікаря: обстеження на схильність до самогубства та виявлення депресії / МОЗ України, ДУ «Укр. ін-т стратегічних досліджень МОЗ України»; за ред. Г. О. Слабкого. – К., 2010.
7. Скринінгові дослідження в практиці сімейного лікаря: обстеження на виявлення раку легень та туберкульозу / МОЗ України, ДУ «Укр. ін-т стратегічних досліджень МОЗ України»; за ред. Г. О. Слабкого. – К., 2010.
8. Скринінгові дослідження в практиці сімейного лікаря: скринінг на виявлення гіпертонії / МОЗ України, ДУ «Укр. ін-т стратегічних досліджень МОЗ України»; за ред. Г. О. Слабкого. – К., 2010.
9. Наказ МОЗ України від 20.05.2011 № 301 «Про внесення зміни до Переліку закладів охорони здоров'я».
10. Наказ МОЗ України від 29.06.2011 № 384 «Про затвердження Примірного статуту Центру первинної медико-санітарної допомоги».
11. Наказ МОЗ України від 01.09.2011 № 557 «Про затвердження Примірного положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги».
12. Наказ МОЗ України від 01.09.2011 № 556 «Про затвердження Примірних штатних нормативів центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві».
13. Наказ МОЗ України від 02.11.2011 № 743 «Про затвердження Індикаторів якості медичної допомоги» (zareestrovano Міністерством юстиції за №1328/20066 від 22.11.2011).
14. Наказ МОЗ України від 15.07.2011 № 420 «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо розрахунку потреби населення у медичній допомозі».
15. Наказ МОЗ України від 15.08.2011 № 507 «Про затвердження комплексу показників для проведення оцінки стану реформування системи охорони здоров'я у пілотних регіонах».

DIFFERENTIATION of MEDICAL CARE on THE SURGICAL DISEASES in IMPLEMENTATION of FAMILY MEDICINE

Slabkiy G. O., Burdym Yu. V.

«Ukrainian Institute of Strategic Studies» Ministry of Health of Ukraine

The results of expert studies according to the volume of medical care to patients with surgical diseases in which the general practitioner, family physician provides medical care and directs patients to the surgical hospital alone, and in which provides medical care after the consultative conclusion of the advisory surgeon clinics.

Keywords: general practitioner, family physician, surgeon, morbidity, medical care.

РЕЗУЛЬТАТИ ПЕРЕХОДУ ДО НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ НА ЗАСАДАХ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ НА РІВНІ АДМІНІСТРАТИВНОГО РАЙОНУ В СІЛЬСЬКІЙ МІСЦЕВОСТІ

Одринський В. А.

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

Дослідження системи охорони здоров'я 17 адміністративних районів Запорізької області дозволило встановити, що: адекватна забезпеченість населення лікарями є передумовою впровадження ПМСД на засадах СМ; зміцнення ПМСД і впровадження СМ дозволяють підвищити доступність медичної допомоги для населення і зменшити на 16–22% потреби населення в швидкій медичній допомозі та на 5–7% в стаціонарній. Аналіз показників смертності (загальної, малюкової, дитячої) і показників захворюваності (загальної та по нозологіях: ГХ, ІХС, ІМ, інсульт, ЦД) та непрацездатності не виявив відмінностей між районами, що впроваджують і не впроваджують СМ. Вплив системи ОЗ в цілому (і моделі ПМСД зокрема) на показники здоров'я населення потребує додаткового вивчення.

Ключові слова: первинна медико-санітарна допомога, сімейна медицина, реформування, район, сільська місцевість.

В Україні проблема реорганізації первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах сімейної медицини (СМ) (в першу чергу в сільській місцевості) визнана на державному рівні, що знайшло відображення у прийнятих законодавчих актах [1–3], а розробкою і обґрунтуванням шляхів такої реорганізації займався Український інститут громадського здоров'я [4–7], окремі наукові колективи а також групи фахівців міжнародних проектів [8–11].

Обґрунтуванню реорганізації ПМСД на засадах загальної практики-сімейної медицини (ЗП/СМ) було також присвячено ряд дисертаційних праць та інших наукових робіт українських науковців, в яких крім загальних питань стратегії реформування ОЗ на регіональному рівні [12, 13] було розглянуто і окремі аспекти функціонування моделі ПМСД: реорганізація в умовах міста [14, 15] та сільської місцевості [16, 17], розподіл обсягів медичних послуг між рівнями допомоги [18], профілактична діяльність [19], використання стаціонарзамінних технологій в умовах сімейної медицини [20, 21], питання фінансування ПМСД [22, 23], а також питання її інформаційного забезпечення [24]. Аналогічні аспекти були предметом досліджень і російських науковців [25–35].

Однак в існуючих роботах не проводився аналіз впроваджених моделей ПМСД і насамперед ЗП/СМ за базовими характеристиками (загальність, комплексність, безперервність і тривалість, координація, співробітництво, орієнтація на сім'ю і громаду), розвиток яких і створює ті

переваги, заради яких і здійснюється реформування. Без оцінки цих базових характеристик неможливо визначити наскільки система охорони здоров'я зазнала змін і чи дійсно ці зміни здійснюються в правильному напрямку. Також недостатньо досліджено питання порівняння і відповідності впроваджених моделей сучасним світовим тенденціям розвитку ПМСД. Таке порівняння особливо важливе в контексті гармонізації української системи ОЗ з європейськими нормами, що є однією із стратегічних завдань галузі.

Реорганізація системи ПМСД в сільській місцевості передбачає в першу чергу зміни організаційної структури закладів від фельдшерсько-акушерських пунктів, сільських дільничних лікарень і лікарських амбулаторій до амбулаторій сімейного лікаря (АСЛ). Такі зміни взаємопов'язані не тільки із суто медичними, але й з правовими, економічними та соціальними аспектами функціонування системи ПМСД, врахування яких є основою комплексного підходу до реформування мережі сільської ОЗ.

В умовах децентралізації управління районний адміністративний рівень із власними бюджетними повноваженнями є тією ланкою, на якій можливе ефективне функціонування інтегрованої ПМСД. Досвід окремих районів України свідчить про можливість комплексного підходу до реорганізації районної системи ОЗ. Однак дотепер не проведено достатньої кількості досліджень щодо вивчення такого досвіду, ефективності управлінських рішень, що покладені в

його основу, переваг і недоліків системи ПМСД на кожному етапі її реорганізації в реальних умовах функціонування системи ОЗ району, а також оцінки впливу різних чинників (ризиків) на процес реформування. Рекомендації, що створені за результатами таких досліджень практичної реалізації розробленої моделі ПМСД можуть допомогти прискорити впровадження сімейної медицини в практику охорони здоров'я, в першу чергу – сільській.

Таким чином, медико-соціальне обґрунтування реорганізації ПМСД на основі дослідження практичної реалізації комплексного підходу до реформування районної системи ОЗ в сільській місцевості з урахуванням медичних, соціальних, правових та економічних аспектів є актуальною проблемою на сучасному етапі перебудови галузі.

Метою дослідження стало визначення відмінностей між адміністративними районами, що проводили роботу із зміцнення ПМСД і впровадження СМ і ти-ми, що не проводили такої роботи для врахування в процесі реформування ОЗ.

Матеріал і методи

Об'єктом дослідження стала система ОЗ адміністративного району в сільській місцевості. Із 20 районів Запорізької області для дослідження було відібрано 17. Три райони (Василівський, Мелітопольський, Токмацький) були виключені за ознакою переважання в районі міського населення, компактного проживання сільського населення і його близькості до районного центру і послуг ЦРЛ. Також для двох з цих районів статистичні дані збиралися без поділу між міським і сільським населенням і тому значно відрізнялися від решти районів області.

Відібрані для дослідження райони були поділені на три групи за допомогою кластерного аналізу (рис. 1). За основу поділу були взяті показники розвитку ПМСД районів у 2010 році (кількість лікарів ЗП/СМ, кількість населення охопленого СМ, забезпеченість ПМСД автотранспортом). Ієрархічний кластерний аналіз виконувався за допомогою комп'ютерної програми Статистика 6.0. Першу групу склали чотири райони, де адміністрацією проводилася багаторічна робота із зміцнення первинної ланки ОЗ і де 80–100% населення обслуговується СЛ. До другої групи увійшли 7 районів, які зробили перші кроки для впровадження СМ і охоплення населення складало 15–60%. Третя група із 6 районів була представлена адміністративними одиницями, де або взагалі не організовано ні однієї дільниці СМ, або 1–2 на весь район (<10% населення).

Для порівняння показників районів різних кластерів був використаний системний підхід для забезпечення якості в ОЗ – триада А. Донабедіана, що включає аналіз на рівні структури, процесу і результатів надання медичної допомоги [36]. В зазначеному порядку проводився порівняльний аналіз системи ОЗ між досліджуваними районами: показники кадрового забезпечення, показники звернення населення за медичною допомогою на різних рівнях її надання, показники смертності, захворюваності і непрацездатності.

Дані аналізувалися за період 2001–2010 рр. Враховуючи малу вибірку (n=17) були застосовані інструменти непараметричної статистики з використанням комп'ютерної програми Статистика 6.0. При порівнянні даних по кластерах використовувався дисперсійний аналіз Краскела-Уолліса і при встановленні наявності статистично значимих (p<0,05) відмінностей подальше попарне порівняння за допомогою U-критерію Манна-Уїтні.

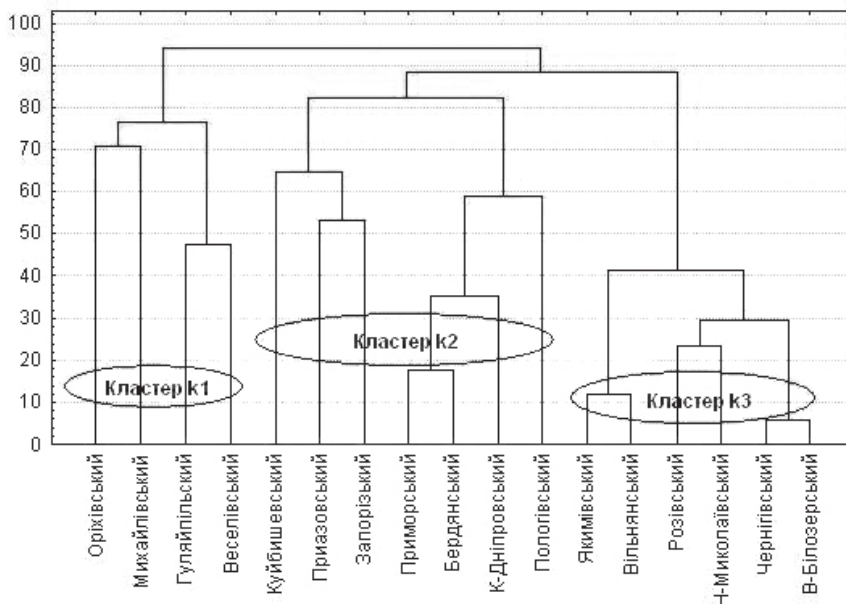


Рис. 1. Результати ієрархічного кластерного аналізу 17 районів Запорізької області за показниками розвитку ПМСД у 2010 р

Статистичний зв'язок між різними параметрами оцінювали за допомогою коефіцієнту рангової кореляції Спірмена (r_s).

Результати та їх обговорення

Важливою складовою реформування системи ОЗ району є розрахунок потреби в лікарях ЗП/СМ і відсоток вже підготовлених лікарів ЗП/СМ у загальній кількості лікарів. Наказом МОЗ України № 72 від 23 лютого 2001 року [37] передбачено, що введення посад лікарів ЗП/СМ проводиться з розрахунку 1 посада лікаря на 1100–1200 осіб дитячого і дорослого населення в сільській місцевості, 1400–1500 осіб – в міській місцевості. Однак на практиці в сільській місцевості кількість населення прикріпленого до сімейного лікаря також тяжіє до цифри 1500. Для середніх розрахунків потреби в лікарях ЗП/СМ району можна використовувати формулу $RKCL = \text{кількість населення району} / 1500$, де $RKCL$ – розрахункова кількість сімейних лікарів.

Показники кадрового забезпечення лікарських посад в сільському районі є важливим індикатором, який з однієї сторони вказує на соціальне благополуччя адміністративної одиниці, з іншого на ефективність кадрової роботи керівників району. Підготовка СЛ потребує значних витрат часу і інших ресурсів. Крім того, на період навчання необхідно передбачити заміну відсутнім лікарям і забезпечити існуючий рівень доступності медичної допомоги, особливо в сільській місцевості. Головним джерелом СЛ для районів залишаються вже існуючі лікарські кадри, насамперед дільничні терапевти та педіатри.

При оцінці кадрового потенціалу ПМСД і потреби в лікарях загальної практики необхідно також враховувати вік працюючих на даний час лікарів, яких можна перенавчити у лікарів ЗП/СМ. Якщо серед працюючих є особи пенсійного або передпенсійного віку це буде суттєво впливати на кадрову стратегію розвитку системи ОЗ району, збільшуючи потребу у нових лікарях. Дефіцит лікарів ЗП/СМ необхідно вирішувати за рахунок перенавчання фахівців вторинної ланки та залучення нових лікарів (випускників ВНЗ та приїжджих, що потребує вирішення питань із їх проживанням та створенням інших мотивацій). Таким чином, аналіз загальної кількості лікарів в районі дозволяє зробити важливі висновки для розробки кадрової стратегії.

В першу чергу звертає на себе увагу факт значного відставання забезпечення населення сільських районів лікарями від населення міст (27,7 штатних посад на 10 тис. населення в районах проти 39,6 в містах області, а по фізичних особах – 17,7 проти 29,2), що значно обмежує можливості підготовки сімейних лікарів на селі із наявних кадрів.

По-друге, встановлено що між районами різних кластерів є значні відмінності у забезпе-

ності лікарями населення (рис. 2, 3). В тих районах де кращий показник забезпеченості лікарями там і активно впроваджується сімейна медицина ($r_s=0,88$, $p<0,01$). Ця кореляція дійсна тільки для показника забезпеченості лікарями фізичними особами, для забезпеченості лікарськими штатними посадами такий зв'язок не встановлено ($r_s=0,01$). Можна припустити, що забезпеченість лікарями фізичними особами менше 18 на 10 тисяч населення створює певні труднощі при реформуванні системи ОЗ району. Цей показник може слугувати індикатором відповідного ризику, виявлення якого дозволяє запланувати адекватні організаційні заходи.

По третє, дослідження встановило, що загальноукраїнська тенденція до зменшення показника укомплектованості штатних лікарських посад в сільських медичних закладах характерна для систем ОЗ районів всіх кластерів (рис. 4). Критичним значенням цього показника можна вважати 70%, як результат балансу між намаганням керівників заповнити вакантні посади (що само по собі є досить складною проблемою для сільських медичних закладів) та наданням можливості медичному персоналу розробляти незаповнені ставки, щоб таким чином збільшити заробітну плату і підвищити мотивацію працюючих.

Кількість звернень населення до ЛПЗ може слугувати індикатором доступності медичної допомоги. Кількість звернень на одного мешканця в районах першого кластеру була істотно ($p<0,01$) вищою ніж в районах другого і третього кластерів, показники яких між собою істотно не відрізнялись ($p=0,7$) (рис. 5). Також встановлено статистичний зв'язок між кількістю звернень і забезпеченістю населення лікарями фізичними особами ($r_s=0,75$, $p<0,01$). Слід зазначити, що кількість звернень не мала статистично значимої кореляції із укомплектованістю лікарських посад ($r_s=0,33$, $p>0,05$).

Про більшу доступність медичної допомоги на засадах сімейної медицини також свідчить і різниця у показниках звернень населення з причини захворюваності між системами ОЗ районів різних кластерів ($r_s=0,71$, $p<0,01$) і відвідувань хворих на дому ($r_s=0,93$, $p<0,01$) (рис. 6, 7). В статистичній залежності знаходяться показники відвідувань хворих на дому і кількість автомобілів у користуванні ПМСД ($r_s=0,61$, $p<0,01$).

Кількість і структура викликів швидкої медичної допомоги опосередковано може вказувати на дефекти в організації ПМСД – низьку якість або недоступність послуг лікарів первинної ланки. Підтвердженням цієї тези є факт зменшення навантаження на ПМД в процесі зміцнення ПМСД – зменшення викликів на 16,4% ($p<0,01$) у порівнянні з районами другого і на 22,4% у порівнянні з районами третього кластеру ($p<0,01$) (рис. 8). Дослідження також встановило зміну

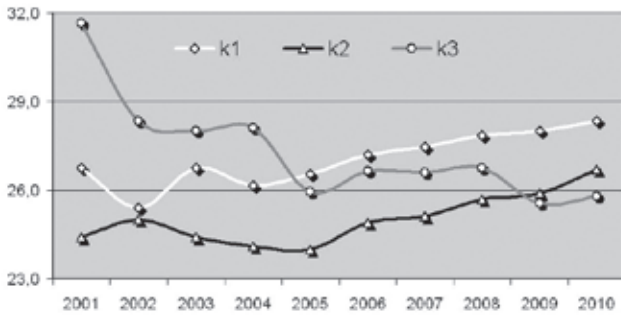


Рис. 2. Кількість штатних посад лікарів на 10 тис. населення по кластерах

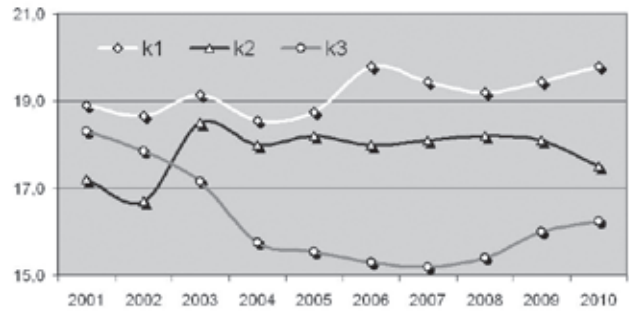


Рис. 3. Кількість фізичних осіб лікарів на 10 тис. населення по кластерах

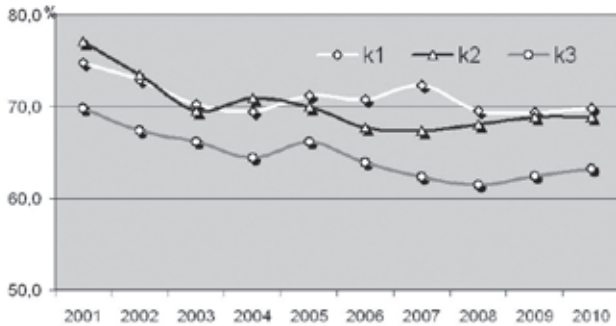


Рис. 4. Укомплектованість лікарських посад у районах різних кластерів

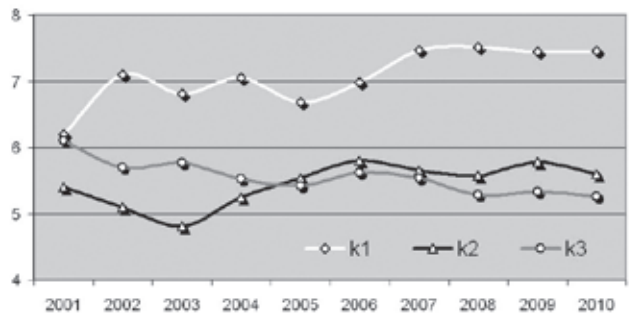


Рис. 5. Кількість звернень у медичні заклади на 1 мешканця у районах різних кластерів

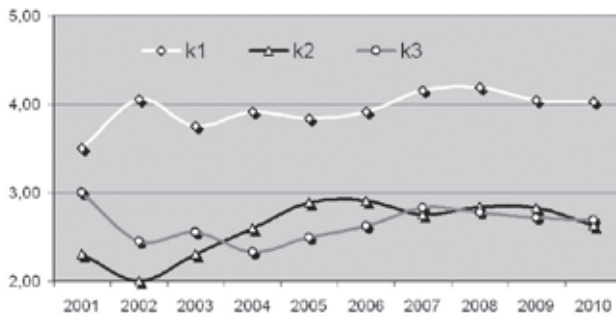


Рис. 6. Кількість звернень з приводу захворюваності на 1 мешканця у районах різних кластерів

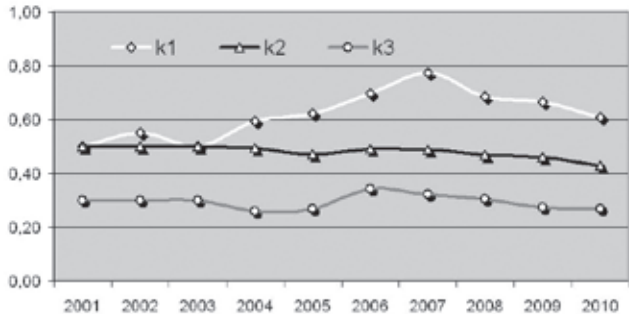


Рис. 7. Кількість звернень на дому на 1 мешканця у районах різних кластерів

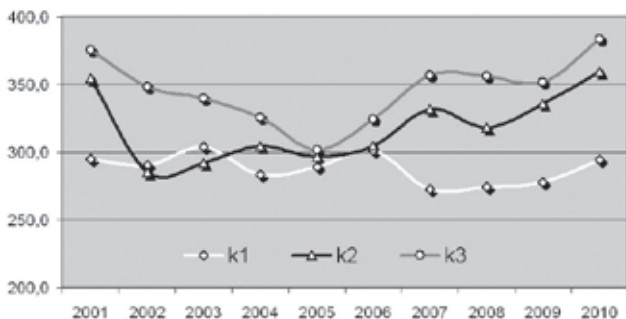


Рис. 8. Кількість викликів ШМД на 1 тис. населення у районах різних кластерів

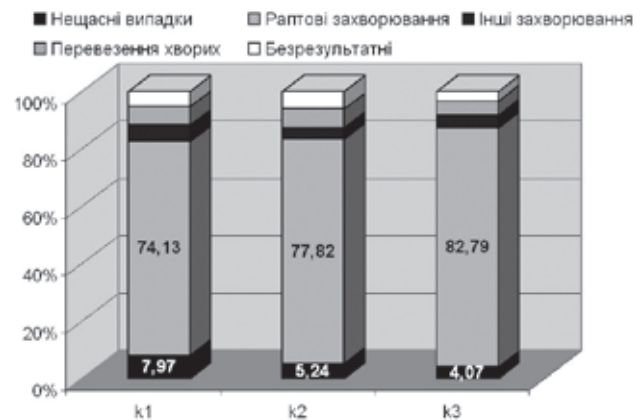


Рис. 9. Структура викликів ШМД у районах різних кластерів

структури викликів ШМД. Так для районів першого кластеру збільшилася частка викликів, що пов'язані із нещасними випадками 7,97% проти 5,24% у районах другого та 4,07% третього кластерів і зменшилася частка викликів, що пов'язані із раптовими захворюваннями 74,13%, 77,82% та 82,79% відповідно (рис. 9). Така динаміка свідчить що районах першого кластеру структури ПМСД та ШМД є більш оптимальними.

Показники надання стаціонарної допомоги між районами різних кластерів мали свої відмінності. Так показник госпіталізації на 100 мешканців в районах де активно впроваджують сімейну медицину був в середньому на 7,3% меншим у порівнянні з районами другого і на 4,8% – третього кластерів (рис. 10).

Однак відмінності були статистично значимі тільки між показниками районів 1-го та 2-го кластерів ($p=0,019$) (рис. 11).

Аналіз наведених даних по районах дозволив встановити прямий кореляційний зв'язок між кількістю госпіталізацій та забезпеченістю населення району стаціонарними ліжками ($r_s=0,46$, $p<0,01$) і зворотній між кількістю госпіталізацій і кількістю звернень до закладів ПМСД ($r_s=-0,46$, $p<0,05$). Даний факт пояснюється існуючою системою планування стаціонарної медичної допомоги, в основу якої покладено аналіз роботи ліжка за попередній період і відповідне планування навантаження на майбутнє. Виконання плану навантаження на ліжку призводить не тільки до необгрунтованих госпіталізацій [38], але й до функціонального розмежування з ПМСД. Більше того, при недостатній кількості пацієнтів стаціонарних відділень існує певна мотивація у лікарів-спеціалістів (які до того ж часто є керівниками і головними спеціалістами органів управління) в здійсненні тиску на лікарів первинної ланки і пошуку дефектів у їх роботі. Це створює значні перепони для розвитку співробітництва між різними рівнями охорони здоров'я і можливості координації лікарями первинної ланки надання спеціалізованої медичної допомоги пацієнту.

Також встановлено, що система направлень на госпіталізацію через ПМСД фактично відсутня у всіх районах, оскільки не існує відповідних регламентуючих документів, а у пацієнтів є законодавчо забезпечене право самостійного звернення до будь-якого лікувального закладу. Враховуючи також кількість первинних звернень населення до вузьких спеціалістів поліклініки і значний відсоток направлень на стаціонарне лікування саме від них можна констатувати, що заклади ПМСД районів не є «точкою першого контакту» і не виконують функцію «воротаря» (gatekeeper).

Важливим аспектом дослідження була також оцінка різниці у показниках стану здоров'я населення районів різних кластерів. Ні показник за-

гальної смертності, ні показники дитячої і малюкової смертності не мали статистично значимих відмінностей ($p=0,83$; 0,31 та 0,24 відповідно). Загальна захворюваність населення у всіх районах мала тенденцію до зростання (рис. 12), однак не було статистично встановлено відмінностей між різними районами ($p=0,43$). На фоні зростання загальної захворюваності населення звертає увагу факт зменшення показника тимчасової непрацездатності (рис. 13) у всіх районах без відмінностей між кластерами ($p=0,7$). Таку невідповідність можна пояснити наступними причинами: зростання захворюваності спричинено віковою диспропорцією, коли молодь виїжджає з сіл і відповідно збільшується частка людей похилого віку; зменшення показника непрацездатності обумовлено зменшенням легального сектору праці в сільській місцевості, високою конкуренцією за робочі місця і страхом втратити роботу. Таким чином, зниження показника непрацездатності на фоні зростання захворюваності може слугувати індикатором соціального неблагополуччя (старіння населення і погіршення умов праці) територіальної громади.

При аналізі захворюваності на найбільш поширені серцево-судинні захворювання було встановлено, що захворюваність на гіпертонічну хворобу (ГХ) (рис. 14) та ішемічну хворобу серця (ІХС) (рис. 15) при загальній тенденції до зростання не мала статистично значимих відмінностей ($p=0,93$ та 0,54 відповідно) між районами, що впроваджують і не впроваджують сімейну медицину. Дослідження захворюваності на окремі критичні нозології, що мають вплив на показники смертності – гострий інфаркт міокарда (рис. 16) і інсульт (рис. 17), також не виявили статистичних розбіжностей ($p=0,07$ та 0,14 відповідно) між районами різних кластерів. Аналіз захворюваності на цукровий діабет (ЦД) (рис. 18) також не виявив статистично значимої різниці між районами ($p=0,62$).

Висновки

1. Дослідження встановило, що адекватна забезпеченість населення лікарями є передумовою впровадження ПМСД на засадах СМ. Критичними індикаторами, що вказують на ризики реформування ПМСД є кількість лікарів (фізичних осіб) в районі менше 18 на 10 тисяч населення і укомплектованість шатних посад лікарів менше 70%. Адміністрації районів з такими показниками необхідно коригувати плани реформування для врахування вказаних ризиків і передбачити відповідні заходи та ресурси для вирішення кадрових проблем.

2. Зміцнення ПМСД і впровадження СМ дозволяють підвищити доступність медичної допомоги для населення і зменшити на 16–22% потреби населення в швидкій медичній допомозі та

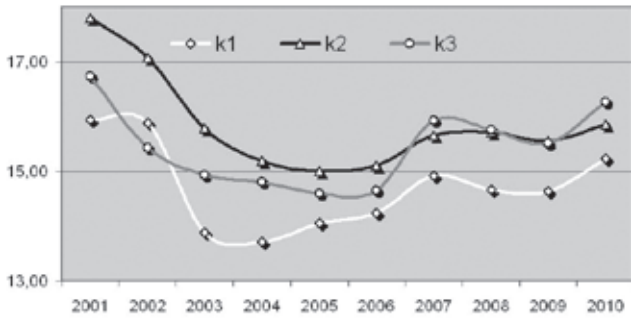


Рис. 10. Показник госпіталізації на 100 мешканців у районах різних кластерів

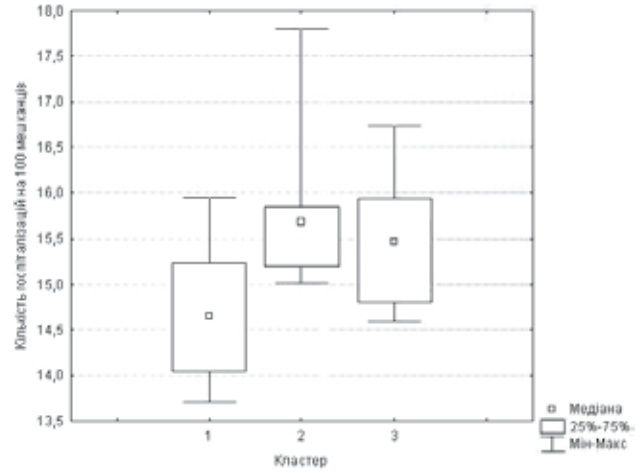


Рис. 11. Діаграма розмаху даних «Кількість госпіталізації на 100 мешканців» по кластерах за 2001-2010 рр.

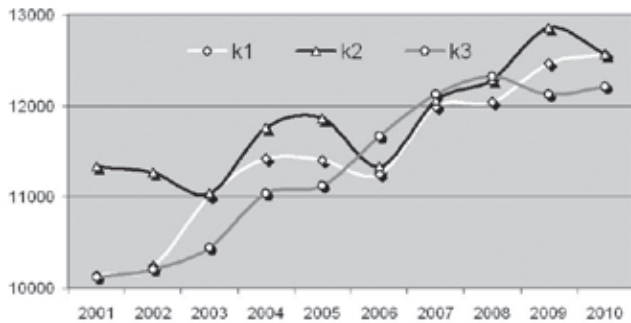


Рис. 12. Кількість випадків захворювань на 10 тис. населення у районах різних кластерів

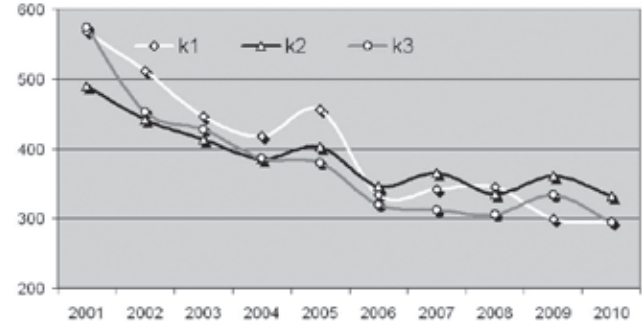


Рис. 13. Кількість днів непрацездатності на 100 працюючих у районах різних кластерів

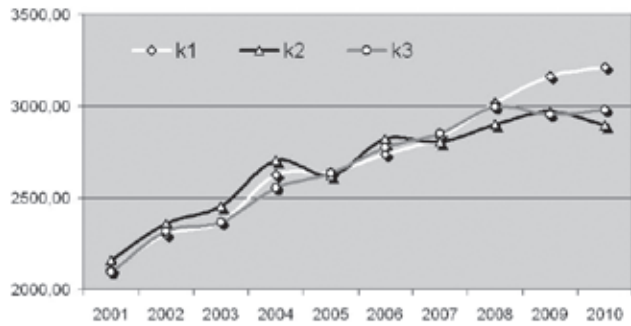


Рис. 14. Захворюваність на ГХ на 10 тис. дорослого населення у районах різних кластерів.

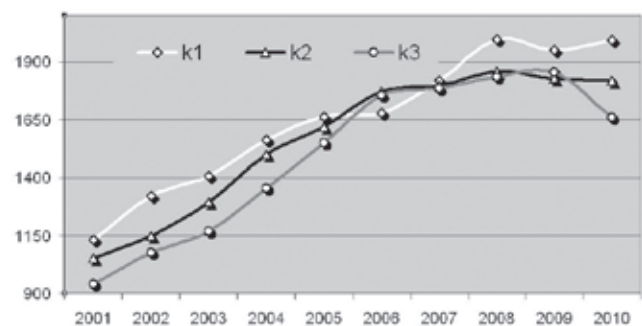


Рис. 15. Захворюваність на ІХС на 10 тис. дорослого населення у районах різних кластерів

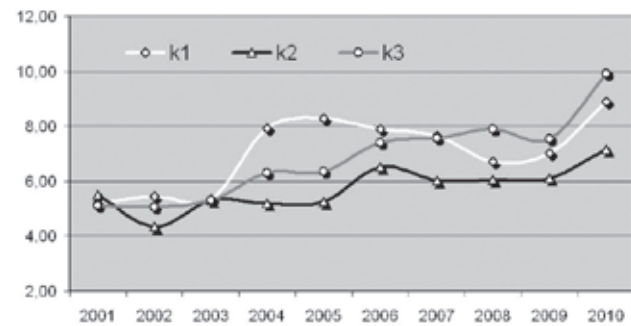


Рис. 16. Захворюваність на ГІМ на 10 тис. дорослого населення у районах різних кластерів

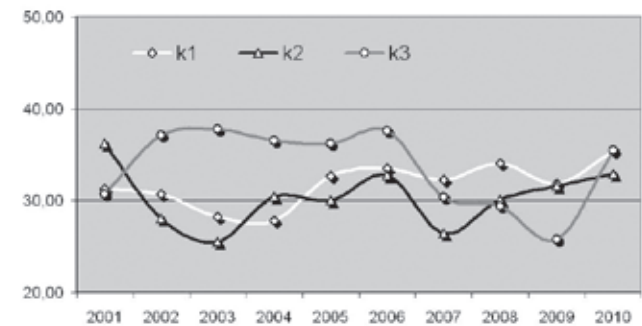


Рис. 17. Захворюваність на інсульт на 10 тис. дорослого населення у районах різних кластерів

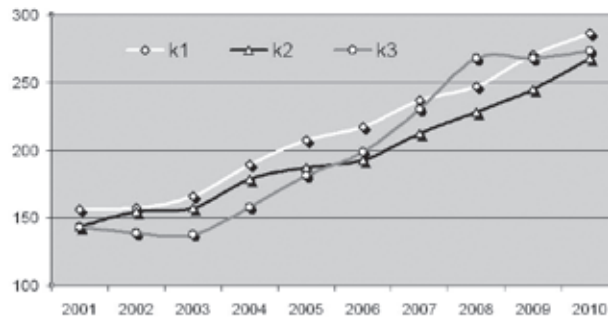


Рис. 18. Захворюваність на ЦД на 10 тис. дорослого населення у районах різних кластерів

на 5–7% в стаціонарній.

3. Існує зворотній кореляційний зв'язок між кількістю госпіталізацій і кількістю звернень до закладів ПМСД ($rs=-0,46$, $p<0,05$) і прямий між кількістю госпіталізацій та забезпеченістю населення району стаціонарними ліжками ($rs=0,46$, $p<0,01$), що додатково вказує на необхідність розмежування на рівні району первинної і вторинної ланок медичної допомоги.

4. Аналіз показників смертності (загальної,

малюкової, дитячої) і показників захворюваності (загальної та по нозологіях: ГХ, ІХС, ІМ, інсульт, ЦД) та непрацездатності не виявив відмінностей між районами, що впроваджують і не впроваджують СМ. Вплив системи ОЗ в цілому (і моделі ПМСД зокрема) на показники здоров'я населення потребує додаткового вивчення. Організаторам ОЗ та політикам не слід використовувати показники здоров'я населення у якості індикаторів при розробці і прийнятті програм реформування ПМСД.

Література

1. Про затвердження Національного плану розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року [Електронний ресурс]: Постанова Кабінету Міністрів України від 13.06.2007 р. № 815. – Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=815-2007-%EF>
2. Про затвердження Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2011 року [Електронний ресурс]: Закон України від 22.01.2010 № 1841-VI. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1841-vi>
3. Програма економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» [Електронний ресурс]: Комітет з економічних реформ при Президентові України – Режим доступу: http://www.president.gov.ua/docs/Programa_reform_FINAL_1.pdf
4. Пономаренко В. М. Наукове обґрунтування реформування первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини / Пономаренко В. М., Ціборовський О. М. // Матеріали I Українського з'їзду сімейних лікарів, м. Львів, 7–9 листопада 2001 р. – Львів, 2001. – С. 14–16
5. Пономаренко В. М. Організаційно-методичні аспекти перерозподілу обсягів медичної допомоги між лікарями первинного, вторинного та третинного рівнів в умовах переходу до сімейної медицини / В. М. Пономаренко, О. М. Ціборовський, Л. І. Галієнко, В. С. Гуменний. – Київ–Луганськ: ВАТ «ЛОД», 2003. – 83 с.
6. Первинна медико-санітарна допомога / сімейна медицина: [монографія] / В. М. Князевич, З. М. Митник, Г. О. Слабкий, Н. П. Крижина, Л. Ф. Матюха, Н. Г. Гойда, М. В. Шевченко, О. С. Коваленко, В. Г. Слабкий; Міністерство охорони здоров'я України. – К., 2010. – 401 с.
7. Порядок організації надання медичної допомоги та забезпечення маршрутів пацієнта лікарем загальної практики – сімейним лікарем при різних клінічних станах та захворюваннях: метод, рекомендації / уклад.: Л. Ф. Матюха, В. М. Лехан, Н. Г. Гойда, О. К. Толстанов, Н. П. Крижина, К. О. Надутий, О. О. Дудіна, С. Г. Лесовська, О. В. Маяцька, В. В. Горачук, Т. В. Святенко, О. Є. Коваленко, Ю. Б. Ященко, О. М. Устеленцев, Л. Г. Крикливець, О. О. Загладь, В. Г. Слабкий, О. К. Надута-Скринник, О. М. Ліщишина, В. А. Одринський. – К., 2011. – 43 с.
8. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні / Під заг. ред. В. М. Лехан. – К.: Сфера, 2001. – 176 с.
9. Вороненко Ю. В. Організація первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини в Україні: Сучасний стан та нормативно-правові документи, що регламентують роботу сімейних лікарів / Вороненко Ю. В., Висоцька О. І., Гойда Н. Г. – К., 2001. – 112 с.
10. Матеріали проекту ЄС «Профілактичні та первинні заходи охорони здоров'я України, Києва та ряду областей» [Електронний ресурс]: офіційний сайт Міністерства охорони здоров'я України. – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua/ua/main/interact/projects/?docID=177>
11. «Первинна медична допомога та запровадження оплати з розрахунку на душу населення» Посібник № 6. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: досвід проекту ЄС «Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні». Під загальною редакцією А. Малагардіса, В. Рудого Посібники 1–12, Київ 2006.
12. Хунов Ю. А. Наукове обґрунтування стратегічних напрямів реформ охорони здоров'я на регіональному рівні: Автореф. дис. д-ра мед. наук: 14.02.03 [Електронний ресурс] / Ю. А. Хунов; Нац. мед. ун-т ім. О. О. Богомольця. – К., 2003. – 46 с. – Режим доступу: <http://www.nbu.gov.ua/ard/2003/03huzr.r.zip>
13. Москаленко В. Ф. Основні напрямки розвитку охорони здоров'я в сільській місцевості / Москаленко В. Ф., Грузева Т. С. // Охорона здоров'я України. – 2005. –

- № 3–4. – С. 54–58
14. Джафарова Д. М. Управління реформуванням первинної медико-санітарної допомоги на місцевому рівні (на прикладі м. Львова): Автореф. дис... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02 [Електронний ресурс] / Д. М. Джафарова; Львів. регіон. ін-т держ. упр. Нац. акад. держ. упр. при Президенті України. – Л., 2004. – 20 с. – Режим доступу: <http://www.nbu.gov.ua/ard/2004/04ddmrpl.zip>
 15. Черномаз В. Ц. Механізми державного управління системою первинної медико-санітарної допомоги міському населенню: Автореф. дис... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02 [Електронний ресурс] / Віктор Цезарович Черномаз; Національна академія держ. управління при Президенті України; Одеський регіональний ін-т держ. управління. – О., 2005. – 20 с. – Режим доступу: <http://www.nbu.gov.ua/ard/2005/05cvcdmn.zip>
 16. Станіславчук В. А. Розробка та наукове обґрунтування основних шляхів розвитку первинної медико-санітарної допомоги на рівні первинної ланки медичних закладів сільської охорони здоров'я: Дис... канд. мед. наук: 14.02.03 / Станіславчук В. А.; Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи. – К., 2002. – 184 арк
 17. Парій В. Д. Медико-соціальні та профілактичні засади сучасної перебудови первинної медико-санітарної допомоги на селі: Дис... д-ра мед. наук: 14.02.03 / Парій В. Д.; Національний медичний ун-т ім. О. О. Богомольця. – К., 2004. – 383 арк.
 18. Крячкова Л. В. Наукове обґрунтування шляхів оптимізації розподілу обсягів медичних послуг між рівнями медичної допомоги: Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.02.03 [Електронний ресурс] / Л. В. Крячкова; Нац. мед. ун-т ім. О. О. Богомольця. – К., 2004. – 20 с. – Режим доступу: <http://www.nbu.gov.ua/ard/2004/04klvrmd.zip>
 19. Марчук Н. В. Обґрунтування та розробка системи організації профілактичної діяльності закладів загальної практики/сімейної медицини: автореф. дис... канд. мед. наук: 14.02.03 [Електронний ресурс] / Н. В. Марчук; Нац. мед. ун-т ім. О. О. Богомольця. – К., 2008. – 24 с. – Режим доступу: <http://www.nbu.gov.ua/ard/2008/08mnpvpsm.zip>
 20. Пономаренко В. М. Організація роботи денних стаціонарів загального профілю в умовах переходу до сімейної медицини: Наук.-метод. рек. / Пономаренко В. М., Ціборовський О. М., Галієнко Л. І., Хунов Ю. А. // Український ін-т громадського здоров'я – К.; Луганськ : ВАТ «ЛЮД», 2003. – 235 с.
 21. Галієнко Л. І. Наукове обґрунтування діяльності денних стаціонарів загального профілю в умовах переходу до сімейної медицини: Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.02.03 [Електронний ресурс] / Л. І. Галієнко; Нац. мед. ун-т ім. О. О. Богомольця. – К., 2004. – 20 с. – Режим доступу: <http://www.nbu.gov.ua/ard/2004/04glipsm.zip>
 22. Чурпій К. Л. Економічні підходи до надання медичної допомоги сільському населенню / Чурпій К.Л., Чурпій І.К. // Лікувальна справа. – 2005. – № 5–6. – С. 83–85.
 23. Шевченко М. В. Наукове обґрунтування удосконалення фінансування первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики-сімейної медицини: Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.02.03 [Електронний ресурс] / М. В. Шевченко; Нац. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П. Л. Шупика. – К., 2007. – 22 с. – Режим доступу: <http://www.nbu.gov.ua/ard/2007/07smvpsm.zip>
 24. Бодак В. М. Оптимізація системи інформаційного забезпечення управління реформуванням первинної медико-санітарної допомоги сільському населенню: Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.02.03 [Електронний ресурс] / В. М. Бодак; Київ. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П. Л. Шупика. – К., 2004. – 20 с. – Режим доступу: <http://www.nbu.gov.ua/ard/2004/04bvmdsn.zip>
 25. Лакунин К. Ю. Обеспечение медицинской помощи населению сельских муниципальных образований и подходы к планированию ее в новых социально-экономических условиях: автореферат дис. . доктора медицинских наук: 14.00.33 / Лакунин Константин Юрьевич; Науч.-исслед. ин-т соц. гигиены, эко-номики и упр. им. Н. А. Семашко РАМН. – Москва, 2001 – 47 с.
 26. Рогожников В. А. Социально-демографические и методические основы организации медицинской помощи сельскому населению в современных экономических условиях: Автореф. дис. на соиск. учен. степ. д.м.н. : Спец. 14.00.33 / Рогожников Вячеслав Александрович; Центр. науч.-исслед. ин-т орг. и информатизации здравоохранения МЗ РФ. – М., 2003. – 48 с.
 27. Ганина А. В. Совершенствование первичной медицинской помощи сельскому населению: автореф. дис. на соиск. учен. степ. к.м.н. : спец. 14.00.33 / Ганина Алла Владимировна; Науч. центр клинич. и эксперим. медицины СО РАМН. – Новосибирск, 2004. – 22 с.
 28. Скулаков Д. А. Современные тенденции здоровья сельского населения и пути совершенствования организации медицинского обслуживания : автореферат диссертации на соискание ученой степени к.м.н. : специальность 14.00.33 / Скулаков Дмитрий Алексеевич; ГОУ ВПО «С.-Петербург. гос. пед. мед. акад.». – СПб, 2004. – 18 с.
 29. Павлова О. В. Клинико-экономическое обоснование системы управления первичной медико-санитарной помощью на основе общих врачебных практик : автореф. дис. на соиск. учен. степ. к.м.н. : спец. 14.00.33 / Павлова Ольга Вячеславовна; Моск. мед. акад. им. И. М. Сеченова. – М. : Б.и., 2004. – 22 с.
 30. Чуднов В. П. Организация первичной медико-санитарной помощи на муниципальном уровне в современных условиях: автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук : специальность 14.00.33 / Чуднов Виктор Петрович; Центр. НИИ орг. и информатизации здравоохранения. – М., 2005. – 27 с.
 31. Пономарева Г. А. Проблемы внедрения общей врачебной практики на сельском врачебном участке / Пономарева Г. А. // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. 2005. – № 2. – С. 135–137.
 32. Ахмедов М. А. К вопросу оптимизации первичной медико-санитарной помощи сельскому населению / Ахмедов М. А. // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. 2005. – Вып. 1. – С. 143–147.
 33. Степанов В. В. Первичная медико-санитарная помощь сельским жителям в современных условиях / Степанов В. В., Калиниченко А. В., Финченко Е. А. // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. 2006. – № 3. – С. 122–123.
 34. Гусев М. В. Разработка и обоснование структурно-организационной модели внебольничной медицинской помощи сельскому населению на территориальном уровне : (на примере Новосибирской области) :

- автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук : специальность 14.00.33 / Гусев Михаил Витальевич; ИЦ клинич. и эксперим. медицины СО РАМН. – Новосибирск, 2006. – 22 с.
35. Латыпов Р. М. Инновационные организационные, экономические и медицинские технологии в первичной медико-санитарной помощи : автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук : специальность 14.00.33 / Латыпов Равиль Максutowич; Казан. гос. мед. ун-т. – Казань, 2008. – 22 с.
36. Donabedian, Avedis. An Introduction to Quality Assurance in Health Care. New York: Oxford University Press, 2002.
37. Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини [Електронний ресурс]: наказ МОЗ України № 72 від 23 лютого 2001– Режим доступу: http://zakon.nau.ua/doc/?doc_id=258003
38. Здоров'я населення та діяльність системи охорони здоров'я України: реалії, проблеми та шляхи вирішення / за редакцією З. М. Митника. – Київ, 2010. – 107 с.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕРЕХОДА К ОКАЗАНИЮ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ НА ПРИНЦИПАХ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ НА УРОВНЕ АДМИНИСТРАТИВНОГО РАЙОНА В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

Одринский В. А.

ГЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины»

Исследование системы здравоохранения 17 административных районов За-порожской области позволило установить, что: адекватная обеспеченность населения врачами является предпосылкой внедрения ПМСП на принципах СМ; укрепление ПМСП и внедрение СМ позволяют повысить доступность медицинской помощи для населения и уменьшить на 16–22% потребности населения в скорой медицинской помощи и на 5–7% в стационарной. Анализ показателей смертности (общей, младенческой, детской), показателей заболеваемости (общей и по нозологиям: ГБ, ИБС, ИМ, инсульт, сахарный диабет) и нетрудоспособности не обнаружил различий между районами, которые внедряют и не внедряют СМ. Влияние системы здравоохранения в целом (и модели ПМСП в частности) на показатели здоровья населения требует дополнительного изучения.

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь, семейная медицина, реформирование, район, сельская местность.

RESULTS FOR TRANSITION PRIMARY HEALTH CARE (ON FAMILY MEDICINE BASIC) ON ADMINISTRATIVE DISTRICT LEVEL IN RURAL AREAS

Odrinskiy V. A.

DZ «Zaporizhzhya Medical Academy of Postgraduate Education Ministry of Health of Ukraine»

Survey of 17 administrative districts Health Systems revealed that: adequate number of doctors is a prerequisite for the implementation of PHC based on CM; strengthening PHC and implementation of CM leads to improve access for the population to medical care and reduce of demand by 16–22% of the acute care and there are 5–7% of the inpatient care. Analysis of mortality (total, infant, child) and morbidity (general and on nosology: hypertension, ischemic heart disease, myocardial infarction, stroke, diabetes) and temporary disability did not show differences between districts. The influence of health (and PHC models in particular) on health indicators need to additional study.

Keywords: primary health care, family medicine, reform, district, rural.

КОНЦЕПТУАЛЬНІ ОСНОВИ СТАНОВЛЕННЯ І РОЗВИТКУ ГІГІЄНИ КАТАСТРОФ ЯК НОВОГО НАУКОВОГО ТА ПРИКЛАДНОГО НАПРЯМУ В ПРЕДМЕТНІЙ СФЕРІ МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ

Кочін І. В.¹, Сидоренко П. І.², Гут Т. М.², Гелдаш С. В.³, Акулова О. М.¹, Гайволя О. О.¹, Шило І. Ф.¹, Трошин Д. О.¹

¹ ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

² Кіровоградський базовий медичний коледж ім. Є. Й. Мухіна

³ Навчально-методичний центр цивільного захисту та безпеки життєдіяльності Запорізької області

Показано формування і становлення нової гігієнічної дисципліни – гігієни катастроф, яка виникла як реакція на потребу суспільства і держави забезпечити життєдіяльність населення у надзвичайних ситуаціях, інтегруючи знання медицини катастроф і комплексу гігієнічних наук. Доведено, що концептуальною основою наукової і практичної діяльності гігієни катастроф є теоретико-методологічна, методична і прикладна розробка відповідних правил і рекомендацій, які ґрунтуються на провідних методах профілактики, а також наукової регламентації факторів зовнішнього середовища в зонах і осередках надзвичайних ситуацій техногенного, природного, соціально-політичного та воєнного характеру.

Ключові слова: гігієна катастроф, надзвичайна ситуація, санітарно-епідеміологічна служба, служба медицини катастроф.

Вступ

Друга половина ХХ ст. та початок ХХІ ст. характеризуються лавиноподібним збільшенням кількості та руйнівної потужності стихійних лих (землетрусів, повеней, цунамі), техногенних аварій на хімічно і радіаційно небезпечних об'єктах та транспорті, безповоротних і санітарних втрат. Дослідження різноманітних стихійних лих, катастроф і війн, що відбувалися в давні і в більш близькі часи, також вказують на супроводження надзвичайних ситуацій (НС) епідеміями та різким підвищенням рівнів інфекційної захворюваності та смертності серед постраждалого населення [2]. Під час і після стихійних лих і техногенних катастроф, у перебігу ведення війн відбувається суттєве погіршення соціальних, економічних, санітарно-гігієнічних та епідемічних умов життєдіяльності, населення зазнає отруєння небезпечними хімічними речовинами, шкідливого впливу іонізуючого випромінювання, механічних і опікових ушкоджень, вогнепальних поранень та їх комбінації, при яких істотно знижуються показники природної резистентності організму і виникають стресові стани. Населення позбавляється житлового фонду, електропостачання, якісних харчів та питної води, порушується робота каналізаційних систем та банно-пральних закладів. Руйнівні наслідки НС поставили перед світовим суспільством і кожною державою глобальну проблему створення та забезпечення оптимального

функціонування системи життєзабезпечення населення в екстремальних умовах НС, яка для свого наукового обґрунтування та практичного втілення вже на першому етапі вимагає гігієнічного забезпечення. В межах теоретико-методологічної та прикладної розробки цієї актуальної проблеми сформувався розуміння потреби у створенні та розвитку нового профілактичного напрямку – гігієни катастроф в предметній сфері медицини катастроф, спрямованої на визначення факторів та сили їх шкідливого впливу на організм людини в умовах НС з подальшим забезпеченням аварійно-рятувальних служб (АРС) комплексами заходів та засобів недопущення (зменшення) їх несприятливого впливу (охорона праці) [3–5], забезпечення безпечних умов життєдіяльності в осередках і зонах НС [9, 10].

Мета роботи

Концептуальне обґрунтування потреби у становленні і подальшому розвитку в Україні нової науково-практичної дисципліни – гігієни катастроф, як інтегральної теоретико-методологічної та прикладної науки, покликаної займатися питаннями охорони праці особового складу АРС, науково регламентувати гігієнічні фактори зовнішнього середовища та життєзабезпечення населення в умовах надзвичайних ситуацій техногенного, природного, соціально-політичного та воєнного характеру.

Матеріалами і методами роботи обрані процеси становлення та розвитку нової наукової і прикладної дисципліни – гігієни катастроф, стан і процеси її теоретико-методологічного та методичного забезпечення на сучасному етапі, практичного втілення в практику діяльності Державної служби медицини катастроф (ДСМК) і Державної санітарно-епідеміологічної служби (ДСЕС) при ліквідації наслідків НС [1]. В цьому зв'язку треба відмітити, що процес розвитку в соціумі, зокрема в медико-соціальной сфері, підпорядковується загальним законам діалектики, яка дозволяє проектувати виявлені закономірності розвитку гігієнічної науки і практики на сучасну реальну дійсність. Це особливо важливо в сенсі формування свідомо перспективної вихідної позиції розвитку нової науки – гігієни катастроф, підготовки і становлення до якісно нового етапу у діяльності АРС. Таким чином, у становленні концептуальної основи гігієни катастроф первісна роль належить розкриттю процесу її виокремлення в самостійну науку [10]. Для іманентного підходу, з нашого поля бачення проблеми, важлива констатація історичного перебігу становлення, розвитку, диференціації, медицини, гігієни, екології, організації і управління охорони здоров'я зі створенням особливого виду аварійно-рятувальної служби – ДСМК, для подальшого ефективного розвитку і функціонування якої потрібно забезпечення її новими знаннями науково-прикладної дисципліни – гігієни катастроф, з залученням діалектики розвитку як філософської категорії з показовим віддзеркаленням етапів: підготовки передумов, виникнення, формування, власне розвитку та руйнування. Але даний процес розвитку треба розглядати не у абстрактно-універсальному плані, а через практику медико-соціальной сфери, потреб суспільства у забезпеченні життєдіяльності і виживання частини населення країни, яке потрапило у екстремальні умови внаслідок виникнення НС техногенного, природного, соціально-політичного та воєнного характеру. Тобто в царині гігієнічних наук і медицини катастроф місце застарілої парадигми* займає більш досконала, яка, по-перше, відкидає помилки застарілої теорії і практики, по-друге, зберігає те несхибне, достовірне, що містила попередня теорія і практика, суттєво переосмислена і вдосконалена, по-третє, додає до збереженого хоч і істотно зміненого знання нове, вперше отримане. Саме прогресивний розвиток України, як держави, суспільства і науки, сфери і галузі охорони здоров'я розв'язує специфічні проблеми медицини, гігієни, організації і управління системи охорони здоров'я,

* Від грец. – *παραδείγμα* (*парадейгма*) – приклад, зразок. *Парадигма* – визнані всіма досягнення, які в перебігу певного часу дають науковому загалу модель постановки проблем та їх розв'язання.

сприяє створенню, розбудові та розвитку гігієни катастроф, що радикально змінює та якісно покращує наукове і прикладне підґрунтя охорони праці особового складу АРС та забезпечення повсякденної життєдіяльності населення в умовах НС [3, 6].

Розвиток гігієни катастроф як і будь-якої науки розпочався зі збирання фактів. Але їх збирання і накопичення перетворюється в науку тільки тоді, коли замість простого колекціонування розпочинається систематизація, усталюються якісні загальності, визначаються зв'язки та закономірності, формулюються закони, які ставлять у відповідність одні факти іншим. Саме звідси починається становлення, розвиток, досягнення певного рівня стиглості нової науки і прикладної дисципліни – гігієни катастроф [9]. Адепти будь-якої області наукового знання на певній фазі його розвитку змушені формулювати абстрактні теорії, які охоплюють або всю предметну область, або значну частину наукових дисциплін в її межах. Сучасна гігієна катастроф стоїть перед необхідністю зробити подібне узагальнення і перейти на якісно новий етап наукового знання та практичного використання її здобутків. Прогрес в царині комплексу гігієнічних наук і його невід'ємної складової – гігієни катастроф очевидний, але сам процес її становлення є явищем інтелектуально і соціально складним та суперечливим, і, перш за все, впливає на стан самої науки. В гігієні з'являються нові наукові напрями, набуває поширення процес спеціалізації, без якого важко собі уявити розвиток конкретних наукових знань, особливо в такій специфічній області, яка пов'язана з забезпеченням життєдіяльності населення в умовах НС, діяльністю АРС і їх особливим видом – ДСМК.

Визнання необхідності кількісних оцінок у гігієнічному нормуванні, регламентації фізичних, хімічних і біологічних факторів у НС вже доводить певну зрілість гігієни катастроф як наукової і прикладної дисципліни. Але гігієна катастроф – це ще й специфічна фахова мова, а як будь-яка мова – це форма мислення. Треба зазначити, що використання суто гігієнічних та епідеміологічних методів, в теперішній час доповнюється математизацією гігієни катастроф. Етап математизації гігієни катастроф розпочався тоді, коли дисципліні почало бракувати тої первинної наукової мови гігієнічних наук та медицини катастроф, з допомогою яких почалося її становлення, коли можливості цієї мови для подальшого розвитку гігієни катастроф виявилися обмеженими. Треба підкреслити, що введення нової наукової мови в гігієну катастроф, вимагає генеральної перебудови всієї дисципліни, а тому з'являються нові розділи, змінюються напрями науково-дослідних робіт та значення експериментів. Оскільки наукова мова – це форма мислення, з якою приходять і нові критерії,

то відбувається переоцінка наукових фактів та їх цінностей. Це процес болісний і повільний, а тому мине певний період часу, аж доки нова наукова математична мова включиться в природну (базову) мову гігієни катастроф [4, 5, 10].

Результати досліджень та їх обговорення

Для ДСМК та ДСЕС, як і для галузі охорони здоров'я, надзвичайна ситуація – це різкі, часто непередбачені зміни у звичній обстановці повсякденної життєдіяльності суспільства, держави і галузі, що раптово виникли в результаті НС та їх наслідків і характеризуються численними людськими жертвами, масовими соматичними і інфекційними захворюваннями та ураженнями людей, різким погіршенням санітарно-гігієнічної обстановки та вкрай складною епідемічною ситуацією [6]. У обставинах, що склалися, уражене населення має потребу в екстреній медико-санітарній допомозі, а галузь охорони здоров'я потребує екстрених змін організації та звичайного ритму роботи органів управління, залучення ДСМК та ДСЕС, лікувально-профілактичних установ охорони здоров'я регіону, які входять до складу територіальної служби медицини катастроф, та залучення при необхідності додаткових медичних сил і засобів сусідніх адміністративних територій [1, 7].

Основні принципи організації екстрених санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів у НС засновані на загальних принципах охорони здоров'я, надання екстреної медичної допомоги населенню в осередках та попередження впливу отруйних хімічних і радіоактивних речовин, патогенних біологічних агентів, виникнення і поширення інфекційних захворювань, що відбуває медико-соціальні особливості санітарно-епідеміологічного забезпечення постраждалого населення та різкої зміни звичних умов його життєдіяльності [9].

Теоретичною основою для розробки і впровадження організаційно-функціональної моделі ДСМК і ДСЕС в НС є концепція, заснована на єдиних принципах і критеріях. Загальновизнано, що «концепція» – це певний спосіб розуміння, трактування предмета, явища, процесу, це провідна точка зору або керівна ідея для їхнього систематичного висвітлення. Важливими функціями концепції є організація наукових фактів, приведення наявних знань з проблеми в певну наукову систему. І в цьому сенсі концепція – важливий крок на шляху створення теорії особливостей прояву перебігу епідемічного процесу при НС [2, 6]. Оскільки концепція є елементом теоретичного наукового знання, то в певному ступені сприяє як організації, так і інтерпретації сукупності конкретних даних, отриманих у процесі наукового дослідження матеріалів епідемічних ускладнень НС техногенного, природ-

ного, соціально-політичного та воєнного характеру. Появі нових концепцій сприяє не тільки поглиблене багатоаспектне дослідження явищ або процесів у всьому різноманітті їх причинно-наслідкових зв'язків, але й особливий концептуальний стиль мислення стосовно визначення особливостей епідемічного процесу при НС.

Однією з важливих тенденцій, що характеризують розвиток епідеміології на сучасному етапі, є швидке відновлення її концептуального апарата. Це пов'язане з більшим обсягом наукових фактів, отриманих у результаті широкого використання новітніх дослідницьких і діагностичних методів, що дозволяють вивчати етіологію, патогенез, епідеміологію інфекційних хвороб, розробляти принципово нові підходи до їх діагностики і лікування в осередках НС [2, 6]. Аналіз показує, що саме на перетині різних соціальних і медико-біологічних дисциплін з організаційно-управлінськими, виникають основні інформаційно-інтелектуальні утворення, які дають потужний імпульс для синтезу якісно нового знання про структуру, внутрішньо-системні зв'язки та функціонування різних систем, і, як наслідок, появи нових концепцій щодо пояснення особливостей перебігу епідемічного процесу при НС.

Все це показує, що зміст концептуалізації полягає в подоланні природної обмеженості одних лише емпіричних знань. Концепція, будучи інструментом організації й інтерпретації, приводить наукове знання в цілісну систему. З іншого боку, концептуальний підхід не тільки забезпечує кількісне збільшення наукового знання, скільки переводить його на новий якісний рівень і, що особливо цінно, відкриває перспективи подальшого розвитку проблем епідеміології та гігієни при НС та діяльності ДСМК і ДСЕС при ліквідації осередків інфекційних захворювань. Таким чином, поява нової концепції в епідеміології та гігієні при НС є проявом сумісного поступального розвитку ДСМК і ДСЕС, метою якої є створення функціональної системи санітарно-епідеміологічного нагляду за станом здоров'я населення в Єдиній державній системі попередження й ліквідації НС, а також організації і проведення екстрених санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів у НС у системі ДСМК України [1, 4, 5, 7].

У той же час гігієна катастроф як інтегруюча наукова дисципліна, що виникла на наукових і практичних досягненнях медицини катастроф і всіх профільних гігієнічних дисциплінах, поки ще не знайшла достатнього узагальнюючого парадигмального висвітлення ані по суті, ані навіть у термінологічному відношенні. Це необхідно, тому що у різноманітній науковій літературі з питань організації санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів в осередках НС та охорони навколишнього середовища немає

єдності в думках і висловлюється чимало спірних суджень з найрізноманітніших питань, у тому числі з пріоритетності розглянутих проблем. Тому, на думку авторів, необхідно подати загальну аналітично-синтетичну характеристику гігієни катастроф, визначити її місце в системі гігієнічних і інших наук соціально-медичної та санітарно-епідеміологічної спрямованості.

Перш за все, необхідно визначитись з предметною областю гігієни катастроф, як одним з розділів науки медицини катастроф, що розробляє гігієнічні аспекти охорони навколишнього середовища, охорони праці особового складу АРС і організації санітарно-гігієнічних заходів у НС, як наукової основи профілактики несприятливого впливу факторів на населення у НС [3, 6, 9]. Це розділ гігієнічної науки, всебічно вивчаючий загальні закономірності взаємин організму людини з факторами навколишнього середовища різної природи (хімічної, фізичної, біологічної), адаптаційно-приспосувальні процеси, механізми взаємодії організму на молекулярному, колективному, популяційному і інших рівнях з комплексом сприятливих і несприятливих хімічних, радіаційних, фізичних і біологічних факторів навколишнього середовища антропогенного і природного походження, а також комплексом соціально-побутових факторів. Гігієна катастроф розробляє теорію і практику гігієнічного забезпечення населення в НС.

Найважливішою проблемою гігієни катастроф є проблема гігієнічного регламентування факторів навколишнього середовища різної за характером природи катастроф. Оскільки регламентація шкідливих факторів (хімічний, радіаційний, біологічний) при різних катастрофах істотно різниться в методичному відношенні, то їх необхідно визначати по окремих середовищах: у воді, атмосферному повітрі, ґрунті, у продуктах харчування тощо. Тому, метою гігієни катастроф є наукове обґрунтування загальних принципів і підходів до визначення умов життя, праці, побуту, охорони і зміцнення здоров'я населення в умовах навколишнього середовища, що змінюються при НС.

Сучасний етап розвитку гігієнічної науки характеризується постійною її диференціацією, дробленням на усе більше приватні спеціалізовані розділи, що об'єктивно обумовлено розширенням пізнання реального світу та необхідністю поглибленого дослідження і розв'язання певних соціальних завдань. Розвиток наукового пізнання відбувається і шляхом процесу інтеграції накопичених знань, які отримують спеціалізовані профільні розділи гігієни, і дослідження складного соціального життя населення в різних умовах його перебування [9]. Тому гігієну катастроф, на нашу думку, треба визначити як науку, що інтегрує приватні спеціалізовані гігієніч-

ні науки. Гігієна катастроф являє собою частину загальної гігієни на сучасному етапі її розвитку, що одержала чітке визначення й більш певне формулювання завдань, а також таку, що має більш активну позицію, яка сприяє її розвитку та досягненню найважливіших цілей у складних умовах НС.

Саме своїм інтегруючим характером, об'єднанням різних аспектів наукових досліджень і знань спеціалізованих профільних розділів гігієни, таких як: комунальна гігієна, соціальна гігієна (медицина) та організація охорони здоров'я, гігієна харчування, військова гігієна, гігієна повітряного, водного і залізничного транспорту, гігієна катастроф відрізняється від інших гігієнічних наук, які займаються власне тільки питаннями організації медико-санітарної допомоги при НС, тим, що ще й визначає комплекс науково обґрунтованих заходів, спрямованих на укріплення та збереження систем життєдіяльності постраждалого населення в різних умовах НС. Наукові здобутки в царині гігієни катастроф дають можливість розвивати дослідження з найважливіших фундаментальних напрямів, що мають не тільки загальногігієнічне, але й загальне медичне значення в предметній області медицини катастроф. Зазначені вище її відмінності від комплексу гігієнічних дисциплін визначили виокремлення нової наукової і практичної предметної області, як самостійної дисципліни, яка отримала назву гігієни катастроф [4, 5, 10].

Значення гігієни катастроф і її відмінність від інших гігієнічних дисциплін полягає в її активній позиції щодо забезпечення життєдіяльності і здоров'я населення при несприятливому впливі на організм небезпечних факторів навколишнього середовища в осередках НС. Це фундаментальна атрибутивна ознака, що характеризує гігієну катастроф, як самостійну дисципліну і галузь знань, хоч охороною здоров'я людини та умовами її життєдіяльності займаються й інші науки: гігієна навколишнього середовища, екологія, геологія, медична географія та низка інших. Важливість наукових досліджень у предметній області гігієни катастроф пов'язана з тим, що мова при цьому йде про здоров'я не окремих осіб, а великих груп людей, що опинилися і перебувають в екстремальній для них обстановці наслідків НС. Тому, гігієну катастроф слід розглядати як самостійний науковий напрям і область практичної діяльності, що вивчає санітарно-гігієнічні наслідки НС, розробляє принципи і організацію санітарно-гігієнічного та протиепідемічного забезпечення при ліквідації їх наслідків.

Для попередження несприятливих наслідків НС, впливу на організм того або іншого фактора навколишнього середовища гігієна катастроф розробляє відповідні правила, рекомендації або вимоги, побудовані на трьох основних методах

профілактики: нормування факторів зовнішнього середовища, що впливають на людину, яка перебуває в осередку екстремальної ситуації; спрямованість санітарно-гігієнічних заходів, що визначають особливості механізму і шляхів передачі збудників інфекційних захворювань; захист населення від впливу несприятливих факторів зовнішнього середовища в зоні НС [2, 6].

Гігієнічне нормування передбачає встановлення норм, тобто такого кількісного вираження факторів зовнішнього середовища, при якому вплив їх на організм не супроводжується будь-якими несприятливими змінами в стані здоров'я. Повсякденна діяльність людей, як правило, проходить в умовах, коли певною мірою дотримуються гігієнічні нормативи, прийняті для безпечного життєзабезпечення людей. При НС встановлюються так звані тимчасові норми, що визначають захист постраждалого населення в складній екстремальній обстановці.

Зміст і організація санітарно-гігієнічних заходів проти епідемічного характеру спрямовані на збереження і зміцнення здоров'я постраждалого населення і є профілактичними заходами стосовно найрізноманітніших інфекційних і неінфекційних захворювань [2, 8]. Відомо, що передача збудників реалізується шістьма основними шляхами передачі через: повітря, ґрунт, їжу, воду, членистоногих, предмети побуту. У НС ці шляхи активізуються за рахунок інтенсифікації шляхів передачі інфекції, зниження імунного статусу людей і впливу шкідливих речовин навколишнього середовища, що виникли в результаті катастрофи – збільшення концентрації вуглекислого газу та утворення отруйних хімічних речовин при пожежах, підвищення рівня радіоактивності.

Зміст заходів щодо санітарно-гігієнічного забезпечення населення, використовувані засоби і методи в значному ступені визначаються розвитком різних розділів гігієни, як загальномедичної науки. У НС гігієна катастроф як медична наука становить розділ медицини катастроф, що вивчає медико-санітарні наслідки техногенних, природних, соціально-політичних та воєнних катастроф і розробляє принципи та організацію їх ліквідації. Особливості організації гігієнічного забезпечення визначаються умовами перебування населення в осередках НС техногенного, природного, соціально-політичного та воєнного характеру. Істотне значення має організація і своєчасність надання екстреної медичної допомоги (лікувально-профілактичної, санітарно-гігієнічної та проти епідемічної), характер впливу на постраждале населення шкідливих факторів зовнішнього середовища, організація забезпечення водою та продуктами харчування, розміщення людей в зоні та поза зоною НС, проведення комплексів санітарно-проти епідемічних заходів на етапах медичної евакуації та інші заходи, так чи інакше призначені забезпечити

життєдіяльність населення [2, 8, 10].

Сучасні організаційні форми гігієнічного забезпечення населення в НС і їх зміст склалися та удосконалювалися, з одного боку, під впливом досягнень науки в предметній області медицини катастроф, медико-технічним оснащенням новими засобами ДСМК і ДСЕС, що беруть участь у ліквідації санітарних наслідків катастроф [1, 7]. З іншого боку, організація і зміст гігієнічних заходів склалися поступово в міру розвитку гігієни катастроф, як загальномедичної науки, а також у міру розвитку медицини катастроф і становлення організаційних форм медичного забезпечення населення при надзвичайних (рис. 1).

Санітарно-гігієнічне забезпечення в НС організовується і проводиться з метою збереження здоров'я населення та підтримки його працездатності. Це досягається шляхом проведення санітарно-епідеміологічного нагляду за умовами виробничої діяльності на збережених і працюючих об'єктах економіки, дотримання санітарних норм і правил при розміщенні, харчуванні, водопостачанні, банно-пральному обслуговуванні евакуйованого населення та населення, що залишилося, у зоні катастрофи, медичним контролем за похованням загиблих і померлих від інфекційних захворювань та інших причин, організацією гігієнічної експертизи і лабораторного контролю продовольства та питної води. Факторами, здатними істотно вплинути на життєзабезпечення постраждалого населення в умовах НС є: руйнування та дезорганізація діяльності соціально-побутової системи і систем життєзабезпечення (водопостачання, водовідведення, електропостачання, транспорт тощо); порушення екологічної системи навколишнього середовища; масовість ураження населення хімічними і фізичними факторами, патогенними біологічними агентами; психоемоційний стрес; інтенсивні міграційні процеси населення; інтенсифікація міграції тварин; повне або часткове руйнування матеріально-технічної бази ДСМК і ДСЕС з порушенням діяльності санітарно-епідеміологічних станцій [1, 7].

Аналіз процесу розвитку гігієни катастроф та виконаних науково-дослідних робіт в предметній області, дають вагомі підстави вважати, що за останні роки у гігієні катастроф сформувалися і одержали розвиток декілька найбільш важливих напрямів досліджень:

- вивчення загальних закономірностей і механізмів взаємодії організму людини з хімічними і фізичними факторами, патогенними біологічними агентами навколишнього середовища та їх впливу на організм людини в різних умовах НС техногенного, природного, соціально-політичного та воєнного характеру;

- розробка методології встановлення кількісних зв'язків між ступенем впливу реальних сполучень шкідливих факторів навколишньо-

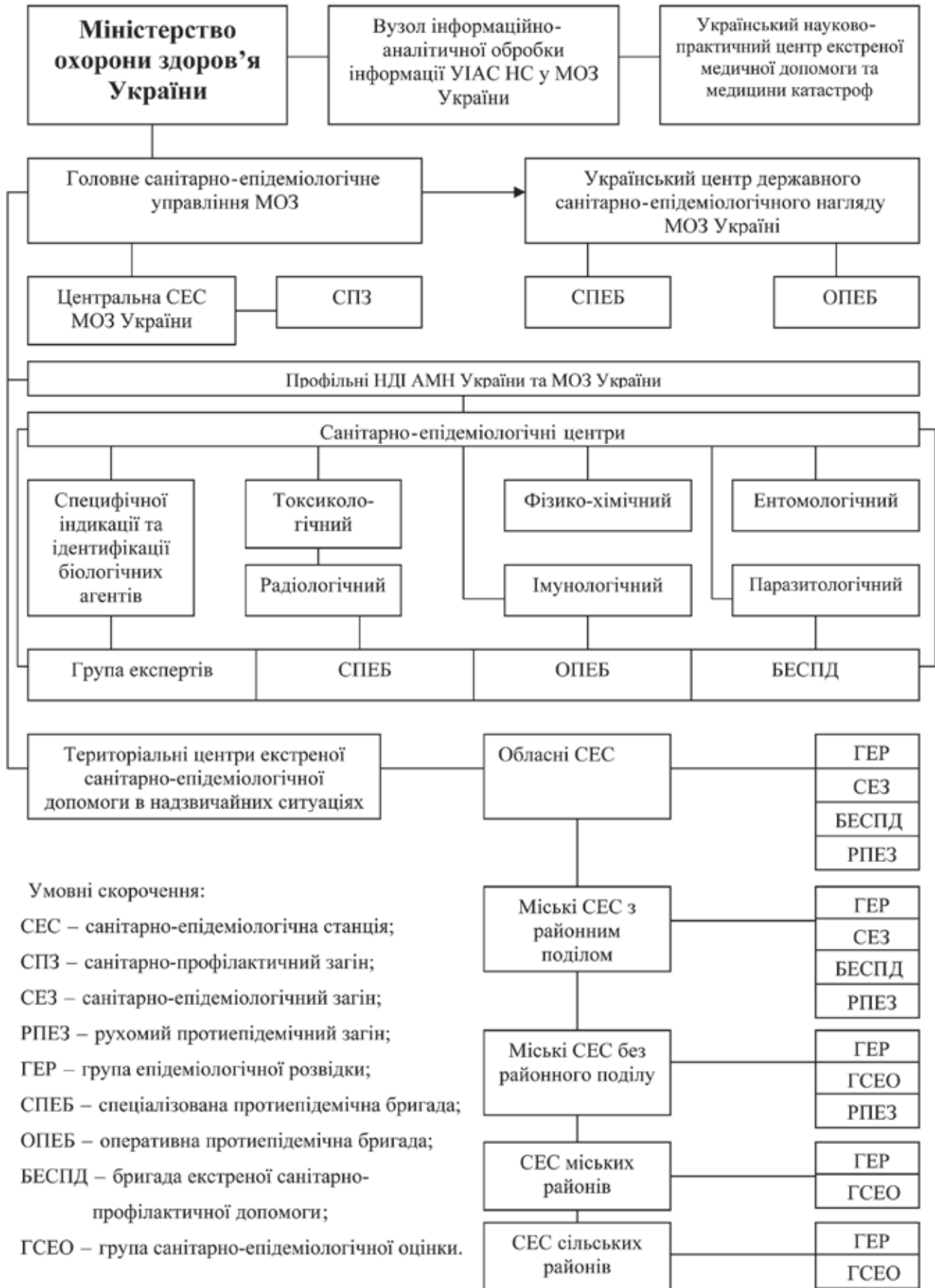


Рис. 1. Організаційна структура Державної санітарно – епідеміологічної служби України у надзвичайних ситуаціях

го середовища в зоні катастрофи, забезпеченням здоров'я населення, його прогнозування в санітарних умовах, які постійно змінюються в екстремальній обстановці НС;

– удосконалення теоретико-методологічних засад та практики гігієнічної регламентації хімічних, фізичних і біологічних факторів навколишнього середовища при НС, розробка методичних основ визначення реального навантаження всього різноманіття факторів НС на організм постраждалого населення і методів обґрунтування максимально припустимих її рівнів;

– розробка методичних основ гігієнічного обґрунтування розміщення і матеріально-побутового забезпечення постраждалого населення, його забезпечення доброякісною питною водою та харчуванням;

– вивчення можливості використання сил і засобів ДСМК і ДСЕС з необхідними рекомендаціями щодо їх діяльності в умовах НС.

Проведений аналіз стану розвитку досліджуваної предметної області виявив наявні досягнення гігієни катастроф і є віддзеркаленням, на нашу думку, лише першого етапу розвитку нової науки. Необхідно докласти ще багато зусиль для її подальшого розвитку та становлення, що на сьогоднішній час вважаємо головним завданням фахівців ДСМК і ДСЕС.

Досить істотним фактором, що визначає актуальність, наукову і практичну необхідність інтеграції знань з інших дисциплін для розв'язання проблем гігієни катастроф, є триваюче збільшення НС техногенного, природного, соціально-політичного та воєнного характеру, ускладнення та погіршення кількісних і якісних характеристик навколишнього середовища в зонах НС та його взаємодії з організмом, неповнота наших знань про комплексні, комбіновані і сполучені дії несприятливих факторів НС на організм, про процеси адаптації і несприятливих впливів, про межі фізіологічної, біохімічної та

іншої адаптації [6, 8]. На нашу думку, необхідна інтеграція всіх гігієнічних знань, якими володіють профільні розділи гігієни, про взаємодію організму з окремими компонентами навколишнього середовища в екстремальних умовах, що дозволить створити якісно нову теоретико-методологічну і практичну основу для розвитку гігієни катастроф.

Висновки

1. Гігієна катастроф, як інтегруюча наукова дисципліна, виникла в предметній сфері медицини катастроф і гігієнічних дисциплін, і ще не набула достатнього розвитку в Україні.

2. За наукову і практичну мету нової синтетичної дисципліни – гігієни катастроф треба визнати теоретико-методологічне обґрунтування загальних принципів і підходів до визначення умов життєдіяльності населення в небезпечних мінливих умовах оточуючого середовища при надзвичайних ситуаціях техногенного, природного, соціально-політичного та воєнного характеру.

3. Змістом наукової і практичної діяльності гігієни катастроф є теоретико-методологічна, методична і прикладна розробка гігієнічних аспектів охорони навколишнього середовища, гігієнічне нормування та гігієнічна регламентація фізичних, хімічних і біологічних факторів при надзвичайних ситуаціях, обґрунтування доцільності запровадження санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів, гігієнічного забезпечення організації і надання екстреної медичної допомоги постраждалому населенню при катастрофах.

4. Актуальність і практичне значення гігієни катастроф та її принципова відмінність від інших прикладних наук полягає в її активній позиції з забезпечення життєдіяльності та здоров'я населення при несприятливому впливі шкідливих чинників зовнішнього середовища в осередках і зонах надзвичайних ситуацій.

Література

1. Кочін І. В. Санітарно-епідеміологічна служба, її заклади, установи та формування у ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій. Основні завдання та принципи їх використання / І. В. Кочін, Ю. І. Панасюк, П. І. Сидоренко // Запорозький медичинський журнал. – 2005. – № 4 (31). – С. 142–146.
2. Кочин И. В. Научные основы эпидемиологии катастроф: учебное пособие / И. В. Кочин, Г. А. Черняков, П. И. Сидоренко и др.; под ред. проф. И. В. Кочина. – В 2-х томах. – Т. 1. – 284 с.; Т. 2. – 292 с. – Запорожье: Полиграф, 2004.
3. Кочін І. В. Охорона праці та безпека життєдіяльності населення при надзвичайних ситуаціях: навчальний посібник / І. В. Кочін, Г. О. Черняков, П. І. Сидоренко та ін.; за ред. проф. І. В. Кочина. – К.: Здоров'я, 2005. – 432 с.
4. Кочін І. В. Медицина катастроф: виробниче видання / І. В. Кочін, Г. О. Черняков, П. І. Сидоренко; за ред. проф. І. В. Кочина. – К.: Здоров'я, 2008. – 724 с.
5. Кочін І. В. Особливості організації та принципи проведення санітарно-гігієнічних заходів при надзвичайних ситуаціях з викидом небезпечних хімічних речовин / І. В. Кочін, О. М. Акулова, П. І. Сидоренко та ін. // Актуальні питання медичної науки та практики: Збірник наук. праць. – Вип. 78. – Т. 2. – Кн. 1. – Запоріжжя: ДЗ «ЗМАПО МОЗ України», 2011. – С. 204–208.
6. Петров В. П. Установление риска возникновения

- санитарно-эпидемических последствий чрезвычайных ситуаций / В. П. Петров. // Гигиена и санитария. – 2007. – № 5. – С. 44–49.
7. Риженко С. А. Організація діяльності санепідстанцій I та II рівнів у разі виникнення надзвичайних ситуацій / С. А. Риженко, О. П. Штепа., В. І. Моргачова // Медичні перспективи. – 2007. – № 3. – С. 80–84.
 8. Хайтович А. Б. Научные основы противоэпидемических мероприятий при чрезвычайных эпидемических ситуациях / А. Б. Хайтович, Л. С. Кирьякова, А. Е. Касимова // Сучасна інфекція. – 2002. – № 3. – С. 4–11.
 9. Шапошников А. А. Организация санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в чрезвычайных ситуациях / А. А. Шапошников, А. Ф. Карниз; под ред. проф. А. А. Шапошникова. – М.: ВУНМЦ, 1999. – 236 с.
 10. Шапошников А. А. Гигиена катастроф, ее содержание и место в системе федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека / А. А. Шапошников, Т. А. Лукичева // Гигиена и санитария. – 2005. – № 6. – С. 34–36.

КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ СТАНОВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ ГИГИЕНЫ КАТАСТРОФ КАК НОВОГО НАУЧНОГО И ПРИКЛАДНОГО НАПРАВЛЕНИЯ В ПРЕДМЕТНОЙ СФЕРЕ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ

Кочин И. В., Сидоренко П. И., Гут Т. М., Гелдаш С. В., Акулова О. М., Гайволя А. А., Шило И. Ф., Трошин Д. А.

ГЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины»

Показано формирование и становление новой гигиеничной дисциплины – гигиены катастроф, которая возникла как реакция на потребность общества и государства обеспечить жизнедеятельность населения в чрезвычайных ситуациях, интегрируя знания медицины катастроф и комплекса гигиенических наук. Доказано, что концептуальной основой научной и практической деятельности гигиены катастроф является теоретико-методологическая, методическая и прикладная разработка соответствующих правил и рекомендаций, которые основываются на ведущих методах профилактики, а также научной регламентации факторов внешней среды в зонах и очагах чрезвычайных ситуаций техногенного, природного, социально-политического и военного характера.

Ключевые слова: гигиена катастроф, чрезвычайная ситуация, санитарно-эпидемиологическая служба, служба медицины катастроф.

CONCEPTUAL BASES OF FORMATION AND DEVELOPMENT OF DISASTER HYGIENE AS NEW SCIENTIFIC AND APPLIED DIRECTION IN DATA DOMAIN OF DISASTER MEDICINE

Kochin I. V., Sidorenko P. I., Gut T. M., Geldash S. V., Akulova O. M., Gaivolya A. A., Shilo I. F., Troshin D. A.

State Institute «Zaporizhzhia Medical Academy of Postgraduate Education of Ministry of Health of Ukraine»

It is demonstrated formation and development of new hygienic discipline – disaster hygiene, which arose up as a reaction of society and state necessity to provide population vital functions in extraordinary situations, integrating medicine knowledge of disasters and complex of hygienic sciences. It is proven that theoretical and methodological, methodical and applied development suitable rules and recommendations are conceptual bases of scientific and practical activity of disaster hygiene. They are based on the leading methods of prophylaxis and scientific regulation of environment factors in areas of man-caused, natural, socio-political and military extraordinary situations.

Keywords: hygiene of catastrophes, extraordinary situation, sanitary-epidemiology service, service of disaster medicine.

МАЛОІНВАЗИВНІ СПОСОБИ ЛІКУВАННЯ АТЕРОСКЛЕРОТИЧНИХ УРАЖЕНЬ АРТЕРІЙ ДУГИ АОРТИ

Русин В. І., Корсак В. В., Буцко Є. С., Борсенко М. І.
Ужгородський національний університет

Проаналізовано результати ендоваскулярного хірургічного лікування у 37 хворих із поєднаним множинним атеросклеротичним ураженням артерій дуги аорти. Досліджено можливість одноментно в певній послідовності маніпулювати на декількох уражених артеріальних басейнах. Шляхом кумулятивного аналізу отримано 94,6% стабільних результатів через три роки спостереження після ендоваскулярних втручань.

Ключові слова: синдром підключично-хребтового обкрадання, ендоваскулярні втручання, балонна ангіопластика-стентування, артерії дуги аорти.

Церебро-васкулярні захворювання займають одне з перших місць серед причин смертності та інвалідизації. Ураження артерій дуги аорти у хворих мультифокальним атеросклерозом являються основною причиною розвитку хронічної недостатності кровообігу верхніх кінцівок та ішемічного інсульту. Найбільш складну групу серед патології магістральних артерій голови та шиї складають пацієнти з поєднаним ураженням сонних, підключичних та хребтових артерій. Складність лікування пов'язана з вірним визначенням послідовності відновлення кровоплину у відповідному басейні, так як при низькій толерантності головного мозку та невірно вибраному басейні для корекції патології навіть короткотермінова ішемія може викликати інфаркт мозку [3, 4, 7].

До 2000 року в літературі було опубліковано більше 1000 спостережень ендоваскулярних втручань при ураженнях проксимальних гілок дуги аорти. Серед указаних операцій основну частину становлять втручання на підключичних артеріях, де віддалені результати спостереження рідко досягають трьох років [1, 2, 5], що не дає можливість вірно оцінити ефективність рентгенконтрастних ендоваскулярних втручань.

Мета роботи – проаналізувати результати хірургічного лікування хворих з мультифокальним атеросклеротичним ураженням артерій дуги аорти з використанням мініінвазивних хірургічних технологій.

Матеріали та методи

На базі відділення хірургії магістральних судин Закарпатської обласної клінічної лікарні імені А. Новака (м. Ужгород) в період з 2006 по 2010 рік прооперовано 56 хворих з хронічною ішемією верхніх кінцівок II–IV ст., із них у 37 пацієнтів виконано рентгеноендоваскулярне стентування артерій дуги аорти.

Середній вік пацієнтів складав 64 роки (56–72 роки), з них 27 (73,0%) чоловіків і 10 (27,0%) жінок. Слід зазначити, що досить значна частка 25 (67,5%) пацієнтів були працездатного віку (51–60 років).

Верифікація діагнозу здійснена на ґрунті рентгенконтрастної ангіографії (РАГ) (ангіограф «Integris»-2000, Philips та «Alura»-1999, Philips), особливості гемодинаміки вивчалися за допомогою ультразвукового дуплексного сканування екстра- та інтракраніальних артерій на апараті «ZONARE» (виробництва США) з набором лінійних (5–10 МГц) та конвексних (2–5 МГц) датчиків.

Вихідна клінічна характеристика хворих була досить типовою для поєданого атеросклеротичного ураження артерій дуги аорти. У 17 (45,9%) пацієнтів діагностовано синдром підключично-хребтового обкрадання (СПХО) на тлі стенотично-оклюзійного ураження гирла та постгирлового сегменту підключичних артерій (ПкА), хронічна недостатність кровообігу верхніх кінцівок, обумовлена СПХО, мала місце у 16 (43,2%) пацієнтів, причому у половини з них була критична ішемія верхніх кінцівок (III–IV ст.), прояви вертебро-базиллярної недостатності виявлено у 8 (21,6%) хворих з атеросклеротичними ураженнями підключичних та хребтових артерій (ХА), у 12 (32,4%) пацієнтів оклюзія I сегменту однієї із підключичних артерій, поєднувалась із симптомним стенозом іпсі- або контралатеральної внутрішньої сонної артерії (ВСА).

При виборі хірургічної тактики у пацієнтів із мультифокальним атеросклеротичним ураженням гілок дуги аорти ми враховували наступні критерії:

- варіант перебігу синдрому підключично-хребтового обкрадання;
- толерантність головного мозку до тимчасової ішемії.

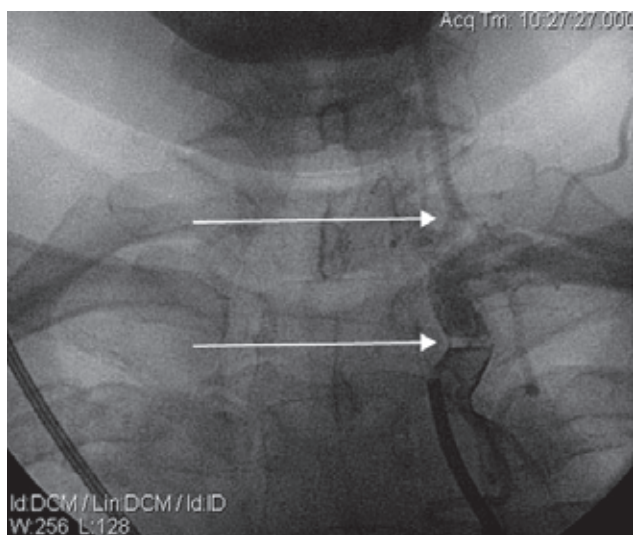


Рис. 1. РАГ хворого Д. Візуалізується атеросклеротичне ураження I сегменту лівої ПкА та I сегменту іпсілатеральної ХА

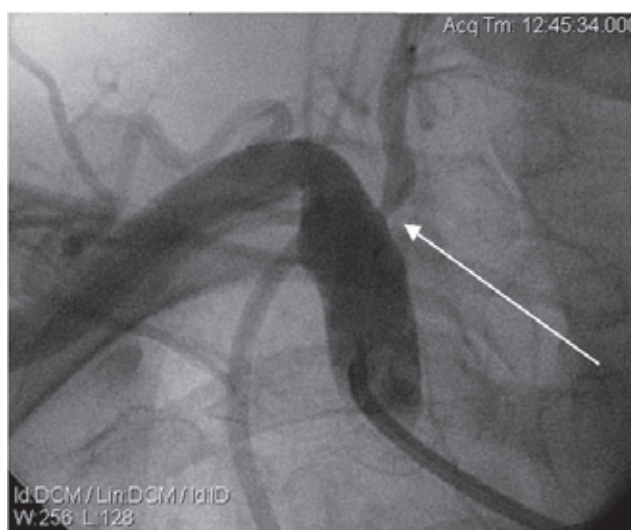


Рис. 2. РАГ хворого А. Візуалізується атеросклеротичне ураження I сегменту контралатеральної ХА

Таблиця 1

Частота та характер ураження артерій дуги аорти

Характер ураження артерій	Частота, %
«Кінкінг» лівої ХА та стенотично-оклюзійне ураження правої ПкА	2 (5,4%)
Стенотично-оклюзійне ураження правої ХА та лівої ПкА	2 (5,4%)
Стенотично-оклюзійне ураження лівої ХА та лівої ПкА	4 (10,8%)
«Кінкінг» правої ВСА та стенотично-оклюзійне ураження правої ПкА	3 (8,1%)
Стенотично-оклюзійне ураження правої ПкА та іпсілатеральної ВСА	4 (10,8%)
Стенотично-оклюзійне ураження лівої ПкА та лівої ВСА	5 (13,6%)
Ізольоване стенотично-оклюзійне ураження ПкА з того чи іншого боку	17 (45,9%)
Всього	37 (100%)

Таблиця 2

Розподіл пацієнтів залежно від виконаного оперативного втручання

Вид операційного втручання	Всього операційних втручань
Балонна ангіопластика – стентування лівої ПкА	26 (45,6%)
Балонна ангіопластика – стентування правої ПкА	11 (29,7%)
Балонна ангіопластика – стентування правої ХА	2 (3,5%)
Балонна ангіопластика – стентування лівої ХА	6 (10,5%)
Балонна ангіопластика – стентування правої ВСА	7 (12,3%)
Балонна ангіопластика – стентування лівої ВСА	5 (8,8%)
Всього	57 (100%)

вого перетискання сонних артерій, визначивши стан Віллівського кола (його розірваність);

- ступінь критичної ішемії верхніх кінцівок;
- тип атеросклеротичних бляшок, їх емболозагрозливість, ступінь стенозування артерій;
- наявність «кінкінгів» артерій з атеросклеротичним ураженням або без нього.

З 37 обстежених пацієнтів з ураженням артерій дуги аорти клінічні симптоми порушення мозкового кровообігу мали місце у всіх хворих. Так, головні болі спостерігались у 27 (73,0%) хворих, амнезії у 19 (51,3%) пацієнтів, системні запаморочення – у 11 (29,7%), дзвін у вухах – у 11 (29,7%), минаюча глухота – у 7 (18,9%), приступи втрати свідомості – у 11 (29,7%) пацієнтів, бульбарні порушення (дизартрія, дисфонія, дисфагія) – у 4 (10,8%), стовбурово-мозочкові порушення ходи і стативи – 11 (29,7%) пацієнтів, координації рухів – у 8 (21,6%), порушення зору у вигляді сітки, пелени перед очима – у 9 (24,3%) хворих. У 7 пацієнтів мали місце в анамнезі гострі порушення мозкового кровообігу (ГПМК) по типу ішемічних інсультів в басейнах правої або лівої середніх мозкових артерій. Даним хворим ендovasкулярні втручання проводились не раніше як через 4 місяці після перенесеного ГПМК.

У 20 (54,0%) пацієнтів стенотично-оклюзійне ураження І сегменту ПКА було поєднане у 8 пацієнтів з атеросклеротичним ураженням ХА з того чи іншого боку та у 12 хворих із симптомним стенозом іпсі- або контралатеральної ВСА (рис. 1, 2).

Слід зазначити, що найчастіше ураження підключичних артерій мало лівосторонню локалізацію (табл. 1).

У 37 хворих із мультифокальними ураженнями артерій дуги аорти виконано 57 рентгеноконтрастних ендovasкулярних втручань на декількох артеріальних басейнах одномоментно (табл. 2).

Після рентгеноендovasкулярної ангіопластики-стентування пацієнт знаходився в ліжку 6–24 години. В післяопераційному періоді всім хворим призначались спазмолітики (папаверин, нікотина к-та), пентоксифілін, реополіглокін та фраксипарин по 0,3 (при вазі пацієнта до 70 кг) та по 0,4 (при вазі пацієнта більше 70 кг) два рази на добу підшкірно 4–5 днів з поступовою відміною препарату і переводом хворих на антикоагулянти непрямої дії (фенілін або синкумар) або антиагреганти у вигляді клопидогрелю (атерокард) в дозі 75 мг на добу, нормовен (по 1 табл. 2 рази на добу) для покращення венозного відтоку від головного мозку.

Віддалені результати хірургічного лікування СПХО шляхом балонної ангіопластики-стентування вивчені нами протягом трьох років методом кумулятивного аналізу. Всім пацієнтам рекомендувалось динамічне спостереження з виконанням дуплекссканування магістральних артерій голови та шиї та оцінкою зони реконструкції через 6 місяців, 12 місяців, а потім –

щорічно, оцінка неврологічного статусу лікарем-неврологом.

Результати та обговорення

Балонну ангіопластику-стентування екстракраніальних артерій виконували за класичною методикою Сельдінгера: через прокол в ділянку стегнової артерії вводили катетер з балоном. Цей процес контролювали на рентгенмоніторі. Після того, як провідник знаходився у місці звуження артерії роздували балон і в розширене місце судини встановлювали стент (рис. 3–6). Для стентування ПКА ми використовували стент Wallstent Ліас Endoprosthesis № 7, для хребтових артерій – стенти Taxus Liberte, Taxus Element № 24 фірми Boston Scientific. Після установки стента виконували серії контрольних артеріографій для впевненості в тому, що стеноз ліквідовано. Місце проколу судини притискали на 30 хвилин до зупинки кровотечі.

Післяопераційні ускладнення класифіковано на специфічні, що пов'язані з методом операційного втручання, вибором доступу та загальні.

Специфічні для балонної ангіопластики-стентування:

- неможливість виконати дилатацію артерії (дисекція інтими);
- міграція стента.

Загальні:

- тромбоз артерії;
- ускладнення, що виникли в інших органах і системах.

Безпосередні результати хірургічного лікування ми оцінювали за перебігом раннього післяопераційного періоду у пацієнтів з мультифокальним ураженням екстракраніальних артерій. Серед критеріїв найбільш достовірними являються:

- 1) перебіг післяопераційного періоду;
- 2) післяопераційний ліжко-день;
- 3) темпи регресу неврологічного дефіциту та ішемії верхніх кінцівок.

Інтраопераційні ускладнення при виконанні балонної ангіопластики-стентування нами не спостерігались. Серед можливих ускладнень при рентгеноконтрастній ангіопластиці-стентуванні в літературі згадуються пошкодження клапана серця або коронарної артерії, ниркова недостатність, порушення ритму серця, інсульт, алергічна реакція на контраст, утворення тромба в артерії, розрив або послаблення стінки судини, розшарування стінки артерії [8].

Тривалість післяопераційного періоду у пацієнтів складала від 2 до 4 днів (в середньому $2,7 \pm 1,27$ днів). Більшість [33 (89,1%)] хворих виписано із стаціонару на наступний день після мініінвазивного операційного втручання.

Усім хворим для контролю ліквідації ретроградного (патологічного) кровоплину по іпсіла-

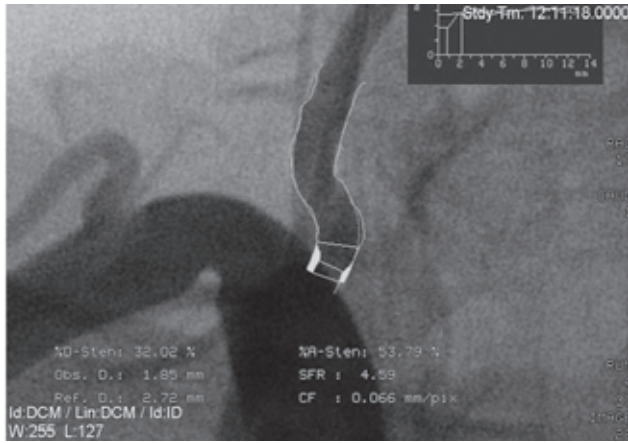


Рис. 3. РАГ хворого К. Стеноз гирла правої ХА з S-подібним «кінкінгом» I та II сегментів ХА

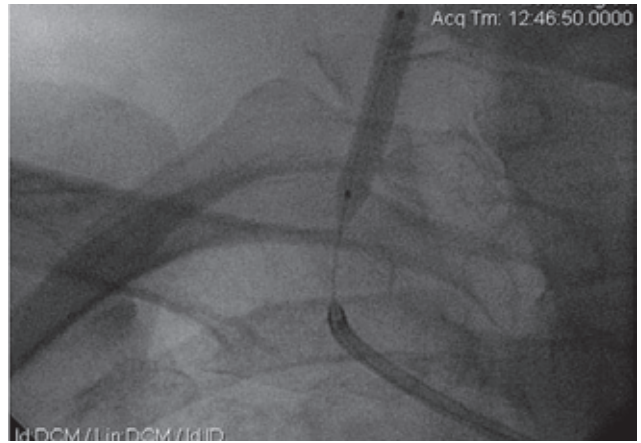


Рис. 4. РАГ хворого К. Роздутий балон в просвіті правої ХА

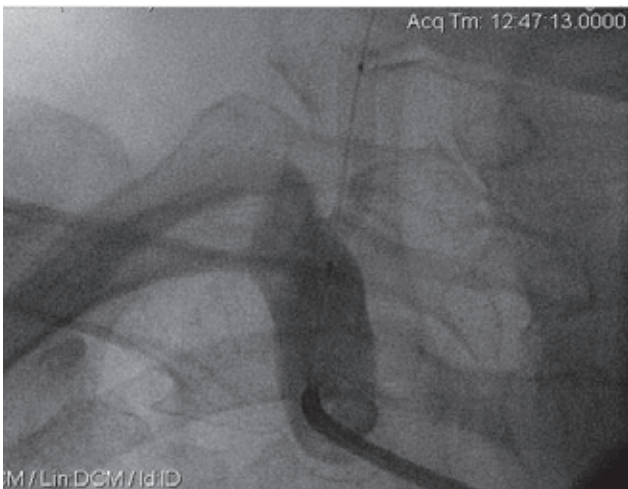


Рис. 5. РАГ хворого К. Встановлення стента в просвіті правої ХА

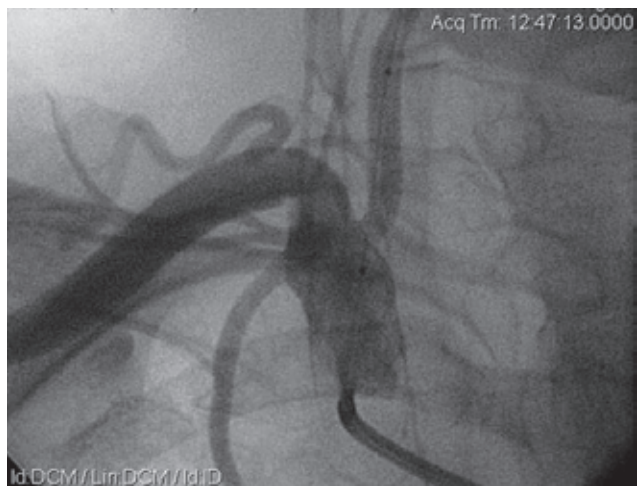


Рис. 6. Контрольна РАГ хворого К. Задовільне заповнення правої ХА

теральній хребтовій артерії та прохідності зони стентапіслябалонноїангіопластики-стентування виконували дуплексне сканування підключичних, хребтових та сонних артерій з кольоровим картуванням кровоплину.

У всіх пацієнтів на момент виписки із стаціонару при ультразвуковому дуплексному скануванні ретроградного (патологічного) кровоплину по іпсилатеральній хребтовій артерії та стенозів в зоні ендovasкулярного втручання виявлено не було.

Всі пацієнти після проведеного комплексного лікування відзначили покращення загального стану, регрес неврологічної симптоматики, відсутність/регрес симптомів ішемії верхніх кінцівок та ішемічних інсультів.

На рисунках 7–12 зображено серії рентген-контрастних артеріографій хворої з поєднаним атеросклеротичним ураженням сонних та гирла контралатеральної хребтової артерії. Послідовно одномоментно виконано балонну дилатацію I сегменту хребтової артерії та стентування каротидних артерій.

Нами простежені віддалені результати у 37

хворих після ендovasкулярного втручання на артеріях дуги аорти. Якщо порівнювати тільки динаміку неврологічної симптоматики та ішемії верхніх кінцівок в результаті мініінвазивного хірургічного лікування, то отримані дані вказують на високу ефективність останнього в лікуванні хронічної недостатності кровопостачання верхніх кінцівок та ішемії головного мозку, викликаних поєднаними стенотично-оклюзійними ураженнями екстракраніальних артерій (рис. 13).

Як видно з діаграми, випадків без позитивних змін неврологічної симптоматики не було.

На сьогоднішній день безсумнівними перевагами ендovasкулярних втручань у лікуванні оклюзуючих уражень артерій дуги аорти є їх мала інвазивність та травматичність. Проблема розвитку рестенозів після ангіопластики-стентування залишається досить гострою. За даними J. DeVries та співавт. [6] частота рестенозів/оклюзій після ангіопластики склала 7,3%. В нашому дослідженні гемодинамічно значимий рестеноз в стенті виявлено у 2 (5,4%) пацієнтів через 3 роки після ендovasкулярних втручань. Шляхом виконання повторної балонної дила-

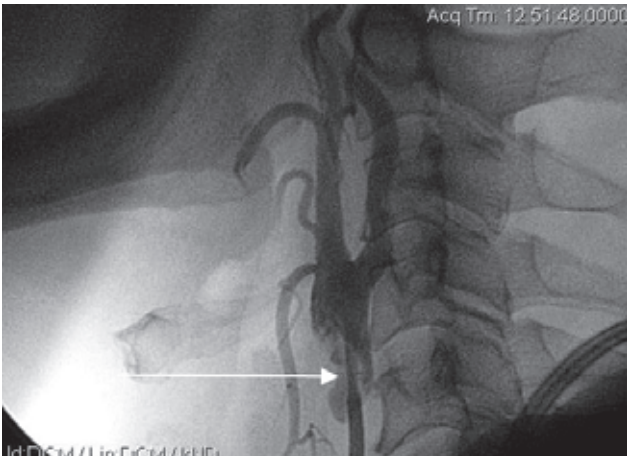


Рис. 7. РАГ хворої Т. Критичний стеноз лівої загальної сонної артерії та ВСА



Рис. 8. РАГ хворої Т. Критичний стеноз гирла контралатеральної ХА

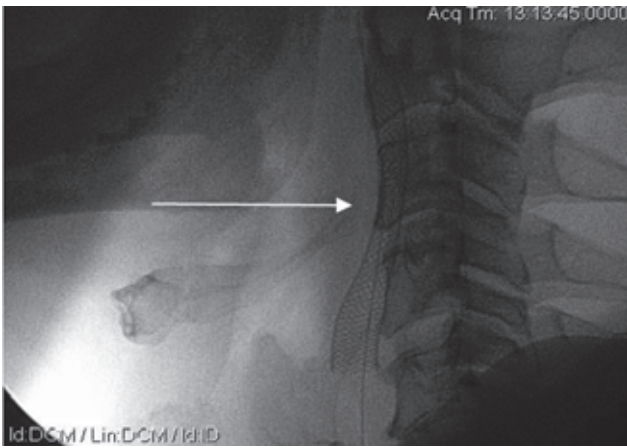


Рис. 9. РАГ хворої Т. Виконано стентування лівої ЗагСА та ВСА

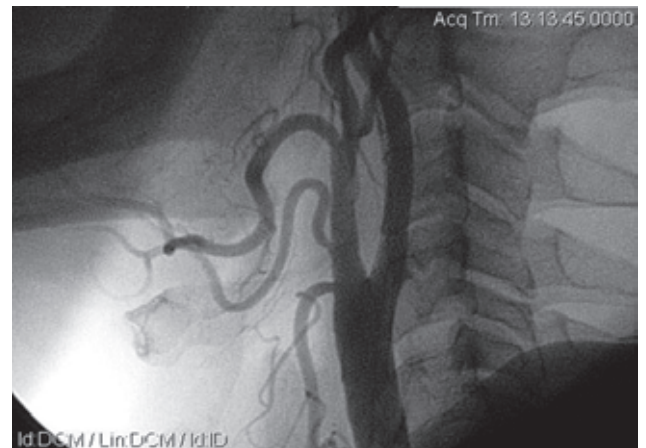


Рис. 10. Контрольна РАГ хворої Т. Задовільне заповнення сонних артерій

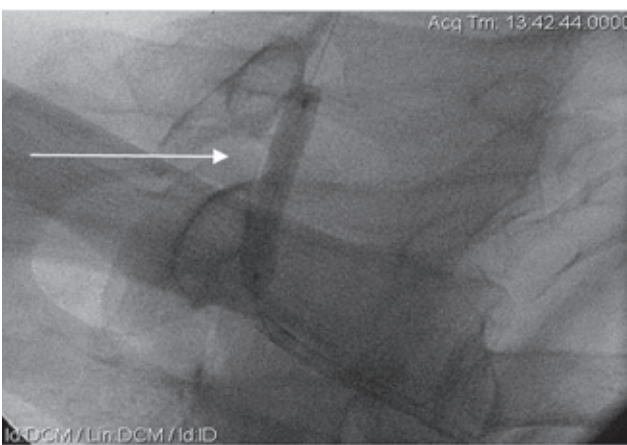


Рис. 11. РАГ хворої Т. Балонна дилатація I сегменту правої ХА

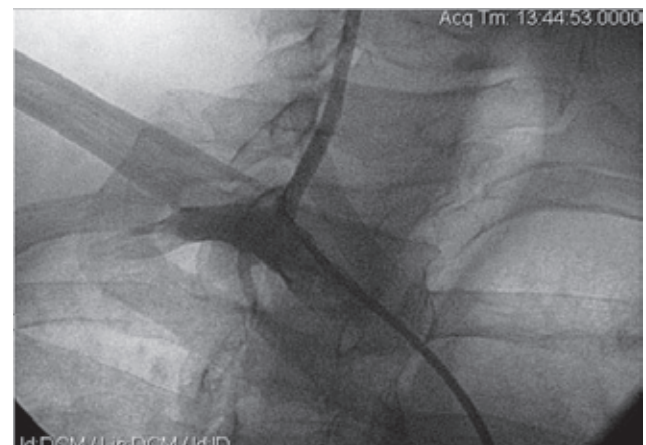


Рис. 12. Контрольна РАГ хворої Т. Задовільне заповнення правої хребтової артерії та її гілок

тації I сегменту лівої ПкА в одному випадку та I сегменту правої ХА в іншого хворого відновлено магістральний тип кровоплину в уражених артеріальних басейнах.

Аналіз спостереження за хворими після хірургічного лікування поєднаного атеросклеротичного ураження екстракраніальних артерій показав, що практично усі хворі не мають скарг з боку порушення кровопостачання головного мозку. Покращення неврологічного статусу, що підтверджено відсутністю повторних гострих порушень мозкового кровообігу у віддаленому післяопераційному періоді, при хірургічній корекції недостатності вертебро-базиллярної та каротидної системи відмічено у всіх хворих з ураженням підключичних, сонних та хребтових артерій.

Практично у всіх хворих, в ранньому післяопераційному періоді отримано досить значний клінічний ефект – критичну ішемію верхніх кінцівок ліквідовано або переведено в I–II ст. недостатності кровопостачання верхніх кінцівок, ліквідовано повторні минаючі порушення мозкового кровообігу, головний біль, серцево-судинні пароксизми, відмічено значний регрес неврологічної симптоматики.

У зв'язку зі зменшенням післяопераційних ускладнень у хворих, яким виконували рентгеноендоваскулярну ангіопластику-стентування вдалося суттєво скоротити середнє перебування хворих у стаціонарі, зменшити економічні витрати, пов'язані з лікуванням цієї категорії хворих, прискорити як функціональну, так і соціальну реабілітацію хворих.

Кумулятивний аналіз позитивних результатів спостереження протягом 3 років показав добрі та задовільні результати мініінвазивного хірургічного лікування в 94,6% випадків.

Узагальнюючи вищесказане, вважаємо, що ендоваскулярні методи реконструкції екстракраніальних артерій мають бути операціями вибору при стенотично-оклюзуючих ураженнях гілок дуги аорти, зокрема синдромі підключично-хребтового обкрадання. При наявності варіантів відходження ПкА, які не дозволяють підійти катетером до судини-мішені, в якості операцій вибору повинні розглядатися відкриті операційні втручання на артеріях дуги аорти.

Висновки

Аналіз віддалених результатів ендоваскулярних способів лікування атеросклеротичного ураження гілок дуги аорти показав високу ефективність останніх (94,6% стабільних результатів через 3 роки спостереження) в лікуванні недостатності мозкового кровообігу та хронічної недостатності кровопостачання верхніх кінцівок.

Перевагами ендоваскулярних втручань є мала травматичність, можливість одномоментно в певній послідовності маніпулювати на декількох уражених артеріальних басейнах, скорочення середнього терміну перебування хворих у стаціонарі, прискорення як функціональної, так і соціальної реабілітації хворих.

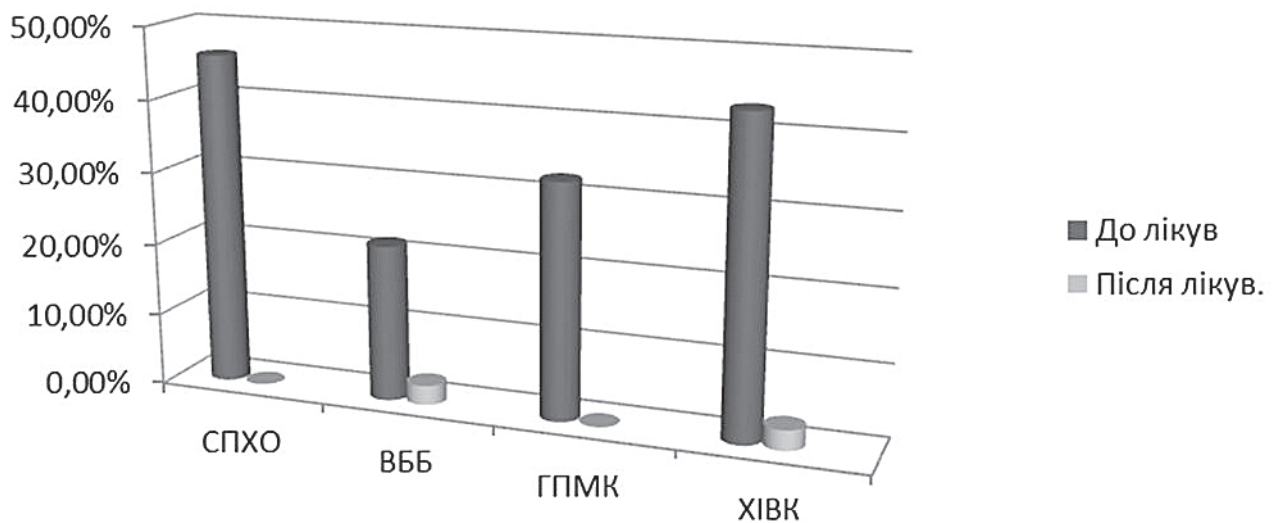


Рис. 13. Динаміка симптомів мультифокального атеросклеротичного ураження артерій дуги аорти через 3 роки після проведеного ендоваскулярного втручання. (СПХО – синдром підключично-хребтового обкрадання, ВББ – вертебробазиллярна недостатність, ГПМК – гостре порушення мозкового кровообігу, ХІВК – хронічна ішемія верхніх кінцівок)

Література

1. Васильев А. Э. Рентгенохирургическое лечение пораженных брахиоцефальных артерий / А. Васильев, М. Б. Солонец // *Ангиология и сосудистая хирургия*. – 2003. – Том. 9, № 2. – С. 95–98.
2. Отдаленные результаты хирургического лечения больных с окклюзией I сегмента подключичных артерий. / П. О. Казанчян, В. А. Попов, Ю. А. Стеняев [и др.] // *Ангиология и сосудистая хирургия*. – 2002. – Т. 8, № 4. – С. 94–102.
3. Рентгенконтрастні ендovasкулярні методи лікування синдрому підключично-хребтового обкрадання у пацієнтів з хронічними порушеннями мозкового кровообігу / В. І. Русин, В. В. Корсак, Ю. А. Левчак [та ін.] // *Український Журнал Хірургії*. – 2010. – № 2. – С. 9–18.
4. Синдроми обкрадання при патології судин дуги аорти / [В. І. Русин, В. В. Корсак, Є. С. Буцко [та ін.]. – 1-ше видання. – Ужгород:Карпати, 2011. – 208 с.
5. Carotid angioplasty and stenting, success relies on appropriate patient selection / Sadek M., Hynesek R.L., Sambol E.B. [et al.] // *J. Vasc. Surg.* – 2008. – Vol. 47, № 5. – P. 946–951.
6. Durability of percutaneous transluminal angioplasty for obstructive lesions of proximal subclavian artery: Long-term results. / J. P. De Vries, L. C. Jager, J. C. van der Berg [et al.] // *J. Vasc. Surg.* – 2005. – Vol. 41, № 1. – P. 19–23.
7. Endovascular therapy of symptomatic innominate-subclavian arterial occlusive lesions / E. Y. Woo, R. M. Fairman, O. C. Velazquez [et al.] // *Vasc. Endovasc. Surg.* – 2006. – Vol. 40, № 1. – P. 27–33.
8. Nicolson A. Endovascular interventions in the supraaortic vessels. / A. Nicolson // *Vascular and endovascular opportunities*. – 2000. – P. 153–168.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ АРТЕРИЙ ДУГИ АОРТЫ

Русин В. И., Корсак В. В., Буцко Е. С., Борсенко М. И.
Ужгородский национальный университет

Проанализировано результаты эндovasкулярного хирургического лечения 37 больных с сочетанным множественным поражением артерий дуги аорты. Исследована возможность в определенной последовательности манипулировать на нескольких артериальных бассейнах. Путем куммулятивного анализа получено 94,6% стабильных результатов через три года наблюдений после эндovasкулярных вмешательств.

Ключевые слова: синдром подключично-позвоночного обкрадывания, эндovasкулярные вмешательства, баллонная ангиопластика-стентирование, артерии дуги аорты.

MINIMALLY INVASIVE TREATMENTS OF ATHEROSCLEROTIC LESIONS OF AORTIC ARCH ARTERIES

Rusyn V. I., Korsak V. V., Butsko Y. S., Borsenko M. I.
Uzhgorod National University

Results of endovascular surgery were analyzed in thirty-seven patients with combined multiple atherosclerotic lesions of aortic arch arteries. The possibility of simultaneously manipulated in sequence on several affected arterial basins had been investigated. By the three years of observation after endovascular interventions 94,6% of stable results were received by cumulative analysis.

Keywords: subclavian-vertebral steal syndrome, endovascular interventions, balloon angioplasty – stenting, aortic arch arteries.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ АУТОИММУННЫХ ПРОЦЕССОВ И ДЕСТРУКТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СУСТАВНЫХ СТРУКТУР НА РАННИХ СТАДИЯХ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Рекалов Д. Г.

Национальный научный центр «Институт кардиологии имени академика М. Д. Стражеска»

При обследовании 108 пациентов с ранними проявлениями ревматоидного артрита с использованием лабораторных и инструментальных методов исследования показана значимость оценки уровня антител к цитруллинированному пептиду для ранней диагностики заболевания, своевременности назначения патогенетически обусловленной терапии, выявлена взаимосвязь между уровнем данных антител и явлениями суставной деструкции в более поздние периоды заболевания.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, ранняя диагностика, антитела к цитруллинированному пептиду.

Диагноз РА часто основан на клинических проявлениях и лабораторных данных, таких как ревматоидный фактор (РФ) и С-реактивный белок (СРБ). РФ долгое время был серологическим маркером РА по мнению авторитетных организаций на протяжении нескольких десятилетий [1]. Этот показатель является валидным прогностическим фактором, однако его специфичность и чувствительность являются достаточно низкими при ранней диагностике заболевания [6] и может присутствовать в крови здоровых пожилых людей или пациентов с другими аутоиммунными и инфекционными заболеваниями, а СРБ является общим маркером воспаления. Новейшие достижения в области медицинских технологий позволили идентифицировать в крови белок цитруллин, с которым взаимодействует целый набор аутоантител, обнаруженных в сыворотках пациентов РА. Это привело к разработке высоко специфичного теста для РА: антител к циклическому цитруллинированному пептиду Анти-ЦЦП.

За последние годы более высокая чувствительность и специфичность была выявлена для анти-ЦЦП [6, 8]. Эти белки относятся к семейству анти-филаггриновых антител, которые реагируют с антигенными детерминантами, содержащими остаток цитруллинированного аргинина [23]. Цитруллинирование – это процесс, в котором формируются цитруллинсодержащие белки. Хотя цитруллин – обычный метаболит, представленный повсеместно в организме, он является нестандартной аминокислотой, так как не может быть инкорпорирован в белок в процессе его синтеза. Цитруллинсодержащие белки образуются только в ходе посттрансляционной модификации аргининовых остатков. Реакция цитруллинирования привлекла по-

вышенное внимание ревматологов, поскольку у больных с РА было выявлено несколько аутоантител, направленных против белков, содержащих цитруллин.

Исследования показали, что анти-ЦЦП являются лучшим диагностическим маркером, чем РФ [2, 3]. Чувствительность анти-ЦЦП составляет 40–80%, а специфичность достигает 80–100% [3], что очень информативно при прогнозировании развития РА [2, 3]. Эти особенности позволяют использовать данный показатель для изучения патогенетических механизмов развития РА [20, 24]. Наличие анти-ЦЦП ассоциируется с высоким риском развития радиологических признаков суставных изменений при раннем РА [4, 8, 13, 14].

Целью исследования явилось определение лабораторных и инструментальных маркеров раннего ревматоидного артрита, установления патогенетической взаимосвязи между изучаемыми показателями.

Материал и методы исследования

Было обследовано 108 пациентов (78 женщин и 30 мужчин, средним возрастом $49,63 \pm 2,36$ лет, с диагнозом РА (критерии American College of Rheumatology [1]). В зависимости от длительности заболевания пациенты были распределены на 2 группы: в 1-ю группу вошли 38 пациентов с длительностью РА менее 2 лет, 2-ю группу составили больные с продолжительностью заболевания более 2 лет. Полученные группы оказались сопоставимы по полу, возрасту и степени активности.

Всем пациентам проводили определение общеклинических анализов крови, среди которых анализировали СОЭ, уровень С-реактивного бел-

ка. Для оценки РФ использовали иммунотурбодиметрический метод, уровень анти-ЦЦП был оценен иммуноферментным методом (ELISA). Радиологическое исследование суставов проводилось с целью оценки уровня повреждения суставов, использовали метод Larsen [21]: оценивали 8 проксимальных межфаланговых суставов, 2 сустава большого пальца, 10 метакарпофаланговых и суставы запястья. Степень суставных изменений оценивалась по шкале: 0 – норма; 1 – небольшие нарастания ткани; 2 – эрозия костей с деструкцией менее 25% суставной поверхности; 3 – разрушено 26–50% суставной поверхности; 4 – разрушено 51–75% и 5 – разрушено более 75% суставной поверхности. Сумма всех баллов составляет 110.

Исследуемые величины представлены в виде: выборочное среднее значение \pm стандартная ошибка среднего значения. Нормальность распределения оценивали по критериям Kolmogorov-Smirnov (D), Lilliefors и Shapiro-Wilk (W). В случае распределения, отличающегося от нормального, или анализа порядковых переменных использовали Mann-Whitney U для 2-х несвязанных выборок, для большего числа выборок – критерий Kruskal-Wallis H с дальнейшим сравнением по Games-Howell.

Сравнение групп по качественному бинарному признаку проводили при помощи критерия χ^2 с анализом таблиц сопряженности.

Наличие и выраженность статистически значимых различий между показателями оценивали путем проведения дисперсионного анализа по однофакторной схеме с последующим сравнением групп по Sheffe. Нулевую гипотезу о равенстве математических ожиданий по слоям выборки отвергали в случае, если отношение организованной дисперсии к остаточной превышало критическое значение критерия Фишера ($F_{кр.}$) при соответствующем числе степеней свободы с уровнем значимости менее 0,05. Для оценки удельного значения влияния фактора, лежащего в основе группировки, среди совокупности других факторов, воздействующих на результативный признак, проводили расчет коэффициента детерминации (η^2).

Был проведен корреляционный анализ для оценки наличия взаимосвязи между лабораторными показателями и суммой повреждений согласно приведенной шкалы (для оценки наличия, направленности и степени взаимосвязи между парами независимых признаков использовали коэффициент корреляции Pearson (r), статистически незначимые коэффициенты не приводили).

Результаты исследования обработаны с применением статистического пакета лицензионной программы «STATISTICA® for Windows 6.0» (StatSoft Inc., № AXXR712D833214FAN5) на кафедре медицинской информатики ЗГМУ, а также «SPSS 16.0», «Microsoft Excel 2003». Отдельные статистические процедуры и алгоритмы реализованы в виде специально написанных макросов в соответствующих программах. Для всех видов анализа статистически значимыми считали различия при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования

В таблице 1 приведена характеристика обследованных лиц обеих групп.

Продолжительность заболевания и уровень повреждения суставов были достоверно выше в группе лиц 2-й группы. Между указанными группами обследованных пациентов не было выявлено достоверных различий по уровню РФ, анти-ЦЦП, показателям воспалительного процесса. Уровень повреждения суставов коррелировал с С-реактивным белком и СОЭ в обеих группах, в то же время корреляция с длительностью заболевания была выявлена при установленном РА у общего числа пациентов (табл. 2).

Анализ пациентов с наличием РФ и анти-ЦЦП показал отсутствие различий в уровне повреждения суставов среди лиц с серопозитивным и негативным вариантами РА. В отличие от этого, данный показатель в группах 1 и 2 был статистически значимо выше у пациентов с наличием анти-ЦЦП в сравнении с пациентами с отсутствием в крови данного белка (табл. 3). Также не было выявлено корреляции между уровнем повреждения суставов и наличием анти-ЦЦП в

Таблица 1

Клиническая характеристика обследованных лиц

Показатели	1 группа	2 группа	p
Возраст, лет	47,8 \pm 1,13	51,4 \pm 1,75	0,087
Средняя длительность заболевания (мес.)	7,74 \pm 0,43	85,4 \pm 2,54*	<0,001
РФ, МЕ/мл	9,87 \pm 0,86	9,2 \pm 0,77	0,5629
Анти-ЦЦП, ед/мл	113,4 \pm 4,49	117,46 \pm 2,84	0,446449
СОЭ, мм/ч	24,49 \pm 1,05	26,88 \pm 0,82	0,076
С-реактивный белок, мг/л	9,61 \pm 0,9	11,51 \pm 0,72	0,102
Уровень повреждения суставов (метод Larsen)	4,98 \pm 0,81	10,69 \pm 0,73*	<0,001

Таблиця 2

Корреляційні зв'язи между уровнем повреждения суставов и лабораторными показателями

Показатели	Группа 1	Группа 2
РФ, МЕ/мл	0,18	0,07
Анти-ЦЦП, Ед/мл	0,02	0,19
С-РБ, мг/л	0,34 (p=0,041)	0,31 (p=0,045)
СОЭ, мм/ч	0,36 (p=0,037)	0,52 (p=0,015)
Ср. длительность заболевания, мес.	0,08	0,39 (p=0,041)

Таблиця 3

Сравнительная оценка уровня повреждения суставов у пациентов в зависимости от наличия ревматоидного фактора и антител к циклическому цитруллинированному пептиду

		Уровень повреждения суставов		р
Группа 1	РФ, МЕ/мл	Позит.	5,10±0,14	p=0,23
		Негат.	4,23±0,13	
	Анти-ЦЦП, Ед/мл	Позит.	5,21±0,11	p<0,05
		Негат.	3,81±0,09	
Группа 2	РФ, МЕ/мл	Позит.	10,38±0,41	p=0,33
		Негат.	8,97±0,52	
	Анти-ЦЦП, Ед/мл	Позит.	10,64±0,48	p<0,05
		Негат.	7,62±0,39	

общей популяции обследованных лиц.

Обсуждение результатов

РА является хроническим воспалительным заболеванием со структурно-функциональными изменениями со стороны суставов. На сегодняшний день не существует единой этиологической точки зрения, большинство исследователей склоняются к генетической предрасположенности и влиянию факторов окружающей среды, среди которых большое значение отводится курению [19].

Деструкция суставов, которая встречается при данном заболевании, приводит к снижению качества жизни пациентов, а также необходимости социального обслуживания, поэтому ранняя диагностика заболевания с целью как можно более раннего назначения патогенетической терапии очень важна при оценке отдаленных результатов лечения [7, 27]. Среди общепринятых критериев диагностики РА присутствуют клинические симптомы, а также РФ [1]. Отсутствие выраженной клиники заболевания делает трудным проведение дифференциальной диагностики заболевания, развитие воспаления в полости сустава приводит к его повреждению. Чувствительность и специфичного РФ недостаточна, поэтому использование данного показателя в качестве диагностического маркера РА является нецелесообразным [6, 9, 11]. Недавно проведенные исследования показали, что лишь раннее назначение терапии РА может замедлить патологические изменения в суставах [15, 16, 18, 26]. Клиника РА часто оста-

ется смазанной на ранних этапах заболевания, поэтому терапия не назначается вовремя, что приводит к необратимым изменениям со стороны суставов. РФ включен в критерии диагностики, поскольку он отражает суставные повреждения, а также коррелирует с уровнем нетрудоспособности. Высокую специфичность для РА имеют антиперинуклеарный фактор и антикератиновые антитела, однако они не используются для диагностики из-за трудности технического выполнения методики [17, 28, 29].

Последнее время для диагностики РА используются анти-ЦЦП – у больных с РА в крови появляются антитела, которые образуются на белковые молекулы, содержащие в составе аминокислоту – цитруллин. В процессе жизненного цикла клетки ряд белков модифицируются (например, фибриноген, виментин и филаггрин, образующийся из профилаггина, содержащегося в кератогиалиновых гранулах). Цитруллинирование – процесс, в котором формируются цитруллинсодержащие белки. Цитруллин является аминокислотой, представленной широко в органах и тканях, но в то же время является «нестандартной» аминокислотой, поскольку не включается в белок при его синтезе. Цитруллинсодержащие белки образуются в процессе посттрансляционной модификации аргининовых остатков в реакции, катализируемой ферментом пептидил-аргининдеиминазой.

У больных с РА было выявлено несколько аутоантител, направленных против белков, содержащих цитруллин. Первым таким аутоанти-

телом стал антиперинуклеарный фактор – АПФ (Nienhuis R.L., et al. 1964). Этот антиген представлен в кератогиалиновых гранулах, окружающих ядро клеток слизистой оболочки полости рта человека. Позднее в сыворотке больных с РА были обнаружены антикератиновые антитела (см. «Антикератиновые антитела (АКА)») и установлено, что антиперинуклеарный фактор (см. «Антиперинуклеарный фактор») и антикератиновые антитела специфически связывают филаггрин, в котором главной антигенной детерминантой (мишенью) для этих антител является цитруллин. Но, поскольку, в суставе филаггрина нет, то скорее всего аутоантитела, реагирующие с ним, только отражают перекрестную иммунологическую реакцию. Наиболее вероятными иммуногенами являются цитруллинированные α - и β -цепи фибрина в синовиальной ткани. Наряду с АЦЦП семейство антител к цитруллинсодержащим белкам включает антиперинуклеарный фактор (АПФ), антикератиновые антитела (АКА), антифилаггриновые антитела (АФА), антитела к цитруллинированному фибриногену (АЦФ) и антитела к модифицированному цитруллинированному виментину (Sa-антигену) (АМЦВ).

Для эффективной диагностики РА был разработан метод иммуноферментного определения антител к цитруллинсодержащим белкам – производным филаггрина, в котором в качестве антигенной субстанции используется синтетический циклический цитруллинированный пептид. В организме цитруллин, непосредственно, образуется из орнитина в цикле мочевины (Аргинин \rightarrow Орнитин \rightarrow Цитруллин \rightarrow Аргининосукцинат \rightarrow Аргинин). Процесс цитруллирования можно расценивать как признак воспаления соединительной ткани. Группа антител, образующаяся к цитруллированным белкам человека, высокоспецифична при ревматоидном артрите [22].

В ряде работ [3] показана чувствительность анти-ЦЦП 40–94%, специфичность 81–100% при РА. Аутоантитела тесно коррелируют с развитием РА из недифференцированного артрита и имеют высокую чувствительность. Высокая

специфичность свидетельствует о том, что анти-ЦЦП находятся в патогенетической цепочке РА. По данным А. Suzuki и соавт. [24], один гаплотип пептидиларгининдеиминазы 4 типа у лиц с РА выявляется более часто, чем среди практически здоровых людей. При РА белки легко цитруллинируются и являются причиной аутоиммунной реакции в полости сустава. В другом исследовании [5] отмечен более высокий уровень анти-ЦЦП в синовиальной жидкости пациентов с РА в сравнении с лицами, страдающими остеоартрозом или псориатическим артритом. По мнению К. Forslind и соавт. [8], анти-ЦЦП коррелировали с высоким исходным уровнем повреждения суставов, а также аналогичным показателем через 2 года наблюдения среди почти 400 пациентов с ранним РА с длительностью заболевания при первичном обследовании до 1 года.

В нашем исследовании уровень повреждения суставов был достоверно выше у лиц с наличием анти-ЦЦП в сравнении с группой лиц с позитивным РФ. Не было выявлено взаимосвязи между анти-ЦЦП и уровнем повреждения суставов, но выраженность эрозивных изменений в полости сустава была статистически значимо выше при наличии анти-ЦЦП, чем при его отсутствии как при раннем, так и манифестном вариантах РА.

В нашем исследовании не было выявлено изменений между уровнем повреждения суставов и наличием анти-ЦЦП в общей популяции исследованных нами лиц. Таким образом, полученные в данном исследовании результаты свидетельствуют о том, что включение анти-ЦЦП в диагностические критерии может способствовать ранней диагностике РА и назначению агрессивной терапии РА на самых ранних этапах развития до повреждения со стороны суставов. Анти-ЦЦП включены в критерии диагностики РА, а также могут использоваться в качестве маркеров тяжести патологического процесса [12, 25, 30], имеющий высокую диагностическую точность и может применяться как современный высокоинформативный лабораторный маркер ревматоидного процесса.

Литература

1. Arnett F. C. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis / Arnett F. C., Edworthy S. M., Bloch D. A. et al. // *Arthritis Rheum.* – 1988. – Vol. 31. – P. 315–324.
2. Ates A. Predictive value of antibodies to cyclic citrullinated peptide in patients with early arthritis / Ates A., Karaaslan Y., Aksaray S. // *Clin. Rheumatol.* – 2007. – Vol. 26. – P. 499–504.
3. Avouac J. Diagnostic and predictive value of anti-cyclic citrullinated protein antibodies in rheumatoid arthritis: a systematic literature review / Avouac J., Gossec L., Dougados M. // *Ann. Rheum. Dis.* – 2006. – Vol. 65. – P. 845–851.
4. Bongi S. M. Anti-cyclic citrullinated peptide antibodies are highly associated with severe bone lesions in rheumatoid arthritis anti-CCP and bone damage in RA / Bongi S. M., Manetti R., Melchiorre D. et al. // *Autoimmunity.* – 2004. – Vol. 37. – P. 495–501.
5. Caspi D. Synovial fluid levels of anticyclic citrullinated peptide antibodies and IgA rheumatoid factor in rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis, and osteoarthritis / Caspi D., Anouk M., Golan I. et al. // *Arthritis Rheum.* – 2006. – Vol. 55. – P. 53–56.

6. De Rycke L. Rheumatoid factor and anticitrullinated protein antibodies in rheumatoid arthritis: diagnostic value, associations with radiological progression rate, and extra-articular manifestations / De Rycke L., Peene I., Hoffman I. E. et al. // *Ann. Rheum. Dis.* – 2004. – Vol. 63. – P. 1587–1593.
7. Emery P. The Roche Rheumatology Prize Lecture. The optimal management of early rheumatoid disease: the key to preventing disability / Emery P. // *Br. J. Rheumatol.* – 1994. – Vol. 33. – P. 765–768.
8. Forslind K. BARFOT Study Group. Prediction of radiological outcome in early rheumatoid arthritis in clinical practice: role of antibodies to citrullinated peptides (anti-CCP) / Forslind K., Ahlmen M., Eberhardt K. et al. // *Ann. Rheum. Dis.* – 2004. – Vol. 63. – P. 1090–1095.
9. Hoffman I. E. Diagnostic performance and predictive value of rheumatoid factor, anti-citrullinated peptide antibodies, and the HLA shared epitope for diagnosis of rheumatoid arthritis / Hoffman I. E., Peene I., Pottel H. et al. // *Clin. Chem.* – 2005. – Vol. 51. – P. 261–263.
10. Kvien T. K. Epidemiology and burden of illness of rheumatoid arthritis / Kvien T. K. // *Pharmacoeconomics.* – 2004. – Vol. 22, Suppl.1. – P. 1–12.
11. Lee D. M. Clinical utility of the anti-CCP assay in patients with rheumatic diseases / Lee D. M., Schur P. H. // *Ann. Rheum. Dis.* – 2003. – Vol. 62. – P. 870–874.
12. Liao K. P. Anticyclic citrullinated peptide revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis / Liao K. P., Batra K. L., Chibnik L. et al. // *Ann. Rheum. Dis.* – 2008. – Vol. 67. – P. 1557–1561.
13. Lindqvist E. Prognostic laboratory markers of joint damage in rheumatoid arthritis / Lindqvist E., Eberhardt K., Bendtzen K. et al. // *Ann. Rheum. Dis.* – 2005. – Vol. 64. – P. 196–201.
14. Meyer O. Serial determination of cyclic citrullinated peptide autoantibodies predicted five-year radiological outcomes in a prospective cohort of patients with early rheumatoid arthritis / Meyer O., Nicaise-Roland P., Santos M. D. et al. // *Arthritis Res. Ther.* – 2006. – Vol. 8. – P. 40.
15. Nell V. P. Autoantibody profiling as early diagnostic and prognostic tool for rheumatoid arthritis / Nell V. P., Machold K. P., Stamm T. A. et al. // *Ann. Rheum. Dis.* – 2005. – Vol. 64. – P. 1731–1736.
16. Nell V. P. Benefit of very early referral and very early therapy with disease-modifying anti-rheumatic drugs in patients with early rheumatoid arthritis / Nell V. P., Machold K. P., Eberl G. et al. // *Rheumatology (Oxford).* – 2004. – Vol. 43. – P. 906–914.
17. Nienhuis R. L. A new serum factor in patients with rheumatoid arthritis; the antiperinuclear factor / Nienhuis R. L., Mandema E. // *Ann. Rheum. Dis.* – 1964. – Vol. 23. – P. 302–305.
18. O'Dell J. R. Therapeutic strategies for rheumatoid arthritis / O'Dell J. R. // *N. Engl. J. Med.* – 2004. – Vol. 350. – P. 2591–2602.
19. Padyukov L. A geneenvironment interaction between smoking and shared epitope genes in HLA-DR provides a high risk of seropositive rheumatoid arthritis / Padyukov L., Silva C., Stolt P. et al. // *Arthritis Rheum.* – 2004. – Vol. 50. – P. 3085–3092.
20. Quinn M. A. Anti-CCP antibodies measured at disease onset help identify seronegative rheumatoid arthritis and predict radiological and functional outcome / Quinn M. A., Gough A. K., Green M. J. et al. // *Rheumatology (Oxford).* – 2006. – Vol. 45. – P. 478–480.
21. Rau R. A modified version of Larsen's scoring method to assess radiologic changes in rheumatoid arthritis / Rau R., Herborn G. J. // *Rheumatol.* – 1995. – Vol. 22. – P. 1976–1982.
22. Schellekens G. A. Citrulline is an essential constituent of antigenic determinants recognized by rheumatoid arthritis-specific autoantibodies / Schellekens G. A., de Jong B. A., van den Hoogen F. H. et al. // *J. Clin. Invest.* – 1998. – Vol. 101. – P. 273–281.
23. Shmerling R. H. Testing for anti-cyclic citrullinated peptide antibodies: is it time to set this genie free? / Shmerling R. H. // *Arch. Intern. Med.* – 2009. – Vol. 169 – P. 9–14.
24. Suzuki A. Functional haplotypes of PADI4, encoding citrullinating enzyme peptidylarginine deiminase 4, are associated with rheumatoid arthritis / Suzuki A., Yamada R., Chang X. et al. // *Nat. Genet.* – 2003. – Vol. 34. – P. 395–402.
25. Syversen S. W. Testing of the OMERACT 8 draft validation criteria for a soluble biomarker reflecting structural damage in rheumatoid arthritis: a systematic literature search on 5 candidate biomarkers / Syversen S. W., Landewe R., van der Heijde D. et al. // *J. Rheumatol.* – 2009. – Vol. 36. – P. 1769–1784.
26. van Aken J. Radiological outcome after four years of early versus delayed treatment strategy in patients with recent onset rheumatoid arthritis / van Aken J., Lard L. R., le Cessie S. et al. // *Ann. Rheum. Dis.* – 2004. – Vol. 63. – P. 274–279.
27. van der Heide A. The effectiveness of early treatment with «second-line» antirheumatic drugs: a randomized, controlled trial / van der Heide A., Jacobs J. W., Bijlsma J. W. et al. // *Ann. Intern. Med.* – 1996. – Vol. 124. – P. 699–707.
28. Vincent C. Anti-perinuclear factor compared with the so called «antikeratin» antibodies and antibodies to human epidermis filaggrin, in the diagnosis of arthritides / Vincent C., de Keyser F., Masson-Bessiere C. et al. // *Ann. Rheum. Dis.* – 1999. – Vol. 58. – P. 42–48.
29. Young B. J. Antikeratin antibodies in rheumatoid arthritis / Young B. J., Mallya R. K., Leslie R. D. et al. // *Br. Med. J.* – 1979. – Vol. 2. – P. 97–99.
30. Zhao J. Significance of anti-CCP antibodies in modification of 1987 ACR classification criteria in diagnosis of rheumatoid arthritis / Zhao J., Liu X., Wang Z., Li Z. // *Clin. Rheumatol.* – 2010. – Vol. 29. – P. 33–38.

ПАТОГЕНЕТИЧНІ ПАРАЛЕЛІ АУТОІМУННИХ ПРОЦЕСІВ І ДЕСТРУКТИВНИХ ЗМІН СУГЛОБОВИХ СТРУКТУР НА РАННІХ СТАДІЯХ РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ

Рекалов Д. Г.

Національний науковий центр «Інститут кардіології імені академіка М. Д. Стражеска»

При обстеженні 108 пацієнтів з ранніми проявами ревматоїдного артриту з використанням лабораторних та інструментальних методів дослідження показано значимість оцінки рівня антитіл до цитрулінованого пептиду для ранньої діагностики захворювання, своєчасності призначення патогенетично зумовленої терапії, виявлений взаємозв'язок між рівнем даних антитіл та явищами суглобової деструкції в більш пізні періоди захворювання.

Ключові слова: ревматоїдний артрит, рання діагностика, антитіла до цитрулінованого пептиду.

PPROACHES TO DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF THE PENETRATING INJURIES OF STOMACH

Rekalov D. G.

National Science Center "Institute of Cardiology, Academician MD Strazhesko"

The importance of assessment of a level of antibodies to citrullinated peptide for early diagnostics of rheumatoid arthritis, timeliness of pathogenic therapy prescription was shown in 108 patients with short duration of disease. The relation between a level of these antibodies and signs of joint destruction during the more recent periods of disease was revealed.

Keywords: rheumatoid arthritis, early diagnostics, antibodies to citrullined peptide.

АНАЛІЗ ОСТАННІХ ЗМІН В ЗАКОНІ УКРАЇНИ «ОСНОВИ ЗАКОНОДАВСТВА УКРАЇНИ ПРО ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я» ЩОДО НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Курило Т. М.

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

В статті проаналізовані останні зміни до закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» щодо надання медичної допомоги. Ці зміни стосуються системи стандартів та порядку надання медичної допомоги, джерел та особливостей фінансування різних типів медичних закладів тощо.

Ключові слова: охорона здоров'я, законодавство України, медична допомога.

В нещодавно прийнятому Законі України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» [2] вводиться ряд нових понять і положень, які потребують наукового осмислення та узагальнення, що і стало метою даного дослідження.

Матеріали та методи дослідження

Об'єкт дослідження: офіційні документи України, що регулюють надання медичної допомоги.

Методи дослідження: системний підхід, аналіз офіційних джерел, юридичний аналіз.

Результати та обговорення

Нині в Україні діє понад 30 загальних та 14 спеціальних законів, що регулюють надання медичної допомоги. Ключовим із них вважається Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», 1992 (далі «Основи законодавства»).

У 2004 році була прийнята Загальнодержавна програма адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу [3]. В даному документі зазначено, що на першому етапі виконання Програми пріоритетними сферами, в яких здійснюється адаптація законодавства України, є, поміж іншого, охорона здоров'я та життя людей.

Частина положень даного документу в сфері надання медичної допомоги були реалізовані в 2011 році шляхом внесення змін до 17 статей «Основ законодавства», які набули чинності з 1 січня 2012 року (далі Зміни) [2].

Щодо нових понять, то Змінами вводиться

система стандартів у сфері охорони здоров'я, які пропонується поділяти на державні соціальні нормативи та галузеві стандарти.

Державні соціальні нормативи у сфері охорони здоров'я встановлюються відповідно до Закону України «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії», 2000.

Галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я відповідно до Змін пропонується вважати стандарт медичної допомоги, клінічний протокол, таблиць матеріально-технічного оснащення та лікарський формуляр. Розглянемо кожне із цих понять.

Стандарт медичної допомоги або медичний стандарт – сукупність норм, правил і нормативів, а також показники (індикатори) якості надання медичної допомоги відповідного виду, які розробляються з урахуванням сучасного рівня розвитку медичної науки і практики.

Нормативи надання медичної допомоги за різними спеціальностями та показники якості медичної допомоги були затверджені наказом Міністерства охорони здоров'я України (МОЗ) від 28 грудня 2002 № 507 [5].

Клінічний протокол – уніфікований документ, який визначає вимоги до діагностичних, лікувальних, профілактичних та реабілітаційних методів надання медичної допомоги та їх послідовність.

Вищезазначеним наказом затверджено також 38 клінічних протоколів при ряді станів, що потребують надання медичної допомоги.

Табель матеріально-технічного оснащення – документ, що визначає мінімальний перелік обладнання, устаткування та засобів, необхідних для оснащення конкретного типу закладу охорони здоров'я, його підрозділу, а також для забезпечення діяльності фізичних осіб – підприємців,

що провадять господарську діяльність з медичної практики за певною спеціальністю (спеціальностями).

Наявність табеля оснащення виробами медичного призначення лікувальних та діагностичних кабінетів амбулаторно-поліклінічних закладів, стаціонарних відділень лікарень є однією з ліцензійних умов, відповідно до наказу МОЗ України «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики» від 02.02.2011 N 49.

Лікарський формуляр – перелік зареєстрованих в Україні лікарських засобів, що включає ліки з доведеною ефективністю, допустимим рівнем безпеки, використання яких є економічно прийнятним.

Передбачено, що галузеві стандарти у сфері охорони здоров'я розробляються і затверджуються МОЗ України [2].

Зміни до Основ законодавства про охорону здоров'я торкнулися також класифікації медичної допомоги.

Якщо в попередній редакції Закону [1] виділяли первинну, вторинну та третинну лікувально-профілактичну допомогу, то в оновленій редакції [2] відбувається поділ медичної допомоги на екстрену, первинну, вторинну (спеціалізовану), третинну (високоспеціалізовану), паліативну допомогу та медичну реабілітацію (ст. 33). А в ст. 35. наводиться визначення нововведених понять:

1) **екстрена медична допомога** – медична допомога, що передбачає здійснення ряду організаційних, діагностичних та лікувальних заходів з надання своєчасної медичної допомоги пацієнтам та постраждалим особам, які перебувають у невідкладному стані;

2) **паліативна допомога** – надається пацієнтам на останніх стадіях перебігу невиліковних захворювань, і включає комплекс заходів, спрямованих на полегшення фізичних та емоційних страждань пацієнтів, а також надання психосоціальної і моральної підтримки членам їх сімей;

3) **медична реабілітація** – вид медичної допомоги, що надається пацієнтам в амбулаторних або стаціонарних умовах і включає систему медичних та інших заходів, спрямованих на відновлення порушених чи втрачених функцій організму особи, на виявлення та активізацію компенсаторних можливостей організму з метою створення умов для повернення особи до нормальної життєдіяльності, на профілактику ускладнень та рецидивів захворювання.

Також в новій редакції закону вводиться поняття **госпітальних округів**.

З метою забезпечення належної якості та доступності безоплатної вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги та ефективного використання ресурсів системи охорони здоров'я Україні створюються госпітальні округи. Поряд-

док їх створення встановлюється Кабінетом Міністрів України.

Інноваційними у прийнятій редакції видаються **положення про вільний вибір лікаря і лікувального закладу**.

В ст. 38 зазначене право викладено наступним чином: «Кожний пацієнт, який досяг чотирнадцяти років і який звернувся за наданням йому медичної допомоги, має право на вільний вибір лікаря, якщо останній може запропонувати свої послуги, та вибір методів лікування відповідно до його рекомендацій».

Кожний пацієнт має право, коли це виправдано його станом, бути прийнятим у будь-якому закладі охорони здоров'я за своїм вибором, якщо цей заклад має можливість забезпечити відповідне лікування».

Пацієнт вправі вимагати заміни лікаря (ст. 33 Змін).

В п. 2 ст. 284 Цивільного кодексу України [6] також говориться про те, що фізична особа, яка досягла чотирнадцяти років і яка звернулася за наданням їй медичної допомоги, має право на вибір лікаря та вибір методів лікування відповідно до його рекомендацій.

А от в ст. 35 Змін відбувається диференціація цього права в залежності від виду медичної допомоги. Так, лікуючий лікар з надання **первинної медичної допомоги** обирається пацієнтом у порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я (ст. 35-1).

Лікуючого лікаря з надання **вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги** в закладі охорони здоров'я, що забезпечує надання такої допомоги, визначає керівник цього закладу або уповноважена ним на прийняття відповідних рішень особа (ст. 35-2, 35-3)».

Як бачимо, при зверненні за спеціалізованою і високоспеціалізованою медичною допомогою особа позбавляється права на вибір лікаря. А при зверненні за первинною медичною допомогою дане право обмежується порядком, який може встановлювати та змінювати МОЗ України.

В зв'язку з цим виникає запитання: Чи не є дані положення порушенням права особи на вільний вибір лікаря і лікувального закладу?

Крім того, значна увага в Змінах приділяється питанням фінансування, зокрема, запровадженню договірних відносин при наданні медичної допомоги (ст. 18): медична допомога надається безоплатно за рахунок бюджетних коштів у закладах охорони здоров'я, з якими головними розпорядниками бюджетних коштів укладені договори про медичне обслуговування населення.

Далі в законі дане положення набуває наступної деталізації. Так, **первинна, вторинна та третинна медична допомога** надається безоплатно

в закладах охорони здоров'я, що забезпечують надання такої допомоги, з якими головний розпорядник бюджетних коштів уклав договір про медичне обслуговування населення.

Вторинна (спеціалізована) медична допомога надається відповідно до медичних показань за направленням лікуючого лікаря з надання первинної медичної допомоги або лікуючого лікаря закладу охорони здоров'я, що забезпечує надання вторинної (спеціалізованої) чи третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

Третинна (високоспеціалізована) медична допомога надається відповідно до медичних показань за направленням лікуючого лікаря з надання первинної чи вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги або закладу охорони здоров'я, який забезпечує надання первинної, вторинної (спеціалізованої) чи третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, у тому числі й іншої спеціалізації.

Без направлення **вторинна** (спеціалізована) медична допомога відповідно до медичних показань надається безоплатно закладами охорони здоров'я, з якими укладено договори про медичне обслуговування населення, пацієнтам, які звернулися до акушера-гінеколога, стоматолога, педіатра, та пацієнтам із хронічними захворюваннями, які перебувають на диспансерному обліку в цьому закладі охорони здоров'я.

Без направлення **третинна** (високоспеціалізована) медична допомога надається безоплатно відповідно до медичних показань у закладах охорони здоров'я, з якими укладені договори про медичне обслуговування населення, пацієнтам із хронічними захворюваннями, які перебувають на диспансерному обліку у відповідному високоспеціалізованому багатoproфільному або однопрофільному закладі охорони здоров'я.

Без направлення вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) медична допомога відповідно до медичних показань також надається безоплатно в закладах охорони здоров'я, що забезпечують надання вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) допомоги, пацієнтам, які перебувають у **невідкладному стані**.

Паліативна допомога надається безоплатно за направленням закладу охорони здоров'я, в якому пацієнтові надавалася вторинна (спеціалізована) чи третинна (високоспеціалізована) медична допомога, з яким укладено договір про медичне обслуговування населення.

Медична реабілітація здійснюється безоплатно державними та комунальними закладами охорони здоров'я, з якими укладено договори

про медичне обслуговування населення, за направленням відповідно до медичних показань державного чи комунального закладу охорони здоров'я, в якому пацієнтові надавалася вторинна (спеціалізована) чи третинна (високоспеціалізована) медична допомога.

У викладеній редакції положень закону виникає ряд дискусійних запитань.

Наприклад, «Міжнародний кодекс медичної етики» [4] передбачає наступне зобов'язання лікуючого лікаря щодо хворих: «Якщо лікар не має можливості провести обстеження або лікування, він повинен залучити іншого лікаря, у якого такі можливості є». Дане положення є загальноновизнаним і загальнозрозумілим.

Запитання:

– чи завжди керуються даним положенням лікарі, що надають первинну медичну допомогу, чи завжди вони направляють хворих при необхідності для надання спеціалізованої і високоспеціалізованої медичної допомоги;

– чи несуть відповідальність лікарі у разі не направлення хворих, які потребують спеціалізованої, високоспеціалізованої, паліативної допомоги, чи медичної реабілітації;

– і як в такому разі повинні діяти хворі, які потребують такої допомоги, але мають обмежені фінансові можливості;

– у разі направлення приватними закладами на медичну реабілітацію до державних та комунальних закладів охорони здоров'я така допомога буде надаватися з оплатою?

Тому, на нашу думку, зазначені зміни потребують осмислення та розробки детальних коментарів щодо застосування цих норм.

Висновки

В результаті дослідження було встановлено, що останні зміни в «Основах законодавства» наближають суспільство України до цінностей, задекларованих ВООЗ в сфері охорони здоров'я щодо підвищення якості надання медичної допомоги.

Ці зміни, зокрема, стосуються системи стандартів та порядку надання медичної допомоги, джерел та особливостей фінансування різних типів медичних закладів тощо.

Були виявлені сучасні міжнародні підходи до надання медичної допомоги. Для їх впровадження і ефективного використання на місцях потрібно розробити детальні науково-практичні коментарі, підзаконні нормативні акти, методичні рекомендації та інструкції, які дозволять фахівцям охорони здоров'я знайти відповіді на свої запитання в процесі застосування.

Література

1. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 року N 2801-XII // ВВР, 1993, № 4, ст. 19.
2. Закон України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 7 липня 2011 року N 3611-VI - <http://zakon1.rada.gov.ua>.
3. Закон України «Про Загальнодержавну програму адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу» від 18 березня 2004 року, № 1629-IV // ВВР, 2004, №29, ст. 367.
4. Міжнародний кодекс медичної етики від 1 жовтня 1949 року. Всесвітня медична асоціація. – <http://zakon1.rada.gov.ua>.
5. Наказ МОЗ «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги» від 28 грудня 2002 № 507. – www.moz.gov.ua.
6. Цивільний кодекс України від 16.01.2003 № 435-IV – <http://zakon1.rada.gov.ua>.

АНАЛИЗ ПОСЛЕДНИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ЗАКОНЕ УКРАИНЫ «ОСНОВЫ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА УКРАИНЫ О ЗДРАВООХРАНЕНИИ» ОТНОСИТЕЛЬНО ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Курило Т. Н.

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П. Л. Шупика

В статье проанализированы последние изменения к закону Украины «Основы законодательства Украины о здравоохранении» относительно предоставлении медицинской помощи. Эти изменения касаются системы стандартов и порядка оказания медицинской помощи, источников и особенностей финансирования различных типов медицинских учреждений и т. п.

Ключевые слова: здравоохранение, законодательство Украины, медицинская помощь.

ANALYSIS OF RECENT CHANGES IN LAW OF UKRAINE «FUNDAMENTALS OF THE LEGISLATION OF UKRAINE ON HEALTH CARE» CONCERNING OF MEDICAL CARE

Kurylo T. N.

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

Recent changes to the Law of Ukraine «Fundamentals of the Legislation of Ukraine on Health Care» concerning of medical care providing were analyzed in the article. These amendments are concerning the system of standards and procedures for providing medical care, sources and peculiarities of financing of different types of medical institutions etc.

Keywords: health care, the legislation of Ukraine, medical care.

РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ЙОГО НАСЛІДКИ ЩОДО МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАЦЮЮЧИХ

Крекотень О. М.

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

У статті обговорюються проблеми медичного забезпечення працівників, які виникли з переходом системи охорони здоров'я в умови ринкової економіки, що негативно вплинуло на стан здоров'я працюючого населення.

Ключові слова: медичне забезпечення, працівники, система охорони здоров'я.

Проблемними питаннями профпатологічної служби в Україні є недосконалість законодавчо-правового забезпечення надання первинної та спеціалізованої медичної допомоги працюючому населенню, недостатність фінансування наукових розробок щодо вдосконалення діагностики, лікування, медичної профілактики професійних захворювань, прогнозування впливу, гігієнічного нормування і регламентування пріоритетних факторів ризику виробництва на здоров'я працюючих, а також незабезпеченість матеріально-технічної бази медичних установ відповідного профілю ускладнюють вирішення загальних проблем професійної патології [1].

Економічний збиток, пов'язаний з втратою трудового потенціалу, відшкодуванням компенсацій у зв'язку з втратою працездатності, медичними витратами на лікування та реабілітацію хворих, а також відтворенням робочої сили, робить проблему профілактики і ранньої діагностики професійних захворювань однією з пріоритетних у сфері медицини праці та системі охорони здоров'я, як в Україні, так і на міжнародному рівні.

Професійна захворюваність формується тільки в системі «людина – умови праці» за рахунок впливу багатьох чинників на організм людини та іноді є вирішальними щодо можливості виникнення професійного захворювання.

В Україні набуто значного досвіду щодо вивчення дії небезпечних та шкідливих умов праці на здоров'я працюючих, наукового обґрунтування гігієнічних нормативів та регламентів; відпрацьовано процедуру встановлення зв'язку захворювання з умовами праці, проте рівень виявленої профзахворюваності в Україні в кілька разів нижче, ніж у розвинених країнах Європи (Данія, Швеція, Ісландія, Норвегія та інші) [2].

На повноту виявлення впливають також різні системи медичного обслуговування працюючих, конфлікт інтересів постраждалих та роботодавців, незацікавленість страхових компаній, непослідовність в діяльності фондів. Часто вирішаль-

не значення має різниця в системах компенсацій за втрату працездатності та здоров'я внаслідок професійного захворювання. Звичайно ці питання є більш складними в країнах з перехідною економікою та в країнах, що розвиваються в порівнянні з США, Канадою, країнами ЄС та Японією.

Дослідження глибинних причин усієї сукупності цих факторів є нагальною потребою через те, що лише інформація, яка відображає реальний стан профзахворюваності, може стати надійною основою державної політики планування медичного і соціального обслуговування працюючого населення [2].

Загальновідомо, що неблагополуччя у сфері здоров'я, високі показники смертності працюючого населення є значущими чинниками, які гальмують розвиток держави і перешкоджають економічному зростанню, оскільки хворі люди мають менше можливостей для освітньо-професійної самореалізації, не можуть забезпечити високу продуктивність праці, працюючи, не мають змоги повноцінно виконувати свої трудові функції, а оплата листків непрацездатності та вихід на інвалідність потребують додаткових видатків коштів з бюджету. Тому будь-які економічні реформи в Україні не в змозі забезпечити нову якість економічного зростання в умовах, коли значна частина населення хвора і третина з нього не доживає до завершення періоду трудової діяльності (65 років) [3].

За визначенням ВООЗ, сучасна система охорони здоров'я має забезпечувати доступність медичних послуг для тих, хто її найбільш потребує, характеризуватися високою якістю і безпечністю медичних послуг та забезпечувати максимально можливі результати для здоров'я на популяційному рівні. Сьогодні, за даними ВООЗ, система охорони здоров'я за умови її ефективної організації може забезпечити зниження рівня загальної смертності населення віком до 75 років – на 23% у чоловіків і на 32% у жінок [4].

Можливості впливу системи охорони здоров'я

на громадське здоров'я використовуються вкрай недостатньо, про що свідчать матеріали широко-масштабного дослідження запобіжної смертності в Україні, проведеного Українським центром соціальних реформ. Так, за період 1995–2006 рр. позитивна динаміка смертності серед населення працездатного віку цілком залежала від невідповідної профілактики. Водночас смертність від причин, які можливо нейтралізувати діями системи охорони здоров'я не змінилася або навіть зросла. Відсутність, незважаючи на збільшення фінансування галузі, позитивної динаміки показників смертності від причин, на які охорона здоров'я, за умов своєчасної діагностики та якісного лікування, може впливати, свідчить, що вплив системи охорони здоров'я не лише не збільшується, а навіть зменшується [4].

За матеріалами низки досліджень, головною перешкодою для кращого функціонування системи охорони здоров'я в Україні є неефективність її структури на всіх рівнях системи медичного обслуговування, що заважає наданню медичних послуг, які відповідають потребам населення в медичній допомозі.

Населення невдоволено якістю надання медичної допомоги, за даними соціологічних опитувань – більшість опитаних оцінили якість послуг як низьку, що в свою чергу обмежує можливості впливу на їх здоров'я [4].

Н. М. Орлова та В. Л. Корецький указують на те, що залишаються проблеми і з доступністю послуг лікарів. У трьох із семи домогосподарств хворі не мали змоги відвідати лікаря у разі потреби. У чотирьох з п'яти таких випадків опитані пояснили це високою вартістю послуг, у кожному десятому – відсутністю медичного спеціаліста потрібного профілю (у сільській місцевості – 16%), у кожному одинадцятому – занадто довгою чергою. Майже кожне п'яте домогосподарство, члени яких потребували, але не отримали медичної допомоги, повідомило про випадки недоступності для хворих членів родини необхідного лікування у стаціонарних лікувальних установах. Майже усі такі домогосподарства вказали, що вимушена відмова від належного лікування викликана занадто високою його вартістю [5, 6].

В Україні існують значні розбіжності в можливостях отримання медичної допомоги для різних верств населення. Достовірні свідчення про нерівність у наданні медичної допомоги мають вельми обмежений характер і дотепер не виступали предметом всебічного аналізу.

Іншою серйозною проблемою, за даними соціологічного дослідження, проведеного у 2005 р., є показник звертання за медичною допомогою: в країні кожен третій українець (33,1%) протягом року жодного разу не звертався до лікаря. Це найвищий показник серед 24 європейських країн, що взяли участь в загальноєвропейському моніторинговому проекті «Європейське соціоло-

гічне дослідження» [7].

Дослідження масштабів і мотивів відкладання звертань за медичною допомогою показало, що у разі захворювання 40,5% опитаних намагались, за можливості, не звертатися до лікарів для отримання професійної медичної допомоги, 35,0% готові відкласти звертання за причинами високої вартості ліків, предметів домашнього використання і послуг охорони здоров'я [7].

Простежується взаємозв'язок відкладання звертання за медичною допомогою із незадоволеністю якістю медичного обслуговування. Населення України дуже критично оцінює стан національної охорони здоров'я – $2,82 \pm 2,11$ за 10-бальною шкалою [7].

Істотний вплив на частоту відкладання звертання за медичною допомогою внаслідок низької її якості мали такі причини: освіта, рівень доходів і тип поселення.

Частка городян, що звернулися, була вищою, ніж сільських жителів (відповідно 81,4 і 70,3%), що зумовлено як вищим рівнем економічного благополуччя міських жителів, так і кращою фізичною доступністю медичної допомоги в містах [7].

Введення нових умов господарювання з використанням принципів ринкової економіки, недостатній об'єм фінансування територіальних програм державних гарантій забезпечення населення медичною допомогою, введення платних медичних послуг, поява лікувально-профілактичних установ з різними організаційно-правовими нормами негативним чином відбилися на здоров'ї більшості соціальних груп населення, зокрема осіб, що працюють в умовах постійної дії небезпечних і шкідливих виробничих чинників і хворих професійними захворюваннями [8].

У зв'язку з переходом вітчизняної охорони здоров'я на принцип фінансування одного мешканця, медичне обслуговування працівників промислових підприємств сьогодні перекладено на загальну лікарняну мережу. Практично припинили свою роботу медико-санітарні частини, що обслуговували працівників зайнятих у шкідливих і небезпечних умовах виробництва. Відбулось скорочення посад цехових лікарів і середнього медичного персоналу, втрачаються спеціальні знання і професійні навички медичних працівників. Дільничний або сімейний лікар, на якого покладено медичне обслуговування працівників, не має відповідної підготовки з питань професійної патології і гігієни праці [9].

Серйозною залишається проблема якості проведення профілактичних медичних оглядів економічно активного населення. У кожного четвертого хворого хронічне профзахворювання діагностовано при зверненні за медичною допомогою. Зберігається висока частка хворих з профзахворюваннями, діагностованими на пізніх стадіях [8], що пов'язано, насамперед, зі скороченням на 60% медичних установ і на 25,0%

чисельності медичного персоналу, діяльність яких спрямовувалась на надання медичної допомоги даній верстві населення, значним зменшенням (майже на 70%) медичних ресурсів для відновлення та зміцнення здоров'я працівників [10, 11].

Спадкості між стаціонарами міських лікарень та амбулаторно-поліклінічними відділеннями, медико-санітарними частинами, санаторіями-профілакторіями, ЦПМСД здійснюється формально. Рекомендації лікарів стаціонарів виконуються лише в 25,0% випадків, в основному, з причини погано організованої співпраці між установами. Кількість випадків та тривалість загострень основної хвороби після виписки із стаціонару детерміновані частотою лікарських рекомендацій ($r_{xy} = -0,93$; $p < 0,05$) та повнотою проведення реабілітаційних заходів ($r_{xy} = -0,94$; $p < 0,05$) [12].

В умовах дефіциту ресурсів, скорочення використання безкоштовної медичної допомоги відбувається саме за рахунок осіб середнього працездатного віку (30–44 років). Представники цієї вікової групи частіше за інших вимушені неофіційно оплачувати лікувально-діагностичну допомогу – 24% проти 18,3% серед молоді ($t > 2$) і 19,7% серед осіб передпенсійного віку, сподіваючись отримати більш якісні медичні послуги. За даними ряду авторів, саме самотні працездатні респонденти вдаються до оплати медичних послуг частіше, ніж респонденти з інших демографічних груп [13].

Очевидно, що ризик смерті від запобіжних причин, особливо у хворих працездатного віку, безпосередньо пов'язано з доступністю й адекватністю медичної допомоги, в першу чергу її первинної ланки та застосуванні високих технологій у її наданні [14].

Слід зазначити, що на сьогоднішній день мають місце досить відчутні руйнації сформованої і виправданої роками первинної медичної допомоги з профілактикою захворювань, що призвели до негативних тенденцій у стані здоров'я людей, насамперед продуктивної частки населення всіх регіонів країни, особливо жителів сільської місцевості [10].

Система надання медичної допомоги сільському населенню виявилася непередбаченою до соціально-економічних змін, що відбулися. За останнє десятиріччя на 1/3 скоротилася мережа дільничних лікарень, в яких сільське населення, як перший етап, отримувало загальнолікарняну допомогу. Цей процес не компенсувався достат-

ньо мірою відповідним розвитком різних форм позалікарняної допомоги. До теперішнього часу залишається немало закладів охорони здоров'я, не укомплектованих лікарськими кадрами, що призводить до зниження рівня доступності лікарської допомоги для сільського населення [15].

У сільській місцевості реєструється надсмертність чоловіків працездатного віку, причинами якої є відсутність робочих місць на селі, незайнятість, пияцтво, алкоголізм. Значна частка сільського населення проживає в умовах нерозвинених транспортних комунікацій, у відсутності сучасних засобів зв'язку, що багато в чому пояснює низький рівень звернень до лікувально-профілактичних установ. Звертання жителів села до установ охорони здоров'я в 2,5 рази нижче, ніж городян. Результати багатьох досліджень свідчать про низький рівень здоров'я сільського населення в цілому. При цьому воно істотно гірше за здоров'я міських жителів і має стійку тенденцію до погіршення, що виявляється зростанням загальної захворюваності [15].

Виявлено, що 13,9% населення працездатного віку сільської місцевості потребували медико-соціальної допомоги і соціальної підтримки, а саме на фінансову допомогу і лікарське забезпечення вказали більшість опитаних цього (80,9%) віку, що вказує на незадовільне вирішення вказаних питань. У цілому рівень потреби в медико-соціальному обслуговуванні складає 7 на 100 опитаних працездатного віку, зокрема 3 на 1000 опитаних потребували житла в установі соціального типу [15].

У таких умовах стає особливо актуальною розробка обґрунтованої, відповідальної політики в галузях охорони здоров'я, соціального забезпечення, охорони праці щодо працюючої когорти, ключовим елементом якої є адекватне сучасним умовам формування концептуальних підходів до системи профілактики захворювань, травматизму та інвалідності [10] з урахуванням ступеня шкідливості виробничих чинників на основі сучасних уявлень теорії ризиків. Доцільними стають розробка ефективних шляхів удосконалення умов праці, методичних основ проведення медичних оглядів та використання інших сучасних системоутворюючих профілактичних заходів, як сукупності взаємопов'язаних послідовних методів та дій, спрямованих на отримання найбільш ефективних процесів та результатів з метою збереження та зміцнення здоров'я працівників.

Література

1. Басанець А. В. Проблеми професійної патології та шляхи їх вирішення на сучасному етапі / А. В. Басанець, І. П. Лубянова // Український журнал з проблем медицини праці. – 2009. – № 1. – С. 3–12.
2. Кундієв Ю. І. Порівняльна характеристика стану професійної захворюваності в Україні і світі / Ю. І. Кундієв, А. М. Нагорна, Л. О. Добровольський // Український журнал з проблем медицини праці. – 2009. – № 2. – С. 3–11.
3. Медведовська Н. В. Сучасний стан здоров'я населення працездатного віку в Україні / Н. В. Медведовська // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 2. – С. 24–33.
4. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 1. – С. 5–14.
5. Орлова Н. М. До проблеми забезпечення доступності медичної допомоги / Н. М. Орлова, Корецький В. Л. // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 4. – С. 60–64.
6. Лехан В. М. Характеристика якості медичного обслуговування хворих у період до встановлення інвалідності [Текст] / В. М. Лехан, А. В. Іпатов // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2007. – № 1. – С. 65–70.
7. Лехан В. М. Нерівність у доступності медичної допомоги для населення України / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова // Україна. Здоров'я нації. – 2009. – № 1–2. – С. 148–152.
8. Петручук О. Е. Структура професійної захворюваності економічно активного населення г. Казані і організація контролю за проведенням попередніх і періодичних медичних оглядів / О. Е. Петручук, Р. І. Аляветдинов, В. М. Подольський // Общественное здоровье и профилактика заболеваний. – 2004. – № 6. – С. 10–17.
9. Кречотень О. М. Інтегрована профілактика на всіх рівнях – основна мета попередження інвалідності працівників / О. М. Кречотень // Український науково-медичний молодіжний журнал. – 2010. – № 3–4. – С. 24–27.
10. Тітов Г. І. Наукове обґрунтування оптимізації системи профілактики інвалідизуючих захворювань у військовослужбовців Служби безпеки України [Текст] : автореферат дис. ... канд. мед. наук : 14.02.03 – соціальна медицина / Г. І. Тітов ; НМА післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика. – Київ, 2008. – 20 с.
11. Лучкина В. В. Медико-социальное состояние лиц трудоспособного возраста, имеющих хронические заболевания, и совершенствование системы их реабилитации (на примере Читинской обл.): диссертация ... кандидата медицинских наук: 14.00.33 / Лучкина Виктория Владимировна; [Место защиты: ГОУВПО «Красноярская государственная медицинская академия»]. – Красноярск, 2009. – 131 с.
12. Кречотень О. М. Медико-соціальні проблеми економічно активного населення України / О. М. Кречотень // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я. – 2010. – № 4. – С. 64–66.
13. Игнатовский А. Экспертиза качества медицинской помощи [Текст] / А. Игнатовский, Е. Соколовский // Врач. – 2010. – № 7. – С. 79–80.
14. Овчаров В. К. Количественная оценка влияния амбулаторно-поликлинической службы на уровень смертности // В. К. Овчаров, Е. П. Какорина, А. Г. Роговина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2005. – № 5. – С. 6–10.
15. Паскаль А. В. Инновационные подходы к проблеме формирования системы медико-социальной помощи жителям села / А. В. Паскаль // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2006. – № 5. – С. 38–40.

РЕФОРМИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ЕГО ПОСЛЕДСТВИЯ В МЕДИЦИНСКОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ РАБОТАЮЩИХ

Кречотень Е. Н.

Винницкий национальный медицинский университет имени Н. И. Пирогова

В статье обсуждаются проблемы медицинского обеспечения работников, которые возникли с переходом системы здравоохранения в условия рыночной экономики, что негативно повлияло на состояние здоровья работающего населения.

Ключевые слова: медицинское обеспечение, работники, система здравоохранения.

REFORMATION OF PUBLIC HEALTH AND ITS CONSEQUENCES IN THE MEDICAL PROVIDING OF THE WORKERS

Krekoten O. M.

Pirogov Vinnytsya National Medical University

The article analyses the problems of the medical providing of the workers. Changing of Public Health to the terms of market economy was the cause these problems. It's negatively influenced on the health of the worker population.

Keywords: medical providing, workers, Public Health.

ПЕРВИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА ДИТЯЧОМУ НАСЕЛЕННЮ ПРИ ВПРОВАДЖЕННІ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Фершал Я. Ю.

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

Серед основних напрямків реформування системи охорони здоров'я в Україні – перебудова первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини. Останнім часом здійснені дійові заходи, які можна трактувати як активний розвиток змін в орієнтації системи надання первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини – загальної практики. При тому, політика сучасних перетворень первинної педіатричної допомоги, нажаль, не відзначається послідовністю та організаційно-методологічно спрямованістю.

Ключові слова: сімейна медицина, сімейний лікар – лікар загальної практики, педіатр.

Сімейна медицина – найбільш ефективна система надання первинної медичної допомоги, яка дозволяє забезпечити безперервну та всебічну медичну допомогу усім членам родини на принципах професіоналізму, цілісності, індивідуального підходу. Система є найбільш зручною, доступною та економічно вигідною для пацієнта, тому прийнята в багатьох країнах світу [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9]. Європейським регіональним бюро ВООЗ було поставлено завдання до 2010 року сформувати, як мінімум, у 90% країн регіону комплексні первинні медико-санітарні служби на основі сімейної медицини – загальної практики. Позитивний досвід функціонування первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах сімейної медицини покладений в основу реформування систем охорони здоров'я багатьох країн СНД [10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19]. Незадовільний стан здоров'я населення, неспроможність традиційних організаційно-управлінських механізмів вирішувати накопичені проблеми в галузі, погіршення показників ефективності використання ресурсів та суттєва обмеженість фінансового забезпечення спонукають на проведення реформи в системі охорони здоров'я України. Відповідно до Концепції розвитку охорони здоров'я населення України, прийнятої наприкінці 2000 року, серед стратегічних напрямків реформування галузі передбачений саме розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини – загальної практики [1]. Останнім часом в Україні, після достатньо тривалого періоду невизначеності, здійснені дійові заходи, які можна трактувати як активний розвиток змін в орієнтації системи надання первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини – загальної практики [20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28].

Тенденції та проблеми, пов'язані з впро-

вадженням сімейної медицини, знаходяться в центрі уваги вітчизняних науковців. За даними публікацій на цей час майже третину населення країни обслуговують сімейні лікарі. Впровадження сімейної медицини позитивно вплинуло на доступність та якість медичної допомоги. Засвідчено, що сімейна медицина змогла взяти на себе значно більший обсяг послуг, ніж здатна взяти дільнична служба поліклініки. Це позитивно позначається на всій структурі медичних послуг – знижується попит на спеціалізовану та швидку медичну допомогу, зростає рівень задоволеності населення медичною допомогою. Слід відмітити, що упровадження сімейної медицини, як інноваційного процесу в охороні здоров'я, супроводжується розробкою та апробацією різноманітних моделей, кожна з яких має свою специфіку, однак, однією з умов переходу до реорганізації ПМСД на засадах сімейної медицини є поступовість. Перехід на надання медичної допомоги населенню на засадах сімейної медицини проводиться еволюційним шляхом, з урахуванням набутого досвіду. При тому, конкретно-історичні особливості розвитку ПМСД в нашій країні наклали свій відбиток і визначили ряд характеристик, які не узгоджуються з сучасними концепціями ПМСД і суттєво ускладнюють ефективне використання цього виду медичної допомоги. Найбільш важливими з них є структурна роздробленість ПМСД, надмірна участь у наданні первинної допомоги лікарів-спеціалістів, відсутність дійових механізмів відповідальності (економічної, моральної, правової) за долю пацієнта, стан його здоров'я. Серед основних проблем сімейної медицини визначаються: відсутність належної кількості закладів ПМСД, обмеженість необхідного обладнання для реалізації набутих під час навчання знань та навичок лікарів, санітарного транспорту, і головне – від-

сутність мотивації лікарів і населення [29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51]. Багато уваги присвячено якості перед- і післядипломної підготовки сімейних лікарів, необхідності вдосконалення та уніфікації навчальних програм. Більшість публікацій відображає тенденції розвитку сімейної медицини в сільській місцевості, де практично на первинному рівні всі лікарі сімейні, бо інших просто немає. Дані щодо досвіду втілення практики сімейної медицини в великих містах (за виключенням віддалених районів та нових «спальних» районів) поодинокі, на практиці впровадження сімейної медицини в них здебільшого обмежується зміною вивіски дільничного терапевта, рідко – педіатра, на лікаря загальної практики – сімейної медицини.

Незважаючи на чисельні публікації стосовно напрямків реформування галузі, проблем та перспектив первинної медичної допомоги, надання первинної медичної допомоги дитячому населенню сімейними лікарями не поїло в них належного місця. В науковій літературі вкрай недостатньо висвітлені дослідження з медико-соціальних та організаційних проблем надання медичної допомоги дитячому населенню в період перебудови первинної медичної допомоги за принципом сімейної медицини. При тому, що в цілому стратегія реформування системи первинної медико-санітарної допомоги Україні визначена, політика перетворень в первинній педіатричній допомозі не відзначається послідовністю та організаційно-методологічною спрямованістю.

Аналіз вітчизняних наукових публікацій свідчить, що більшість сімейних лікарів не обслуговують усіх членів сім'ї, зокрема дітей. Переважна кількість наукових досліджень характеризують доступність та якість надання медичної допомоги дітям сімейними лікарями тільки в 2 регіонах країни (в Львівський та Харківський областях) та в сільській місцевості. Автори визначають значно нижчий відсоток звернень з приводу проблем зі здоров'ям дітей до сімейних лікарів, які мають базову підготовку сімейного лікаря – лікаря загальної практики або терапевта в порівнянні з сімейними лікарями, які мають базову підготовку з педіатрії, при тому відсоток звернень тим нижче, чим нижче вік дитини [52, 55, 56]. Ряд авторів вказують на впровадження в роботу сімейних лікарів різних моделей організації первинної медичної допомоги дітям, зокрема за віковою структурою: спостереження з народження, що практикується в сільській місцевості, спостереження з 7-річного, з 10-річного віку, які більш масово впроваджувалися в центральних районних, невеликих міських лікарнях, де історично працюють разом терапевт та педіатр, але, на жаль, не визначена найбільш ефективна модель в порівнянні. При вивченні структури захворювань дітей, з приво-

ду яких зверталися батьки до сімейного лікаря, встановлено, що перелік найбільш поширених діагнозів був обмежений, відповідно до існуючих підходів сімейний лікар частіше лікував дитину лише після консультації педіатра [45, 54, 56]. Поодинокі публікації присвячені оцінці якості диспансерного спостереження дітей сімейними лікарями, ефективності профілактичних заходів, якості обстеження та лікування. В цілому рівень диспансерного нагляду визнаний як недостатній, щодо ефективності профілактичної роботи, позначений тільки рівень охопту грудним вигодовуванням, який має позитивну динаміку [52, 53, 56, 57, 58]. Зазначені висновки опубліковані протягом 2006–2008 років, кількість їх обмежена, на жаль, немає висвітлення набутого досвіду в динаміці. В фаховій літературі не зустрічаються висновки, щодо оцінки якості медичної допомоги, наданої дільничними педіатрами окремо та в порівнянні з сімейними лікарями.

Охорона здоров'я дітей, яка є стратегічним напрямком в світі (ВООЗ, «Цілі Саміту Тисячоліття»), залишається пріоритетним напрямком і в Україні, адже один з основних її інтегральних показників – малюкова смертність, незважаючи на поступове зниження його рівня, залишається значно вищим в Україні, ніж в країнах Європейського Союзу. Аналіз основних показників здоров'я дітей України за роки незалежності засвідчив ряд негативних тенденцій та повільну динаміку їх покращення. Сьогодні Україна переживає глибоку демографічну кризу. В результаті перевищення кількості померлих над кількістю народжених, починаючи з 1991 року в країні спостерігається депопуляція. Динаміка показника сумарної плідності свідчить про те, що рівень народжуваності вже став недостатнім для заміщення старих поколінь новими. Чисельність дитячого населення скорочується.

В сформованих складних умовах зростає потреба в покращенні якості медичних послуг дитячому населенню, перш за все на первинному рівні. При тому, сучасна українська педіатрична служба, створена в 30-х роках минулого сторіччя в СРСР для боротьби з високим рівням малюкової, дитячої смертності, інфекційною захворюваністю та соціальними хворобами і, яка в 80 роки ХХ століття досягла значного розквіту, сьогодні переживає складні часи. На відміну від вітчизняної спеціалізованої педіатричної допомоги, яка незважаючи на вплив різноманітних чинників досягла значних успіхів і є на теперішній час високотехнологічною, відповідає сучасним передовим вимогам, первинна педіатрична ланка за роки незалежності України зазнала регресу. Серед її основних проблем брак кадрів і пов'язана з цим перевантаженість, яка негативно впливає на доступність і якість медичної допомоги. З року в рік ситуація не поліпшується, адже до 30 відсотків дільничних педіатрів мають пен-

сійний вік, молоді фахівці не йдуть працювати на педіатричну дільницю.

Зрозуміло, що служба в зазначеному стані не в змозі ефективно вирішувати сучасні медичні проблеми дитячого населення України, викликає занепокоєність та потребує перебудови. Згідно до основного напрямку реформування галузі – перебудови первинної медичної допомоги, альтернативою дільничному педіатру має стати сімейний лікар. З початку 2020 року дитячому населенню країни первинна медична допомога надаватиметься виключно сімейними лікарями. При цьому, мова не йде про ліквідацію педіатричної служби в цілому. Згідно до визначеного напрямку реформування педіатр перетвориться на спеціаліста вузького профілю та буде займати гідне місце серед фахівців II рівня надання медичної допомоги.

Але на теперішній час серед багатьох відомих провідних фахівців з педіатрії склалася думка щодо недоцільності передачі дитячого населення під спостереження сімейних лікарів, що цей крок призведе до погіршення стану здоров'я дітей, перш за все значного підвищення показників малюкової та дитячої смертності. Звертають увагу публічні висловлювання в засобах масової інформації відомих російських лікарів, громадських діячів, які стверджують, що передача дітей під нагляд сімейних лікарів це – загроза дитячому здоров'ю. Серед основних заходів, спрямованих на покращення показників здоров'я дітей, автори пропонують подальше зміцнення амбулаторної педіатричної допомоги, забезпечення її високотехнологічного рівня на тлі збільшення обсягів фінансування [59, 60, 61].

На теперішній час українських педіатрів, організаторів охорони здоров'я, батьків непокоїть питання: «Чи не погіршиться медичне обслуговування дитячого населення при перебудові первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини?». Ведеться дискусія щодо механізму «передачі» дітей під нагляд сімейних лікарів. Неспроможність сімейних лікарів надавати медич-

ну допомогу дітям аргументується недостатнім рівнем знань щодо особливостей дитячого віку у останніх в порівнянні з педіатрами. Цей аргумент, який негативно впливає на ставлення до сімейної медицини з боку батьків та штучно формує «страх щодо дітей» у сімейних лікарів (які не мають базової переддипломної підготовки з педіатрії), є скоріше передчасним. Адже на теперішній час не висвітлені висновки наукових досліджень, які б підтверджували або спростовували факт негативного впливу діяльності сімейних лікарів на показники здоров'я дітей. Шлях перебудови первинної педіатричної служби, який на теперішній час широко обговорюється, повинен базуватися не на емоціях та думках окремих фахівців, а бути науково обґрунтованим. Випереджаючи наукові висновки, серед контраргументів слід згадати визначення сімейної (загальної) медицини, яка «... не только занимается болезнями, но и заботится о людях вообще и, выражаясь высоким слогом, «печется о самой жизни»..., используя, при этом, обширные, но неглубокие медицинские знания...» [62], також про величезне значення в роботі лікаря досвіду. Не секрет, що після закінчення інтернатури і молодий педіатр має певну хибність в роботі з новонародженими та дітьми раннього віку, яка зникає з набутим досвідом. Крім того, відомі приклади, коли частка випускників лікувальних факультетів переходила до педіатричної інтернатури (частіше що б мати можливість отримати роботу в великих містах), в подальшому працювала (і працює) педіатрами і досягла високої професійної кваліфікації. А такі особливі риси, як самовідданість, відповідальність, милосердя, здатність співчувати, а також постійне прагнення до підвищення рівня освіти не залежать від вибору лікарської спеціальності.

Підводячи підсумки, слід підкреслити, що проведений огляд публікацій вказує на необхідність проведення наукових досліджень з метою обґрунтування моделі надання ПМСД дитячому населенню.

Література

1. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008 г.: Первичная медико-санитарная помощь сегодня актуальнее, чем когда-либо/ ВОЗ. – Режим доступа: URL : http://www.who.int/whr/2008/wh08_ru.pdf.
2. Алексеев В. О., Борисов К. М., Рожецька С. В., Сафонов М. Ю. Охрана здоровья Израиля // Управление закладом охорони здоров'я . – 2001. – № 6. – С. 34–45.
3. Алексеев В., Шурандіна І., Борисов К. Центри здоров'я – основа системи охорони здоров'я Фінляндії // Управление закладом охорони здоров'я . – 2011. – № 3. С. 37–46.
4. Алексеев В., Шурандіна І., Сафонова М. Система охорони здоров'я Данії // Управление закладом охорони здоров'я . – 2011. – № 4. – С. 60–65.
5. Алексеев В., Задворна О. Система охорони здоров'я Німеччини // Управление закладом охорони здоров'я . – 2011. – № 1. – С. 52–64.
6. Одринський В. А. Переваги реформування первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини (огляд літератури). Матеріали науково-практичної конференції: «Актуальні проблеми сімейної медицини в Україні: стан та перспективи розвитку». Київ, 04–05 жовтня 2007 р. – Сімейна медицина. – 2007. – № 3. – С. 4–6
7. Лисенко Г. І., Ткаченко В. І. Сімейна медицина в Європі: проблеми та перспективи (за результатами проведення 15-ої Регіональної Європейської Конференції з Сімейної медицини WONCA Europe 2009) // Сімейна медицина . – 2009. – № 3. – С. 82–84.

8. Воерма W., Fleming D. Роль общей практики в первичной медико-санитарной помощи // Главный врач. – 2005. – № 5. – С. 44–59.
9. Mays N., Thomson S., Nolte E., Ettelt S. i International Healthcare Comparisons Network. Основы политики. Медицинская помощь вне стационара. Получение общеврачебной и специализированной медицинской помощи в восьми странах // Главный врач. – 2011. – № 6. – С. 67–76.
10. Агаларова Л. С. Мнение населения об организации и качестве медицинской помощи, оказываемой участковыми терапевтами и врачами общей практики // Российское здравоохранение. – 2008. – № 5. – С. 6–9.
11. Головский В. В., Зиньковская Т. М., Ховаева Я. Б., Артамонова О. А. Врач общей практики сельской местности: профессиональная подготовка и анализ работы // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2005. – № 5. – С. 27–29.
12. Щепин В. О., Иванов М. В., Миргородская О. В. Развитие общей врачебной практики в системе здравоохранения Воронежской области // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2011. – № 1. – С. 38–42.
13. Розенфельд Л. Г., Москвичева М. Г. Медицинская активность населения, проживающего в сельской местности // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2009. – № 2. – С. 8–11.
14. Агаларова Л. С. Совершенствование взаимосвязей врачей общей практики и врачей узких специальностей // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2008. – № 3. – С. 18–21.
15. Калининская А. А., Сон И. М., Гусева С. Л., Стукалов А. Ф. Модель реформирования первичной медицинской помощи // Здравоохранение Российской Федерации. – 2009. – № 3. – С. 3–8.
16. Агаларова Л. С. Пути повышения качества и эффективности труда участковых врачей и врачей общей практики // Проблемы социальной гигиены, организации здравоохранения и истории медицины. – 2008. – № 2. – С. 23–27.
17. Шарাপова О. В. Региональная политика в области охраны здоровья детей // Педиатрия. – 2005. – № 1. – С. 2–5.
18. Сафонова М. Ю., Дудаев Д. В., Борисов К. М., Алексеев В. О. Охрана здоровья современной Беларуси // Управление закладом охраны здоровья. – 2011. – № 5. – С. 52–56.
19. Концепція Державної Програми розвитку первинної допомоги на засадах сімейної медицини. Схвалена розпорядженням КМУ від 24.07.2006 р. № 421-р.
20. Закон України від 22.01.2010 «Про затвердження Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини до 2011 року». – 16 с.
21. Постанова КМУ від 13.06.2007 р. № 815 «Про затвердження Національного плану розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року». – 8 с.
22. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 30.08.2010 № 735 «Про затвердження примірних етапів реформування первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги».
23. Закон України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» (2011).
24. Постанова Кабінету Міністрів України «Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я» (2010).
25. Протокольне рішення за результатами засідання робочої групи з впровадження реформ за напрямком «Реформа медичного обслуговування» Комітету економічних реформ (2011).
26. Слабкий В. Г. Перерозподіл видів медичної допомоги між лікарями загальної практики – сімейної медицини та лікарями-спеціалістами // Управління закладом охорони здоров'я. – 2009. – № 9. – С. 15–27.
27. Надутий К. Деякі питання організації первинної медико – санітарної допомоги у період реформи // Управління закладом охорони здоров'я. – 2011. – № 8. – С. 23–32.
28. Надутий К. Підвищення якості і доступності медичних послуг: успішний досвід пілотних майданчиків // Управління закладом охорони здоров'я. – 2011. – № 4. – С. 16–22.
29. Поцелуєв В. І. Сільське населення про зміни в організації та якості медичної допомоги внаслідок впровадження сімейної медицини // Сімейна медицина. – 2011. – № 3. – С. 27–28.
30. Білецький С. В., Бойко В. В., Крикливець Л. Г. Етапи й попередні результати впровадження сімейної медицини поліклініці № 3 м. Чернівців // Сімейна медицина. – 2011. – № 3. – С. 25–26.
31. Гойда Н. Г., Бісярин О. Ю. Роль сімейного лікаря в збереженні репродуктивного здоров'я нації // Сімейна медицина. – 2011. – № 3. – С. 119–122.
32. Гойда Н. Г., Матюха Л. Ф., Слабкий В. Г., Полякова Л. В. Оптимізація первинної медико-санітарної допомоги населенню України // Методичні рекомендації. – Київ, 2010. – 25 с.
33. Хвисько М. І., Марченко В. Г., Короп А. Ф., Жук О. В., Поцелуєв В. І., Короп О. Г., Коробань В. А. Виявляємість патологій та захворювань населення сільських районів на території обслуговування сімейними лікарями // Сімейна медицина. – 2011. – № 3. – С. 29–30.
34. Жиліна Ю. В. Про стан надання медичної допомоги в умовах впровадження загальної практики – сімейної медицини // Сімейна медицина. – 2008. – № 3. – С. 75–77.
35. Матюха Л. Ф., Надутий К. О. Актуальні проблеми на шляху впровадження сімейної медицини // Сімейна медицина. – 2007. – № 3. – С. 10–11.
36. Лисенко Г. І., Ткаченко В. І. Внедрение семейной медицины как научной специальности – необходимое условие развития семейной медицины в Украине // Сімейна медицина. – 2007. – № 3. – С. 9–10.
37. Ількевич Ю. Ф. Проблеми розвитку сімейних цінностей в Україні та роль сімейної медицини в їхньому вирішенні // Сімейна медицина. – 2007. – № 1. – С. 124–126.
38. Сердюк А. І., Шинкарева И. М. Эффективность организационных моделей первичной медико-санитарной помощи сельскому населению: опыт интегральной оценки // Международный медицинский журнал. – 2006. – № 1. – С. 133–136.
39. Чернієнко Л. П. Особливості організації роботи відділення сімейної медицини на базі поліклініки ЦРЛ // Сімейна медицина. – 2007. – № 1. – С. 22.
40. Хвисько О. М., Хвисько М. І., Марченко В. Г., Короп А. Ф. Наукове обґрунтування покращення доступності та якості первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини населенню Харківського регіону //

- Сімейна медицина. – 2006. – № 4. – С. 41–45.
41. Жук О. В. До питання про удосконалення організації спеціалізованої медичної допомоги в умовах розвитку сімейної медицини в Харківській області// Сімейна медицина. – 2006. – № 4. – С. 43–46.
 42. Апчел О. С. Реформування системи медичного обслуговування на базі закладів сімейної медицини// Сімейна медицина. – 2009. – № 4. – С. 84–87.
 43. Зайцев О. М. Стан надання спеціалізованої медичної допомоги населенню Харківського регіону в умовах розвитку сімейної медицини//Сімейна медицина. – 2008. – № 3. – С. 40–44.
 44. Хобзей М. К. Деякі питання поетапного переходу на сімейний принцип обслуговування населення у Львівській області//Сімейна медицина. – 2009. – № 4. – С. 34–37.
 45. Білецький С. В. Сімейна медицина на Буковині – реалії та перспективи//Сімейна медицина. – 2006. – № 4. – С. 46.
 46. Білецький С. В., Шкробанець І. Д., Калошин Р. О., Плегуча М. Д., Крикливець Л. Г., Казанцева Т. В. Сімейна медицина на Буковині: досягнення та перспективи//Сімейна медицина. – 2009. – № 3. – С. 115–117.
 47. Шишова Т. Н., Макхамова З. Р. Опыт внедрения семейной медицины в АРК на примере 3-го городского поликлинического объединения г. Симферополя// Сімейна медицина. – 2009. – № 3. – С. 118–119.
 48. Глушко Л. В., Гавриш Т. Ю., Позур Н. З., Чаплинська Н. В., Микула Г. В., Галюк М. Д. Сімейна медицина Прикарпаття: динаміка розвитку, проблеми та перспективи//Сімейна медицина. – 2009. – № 3. – С. 113–115.
 49. Чернобровий В. М., Палій І. Г., Мелашенко С. Г., Шеремет З. О. Актуальні питання розвитку сімейної медицини у Вінницькій області//Сімейна медицина. – 2009. – № 3. – С. 110.
 50. Чухрієнко Н. Д., Пучкова Н. В., Гайдук О. І. Стан розвитку сімейної медицини в Дніпропетровській області// Сімейна медицина. – 2009. – № 3. – С. 110–111.
 51. Хвисюк М. І., Марченко В. Г., Короп А. Ф., Жук О. В., Короп О. Г., Єфіменко Т. П. Дотримання стандартів та якості обстеження й лікування хворих у закладах загальної практики – сімейної медицини//Сімейна медицина. – 2007. – № 3. – С. 22–29.
 52. Коломієць А. М., Булага Л. П., Немірова О. А. Якість спостереження дітей, що знаходяться на диспансерному обліку в сімейного лікаря в амбулаторіях сімейної медицини//Сімейна медицина. – 2007. – № 3. – С. 71–72.
 53. Єфіменко Т. П. Обсяги спеціалізованої медичної допомоги дітям у закладах сімейної медицини Харківської області//Сімейна медицина. – 2006. – № 1. – С. 99–102.
 54. Короп А. Ф., Єфіменко Т. П. Порівняльна оцінка якості лікування дітей у різних типах закладів загальної практики – сімейної медицини//Сімейна медицина. – 2006. – № 4. – С. 34–37.
 55. Коренев М. М., Немірова О. А., Коломієць А. М., Пересипкіна Т. В., Костенко Т. О., Куц Є. Г. Обсяг амбулаторного прийому сільських дітей у закладах загальної практики – сімейної медицини //Сімейна медицина. – 2008. – № 2. – С. 28–30.
 56. Коренев М. М., Немірова О. А., Коломієць А. М., Пересипкіна Т. В., Костенко Т. О., Куц Є. Г. Медичне обслуговування дітей на прийомах лікарів при різних формах його організації // Сімейна медицина. – 2008. – № 4. – С. 74–77.
 57. Коренев М. М., Немірова О. А., Коломієць А. М., Пересипкіна Т. В., Нікітіна Л. Д., Шевченко Н. С., Костенко Т. О., Матковська Т. М., Перевозчиков В. В. Частота й характер хронічної патології в дітей та підлітків сільської місцевості в практиці сімейного лікаря//Сімейна медицина. – 2007. – № 3. – С. 38–42.
 58. Коренев Н. М., Коломієць А. М., Немірова О. А., Пересипкіна Т. В., Нечипоренко Н. И. Особенности постановки на диспансерный учет и наблюдения детей семейными врачами//Сімейна медицина. – 2007. – № 3. – С. 75–77.
 59. Баранов А. Б., Альбицкий В. Ю. Педиатр общей практики //Педиатрия. – 2005. – № 5. – С. 10–16.
 60. Резолюция XVI Съезда педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии (16–19 февраля 2009 года)» // Практика педиатра. – 2009. – май–июнь. – С. 6–9.
 61. Леонид Рошаль – против реформаторов из «Центра стратегических разработок». Цифровая библиотека Украины// электронный ресурс <http://elib.org.ua/ruseconomics/>
 62. Абхольц Х., Безель К., Бени Р. Общепрактическая и семейная медицина. Минск. – 1997. – 618 с.

ПЕРВИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ ПРИ ВНЕДРЕНИИ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

Фершал Я. Ю.

ГЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины»

Среди основных направлений реформирования системы здравоохранения Украины на сегодняшний день – перестройка первичной медико-санитарной помощи по принципу семейной медицины. В последнее время проведены действенные мероприятия, которые следует трактовать как активные перемены в ориентации системы первичной медико-санитарной помощи по принципу семейной медицины – общей практики. При этом политика перестройки первичной педиатрической помощи, к сожалению, не характеризуется последовательностью и четкой организационно-методологической направленностью.

Ключевые слова: семейная медицина, педиатр, семейный врач – врач общей практики.

PRIMARY CARE OF CHILDREN IN PROCESS OF FAMILY MEDICINE IMPLEMENTATION

Fershal Y.

State Institute «Zaporizhzhia Medical Academy of Postgraduate Education of Ministry of Health of Ukraine»

Strategy for healthcare reform in Ukraine determined, among the main directions of reforms – restructuring of primary care on the basis of family medicine. Recently taken effective measures that can be interpreted as an active development changes in the orientation system of primary health care based on family medicine, general practice. While the politics of modern transformation of primary pediatric care, unfortunately, is not marked sequence and organizational and methodological orientation.

Keywords: family medicine, family physician, general practice physician, pediatrician.

АМБУЛАТОРНА ПСИХІАТРИЧНА ДОПОМОГА ПРИ ВПРОВАДЖЕННІ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Бібик І. Г.

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

В огляді наведено дані наукової літератури про розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини в Україні та інших країнах світу. Висвітлено питання амбулаторної психіатричної допомоги на засадах сімейної медицини та перспективи подальшого її розвитку в Україні.

Ключові слова: реформування медичної галузі, психіатрична допомога, первинна медико-санітарна допомога, сімейна медицина.

Система первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах сімейної медицини діє в багатьох країнах не один десяток років. Цей термін зустрічається в наукових працях англійських вчених ще на початку ХХ ст., а також в США, де ще до середини ХХ ст. були лікарі загальної практики [1]. Але відправною точкою загального розвитку ПМСД вважають прийняття Алма-Атинської декларації ВООЗ в 1978 році. На конференції в Алма-Аті вперше дано чітке визначення, що включає в собі поняття ПМСД [2].

Прийняття ВООЗ програми «Здоров'я для всіх» та Люблянської Хартії (1984 р.) дозволило визначити принципи, які лежать в основі організації практики сімейної медицини та використовуються до сьогоднішнього часу [3].

Для багатьох країн світу ці принципи стали пріоритетним напрямком для подальшого розвитку та реформування системи охорони здоров'я. Було визнано, що ПМСД на засадах сімейної медицини є одним із самих ефективних та економічно вигідних напрямків. Багато країн світу активно реформувала систему охорони здоров'я, в тому числі і країни пострадянського простору [4]. В економічно розвинутих країнах світу таких, як США, Великобританія, Франція тощо, сімейний лікар, виконує функцію «фільтра», який конкретно встановлює і розподіляє куди якого пацієнта направити на подальшу консультацію, якщо вона взагалі потрібна [5, 6]. Сімейний лікар стає для пацієнта відправним пунктом, первинним контактом з системою охорони здоров'я. Це дозволяє економити кошти, так як ПМСД у порівнянні зі спеціалізованою допомогою є більш дешевою [7], а на рівні ПМСД можуть отримувати допомогу медичну до 80–90% пацієнтів [8, 9].

Реформування системи охорони здоров'я України пов'язано з тим, що існуюча система (модель Семашко) в умовах переходу суспільства

до ринкових умов не виправдовує себе. Ця модель була глибоко централізованою і добре підходила для боротьби з масовими захворюваннями, епідеміями, але на сьогоднішній день вона не дає змоги на гідному рівні забезпечити громадську охорону здоров'я та надання ефективної медичної допомоги зокрема. В результаті прийнято рішення, що основним напрямком реформування системи охорони здоров'я є перехід до ПМСД на засадах сімейної медицини [10].

Якщо брати до уваги всі аспекти, то Україна має свій історичний досвід роботи в сфері ПМСД дуже схожий з теперішніми принципами сімейної медицини – це земська медицина. З приходом Радянської влади вона була повністю реформована, а натомість впроваджена «нова модель», де перевага надавалась вузьким фахівцям [11].

В 2000 році було розроблено Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України, яка була затверджена Президентом України [12]. Було також затверджено цілий ряд нормативних документів, які регламентували роботу сімейної амбулаторії та сімейного лікаря: наказ МОЗ України за № 72 від 23.02.200 «Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини», наказ МОЗ України за № 283 від 12.07.200 «Про затвердження медичної облікової документації щодо діяльності закладів ПМСД», наказ МОЗ України за № 303 від 23.07.2001 «Про організацію роботи закладів (підрозділів) ПМСД» та інші. Та на практиці ПМСД надається переважно дільничними терапевтами, педіатрами, акушерами-гінекологами, цеховими терапевтами, а також багатьма вузькими спеціалістами, що не відповідає та не узгоджується з сучасними концепціями і не призводить до ефективного використання цього виду медичної допомоги. Найчастіше хворі не звертаються до дільничних лікарів, а обминаючи первинну ланку та амбулаторну мережу,

отримують спеціалізовану медичну допомогу від «вузьких» спеціалістів [13].

До 2005 року ведення хворих сімейними лікарями – було скоріш виключенням, ніж масовим явищем [14]. Хоча, слід відмітити, що в деяких регіонах України все ж таки частково було впроваджено ПМСД саме на засадах сімейної медицини, лікарі якої успішно працюють і вже накопичили чималий досвід. Слід відмітити, що запровадження сімейної медицини супроводжується не тільки раннім виявленням хвороб, але й покращенням профілактичної роботи в цілому [15]. Саме тому в 2010 році було прийнято Закон України «Про загальнодержавну програму розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2011 року», що свідчить про початок глобальних змін в системі охорони здоров'я. Прийняття Закону України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я, щодо надання медичної допомоги», а також Закону України від 07.07.2011 № 3612-VI «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій та м. Києві», дало швидкий старт до здійснення реформування та початку роботи в пілотних проектах ПМСД на засадах сімейної медицини. Зараз вже зроблено багато кроків і тому медична реформа має як прибічників, так і опонентів. Дуже гостро постає питання функціональних обов'язків сімейного лікаря. Безумовно, в теорії розписані функціональні обов'язки сімейного лікаря, але чи зможе одна людина діагностувати та лікувати всі хвороби? Чи не погіршиться якість надання медичної допомоги, якщо все буде робити лише одна людина? Наскільки це можливо на практиці [16]? Відповіді на ці та багато інших запитань належить ще з'ясувати, і допомогти в цьому може досвід інших країн.

Важливою проблемою в цьому аспекті, є такий розділ роботи сімейного лікаря, як надання пацієнтам амбулаторної психіатричної допомоги. Психічне здоров'я, на сьогоднішній день, належить до числа найбільш вагомих та серйозних проблем, так як є провідним чинником продуктивності праці що сприяє економічному розвитку країни. Проблеми психічного здоров'я, у будь-який період життя, виникають у кожній четвертій людини. З 870 млн. людей, які проживають у Європі у 11,4% виникають тривожно-депресивні розлади, 2,4% страждають від розладів пов'язаних зі вживанням алкоголю, 0,8% деменція різного генезу, близько 0,5% панічними розладами, 0,45% шизофренією. Психічні розлади займають друге місце за частотою виникнення різних хвороб в Європі [17]. За розрахунками показників DALI до 2020 року в світі прогнозується питома вага розладів психіки та поведінки на рівні 15% від усіх хвороб [18].

За даними ВООЗ в багатьох країнах світу, в тому числі і в Україні, не приділяється належної уваги питанню охорони психічного здоров'я, не проводиться належна профілактика цих захворювань, а також не підтримуються на державному рівні відповідні програми [19].

В нашій країні розповсюдженість розладів психіки та поведінки становить 250 осіб на 100 тис. населення, а рівень самогубств понад 25 осіб на 100 тис. [20]. На сьогоднішній день Україна стійко входить до групи країн з високим рівнем суїцидальної активності (високий рівень починається з цифри понад 16,0 самогубств на 100 тис. населення). За даними епідеміологічного дослідження, кожний третій житель України протягом життя має психічні розлади, а кожний шостий житель України має психічні розлади протягом року [21]. Україна належить до держав, де особи з симптомами психічних розладів рідко звертаються за медичною допомогою (на рівні з такими країнами, як Ліван, Китай і Колумбія) [22]. Дуже часто люди не звертаються за допомогою до психіатра бо знають, що на них буде повішено «ярлик» психічно хворої людини. Тому для України дуже важливо провести реформування психіатричної служби в цілому, а особливо, амбулаторної її ланки на етапі переходу до сімейної медицини.

Згідно з дослідженням, які проводила ВООЗ, поширеність психічних розладів серед пацієнтів які звертаються за допомогою до сімейних лікарів складає 24%, тому для країн з обмеженим фінансуванням надання психіатричної допомоги сімейним лікарем є не тільки ефективним і економічно вигідним, але й дієвим засобом уникнути стигматизації хворих. Але при цьому потрібно враховувати, що сімейний лікар повинен проходити підготовку по психіатрії безперервно [23].

Якщо розглядати стан надання психіатричної допомоги сімейним лікарем на первинному рівні в зарубіжних країнах, то необхідно звернути увагу на Великобританію. Лікар загальної практики в цій країні надає допомогу при більшості як соматичних так і психічних розладах, при цьому слід звернути увагу на обсяг надання психіатричної допомоги. Більшість психічних розладів у жителів Великобританії спостерігає саме сімейний лікар. Безумовно, якщо у хворого психотичний епізод і він потребує негайної госпіталізації або поглибленої консультації, то в такому випадку пацієнт буде направлений до лікаря-психіатра, але 90% пацієнтів з психічними проблемами лікуються саме у сімейного лікаря. Навіть після виписки зі стаціонару хворого амбулаторно спостерігають разом психіатр та сімейний лікар [24].

Слід зазначити, що процес реформування психіатричної служби в усіх країнах сві-

ту вміщував три компоненти: перший – переведення хворих, які живуть в стаціонарах на обслуговування за місцем проживання, тобто амбулаторне спостереження сімейним лікарем або лікарем-психіатром, або їх спільне спостереження хворих; другий – запобігання випадків госпіталізації в стаціонар за допомогою альтернативних служб; третій – розвиток цих самих альтернатив служб для осіб психіатричного направлення поза межами стаціонару. При цьому необхідно зробити наголос, що при значному зменшенні числа стаціонарних ліжок амбулаторні служби розвивались дуже повільно і їх було недостатньо, а сімейні лікарі одразу були не готові до прийому таких пацієнтів [25].

Медична допомога, яка надається людям на психічні розлади повинна бути збалансованою, узгодженою між всіма ланками і спеціалістами медичної галузі та обов'язково враховувати рівень фінансування.

В залежності від фінансування виділяють декілька рівнів організації психіатричної допомоги, які співпадають з трьохрівневою моделлю і виглядають таким чином:

- 1) низький рівень – психіатрична допомога надається на первинному рівні лікарем загальної практики – сімейним лікарем, а лікарі-психіатри консультують тільки по необхідності;
- 2) середній рівень – окрім надання психіатричної допомоги на першому рівні додатково відкриваються амбулаторні клініки, патронажні психіатричні бригади, психіатричні стаціонари, місцеві стаціонари довготривалого перебування, служби охорони психічного здоров'я працюючого населення;
- 3) високий рівень – виступає як доповнення до двох інших рівнів та припускає створення високоспеціалізованих служб психіатричної допомоги, такі як патронажні та кризові служби, бригади невідкладної допомоги та служби активної психіатричної допомоги за місцем проживан-

ня [26].

Безумовно, впровадження психіатричної допомоги в ПМСД має свої переваги, але в Україні має місце часткова невідповідність системи збереження психічного здоров'я населення принципами Європейської декларації та Європейським планом дій з приводу охорони психічного здоров'я [27]. Тому перед тим як вимагати від сімейних лікарів вмінь та навичок надання психіатричної допомоги, необхідно розробити для них чіткі алгоритми ведення хворих, що ґрунтуються на таких засадах:

- подолання явища стигматизації;
- розроблення нормативно-правової бази, яка б дозволяла самостійно сімейному лікарю виставляти психіатричні діагнози, а також призначати психотропні препарати;
- забезпечення доступності психіатричної допомоги;
- розвиток партнерського співробітництва між сімейним лікарем та лікарем-психіатром;
- відмова від використання негуманних і принижуючих гідність людини методів лікування та нагляду, тощо [28].

З питань реформування охорони здоров'я в Україні було проведено багато наукових досліджень, видані монографії присвячені темі ПМСД, розроблені методичні рекомендації для сімейних лікарів, але тема психічного здоров'я не посіла належного місця в роботах українських науковців. Проаналізувавши достатню кількість видань можна дійти висновку, що сімейні лікарі України не консультували пацієнтів з психічними розладами і, на сьогоднішній час, майже не роблять цього. Що ж повинні робити сімейні лікарі з психіатричними хворими? В якому обов'язку сімейний лікар повинен надавати медичні послуги групі таких хворих і коли повинен звертатися за консультацією до лікаря-психіатра? Як правильно повинен діяти? Всі ці питання потребують вирішення та розробки алгоритмів надання медичної допомоги сімейним лікарем, хворим які страждають на психічні розлади.

Література

1. Веллейс Р. История семейной медицины // Главврач – 2007. – № 5, с. 5–8.
2. Електронний ресурс: <http://www.euro.who.int> Алма-Атинська декларація 1978 р.
3. Люблянская Хартия по реформированию здравоохранения – Копенгаген: Европейское бюро ВОЗ, 1995.
4. Сибурина Т. А., Мишина О. С. Стратегии развития здравоохранения, реализуемые в мире. // Главный Врач. – 2011. – № 9. с. 53–59.
5. Одринський В. А. Переваги реформування ПМСД на засадах сімейної медицини. // Сімейна медицина – 2007. – № 3, с. 4–6.
6. Іванов Д. Д. Сімейна медицина: зарубіжний досвід та перші кроки в Україні. // Управління закладом охорони здоров'я – 2007 – № 5, с. 104–107
7. Лазаренко А. И., Заика Н. М. Врачи общей практики в системе первичной медицинской помощи Франции. // Проблемы социальной гигиены, организации здравоохранения и истории медицины. – 2008 – № 2 с. 7–9.
8. Гиріна О. М., Сірик В. О., Горобець Н. М., Калюжа Т. І. Доцільність реформування амбулаторно-поліклінічної системи та переходу до практики сімейного обслуговування населення. // Сімейна медицина – 2010. – № 3, с. 8–10.

9. Слабкий Г. О. Розвиток первинної медико-санітарної допомоги в Україні. // Управління закладом охорони здоров'я – 2008 – № 8, с. 57–65.
10. Електронний ресурс: <http://medik.org.ua/novosti/reforma-zdravoох>
11. Лысенко Г. И., Гиббс Т., Косаковский А. Л., Химион Л. В., Ященко О. Б., Данилюк С. В., Матюха Л. Ф. Программы международного сотрудничества – реальная помощь развитию семейной медицины в Украин. // Семейна медицина – 2008. – № 3, с. 19–21.
12. Концепція розвитку охорони здоров'я населення України: Указ Президента України за № 1313\2000 від 01.12.2000. – К.: Орієнтир, 2000 – с. 5–8.
13. За ред. В. М. Князевича Первинна медико-санітарна допомога \ сімейна медицина. // монографія; МОЗ України. – К., 2010. – С. 404.
14. Латишев С. Є. Концепція розвитку загальної практики \ сімейної медицини в Україні на 2006–2010 роки. // Семейна медицина. – 2005. – № 2, с. 55–58.
15. Білецький С. В., Бойко В. В., Крикливець Л. Г. Етапи й попередні результати впровадження сімейної медицини в поліклініці № 3 м. Чернівців // Семейна медицина. – 2011 – № 3, с. 25–27.
16. Лехан В. М., Слабкий Г. О. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір. // Новости медицины и фармации (383) 2011 психиатрия (тематический номер) стр. 6–19.
17. Охрана психического здоровья: проблемы и пути их решения. Отчет о Европейской конференции ВОЗ на уровне министров 2006 г.
18. Нуллер Ю. Л. Структура психических расстройств. Киев. 2008. – 139 с.
19. Юрьев Е. Системы психиатрической помощи: возможные модели управления и реформирования. // Вестник ассоциации психиатров Украины. 2003. – № 1–2. – С. 124–138.
20. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2009 рік \ за ред. З. М. Митника. – К., 2010 – 447 с.
21. Пинчук И. Я. Распространенность психических расстройств в Украине. // Профилактична медицина – 2010. – т. 16, № 1. – С. 168–176.
22. The WHO world mental health survey consortium. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization world mental health surveys // JAMA. – 2004. – 291. – P. 2581–2590.
23. Дейвид Мак-Дайд. Реферат. Психиатрическая помощь. Часть I. Основные вопросы организации психиатрической помощи в Европе. Европейское региональное бюро ВОЗ от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2005.
24. Липелис Г. Оказание психиатрической помощи в Великобритании. Вопросы к директору научно-исследовательской сети Западного Лондона, профессору Рики Банарси. Электронный ресурс: <http://neuro.health-ua.com/article/54.html>
25. Susan D. Phillips, M.S.W., Barbara J. Burns, Ph. D., Elizabeth R. Edgar M.M.S.W., Kim T. Mueser Ph.D., Karen W. Linkins. Ph.D., Robert A. Rosenheck M.D., Robert E. Drake, M.D., Ph.D., Elizabeth C. McDonel Herr, Ph.D. Внедрение метода ассертивного лечения по месту жительства в стандартную практику. 2001. The American Psychiatric Press. Printed by permission. Psychiatric Services 2001; 52: 771–779.
26. Thornicroft G., Tansella M. What are the arguments for community based mental health care? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, Health Evidence Network. – 2003.
27. Кризина Н. П., Березовська Є. О., Слабкий В. Г., Письменна О. В. Психіатрична служба як об'єкт державного регулювання // Україна. Здоров'я нації – 2011. – № 3(19) – с. 77–80.
28. Пінчук І. Я. Наукове обґрунтування стратегії якісно нової функціонально-організаційної системи психіатричної допомоги в межах проведення реформування системи охорони здоров'я в Донецькій області. // Новости медицины и фармации – 2011. – № 398.

АМБУЛАТОРНАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ВНЕДРЕНИИ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

Бибик И. Г.

ГЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины»

В обзоре приведены данные научной литературы, публикаций о развитии первичной медико-санитарной помощи на принципах семейной медицины в Украине и других странах мира. Поднят вопрос амбулаторной психиатрической помощи на принципах семейной медицины и перспективам дальнейшего ее развития в Украине.

Ключевые слова: реформирование медицинской отрасли, психиатрическая помощь, первичная медико-санитарная помощь, семейная медицина.

OUTPATIENT MENTAL HEALTH CARE IN PROCESS OF FAMILY MEDICINE IMPLEMENTATION

Bibyk I. G.

State Institute «Zaporizhzhia Medical Academy of Postgraduate Education of Ministry of Health of Ukraine»

In the review presents the data of the scientific literature, publications on the development of primary health care on principles of family medicine in Ukraine and other countries. Raised the issue of outpatient mental health care on principles of family medicine and the prospects for its further development in Ukraine.

Keywords: reforming health sector, mental health care, primary health care, family medicine.

ОСОБИСТЕ СТРАХУВАННЯ. СУЧАСНИЙ СТАН ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

Курочка В. Л., Лашкул З. В., Посний В. Ф., Авраменко В. С., Одринський В. А., Фершал Я. Ю., Бібик І. Г.

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

Особисте страхування в усьому світі – один з найбільш дієвих інструментів вирішення соціальних проблем, а розвиток медичного страхування є одним із перспективних напрямів розв'язання проблем фінансування охорони здоров'я та підвищення якості медичного забезпечення населення.

Ключові слова: особисте страхування, добровільна форма медичного страхування, страхова компанія, медичний заклад.

Особисте страхування є однією із галузей страхування, воно пов'язане із особливою сферою процесу відтворення – з відтворенням робочої сили та зумовлене ризиковим характером діяльності людей різних професій, підвищеним ступенем ризику, пов'язаним із погіршенням довкілля, зростанням питомої ваги людей похилого віку в загальній кількості населення тощо. Особисте страхування проводиться з метою організації страхового захисту окремих громадян і членів їх родин на випадок виникнення різних подій, що відображаються на житті, здоров'ї та працездатності цих громадян.

Сучасне визначення особистого страхування міститься в Законі України «Про страхування» [1], відповідно до ст. 4 якого особисте страхування можна визначити як страхування майнових інтересів, що не суперечать законодавству України і пов'язані з життям, здоров'ям, працездатністю та додатковою пенсією страхувальника або застрахованої особи. Як галузь страхування особисте страхування поділяється на такі підгалузі:

- страхування життя та пенсій;
- пенсійне страхування;
- страхування від нещасних випадків;
- медичне страхування.

Класифікація особистого страхування здійснюється також за іншими критеріями:

За обсягом ризику:

- страхування на випадок дожиття до певного віку або смерті;
- страхування на випадок інвалідності або недієздатності;
- страхування медичних витрат.

За видом об'єктів особистого страхування:

- страхування життя, яке передбачає обов'язок страховика здійснити страхові виплати у випадку смерті застрахованого, а також за дожиття застрахованого до певного віку чи до закінчення строку дії договору страхування;

– страхування здоров'я, яке передбачає обов'язок страховика здійснити страхові виплати в обумовлених розмірах у разі заподіяння шкоди здоров'ю застрахованої особи внаслідок нещасного випадку або хвороби.

Для страхування властиві економічні відносини, змістом яких є перерозподіл доходів та коштів для накопичення лише з метою відшкодування матеріальних чи інших втрат (здоров'я, працездатності, тощо)

У ринковій економіці страхування виступає, з одного боку, засобом захисту бізнесу та благополуччя людей, а з іншого – видом підприємницької діяльності, що приносить прибуток.

Однією з найбільш важливих галузей сфери послуг є охорона здоров'я, а розвиток медичного страхування – одним із перспективних напрямів розв'язання проблем фінансування охорони здоров'я та підвищення якості медичного забезпечення населення.

Потужне тяжіння на сучасному етапі реформування охорони здоров'я до медичного страхування, зокрема, збільшення кількості осіб, що намагаються скористатись добровільним видом цього страхування, численні нормотворчі спроби, тенденції розвитку й удосконалення цієї сфери, що спрямовані на утвердження обов'язкового медичного страхування, породили, з одного боку, певний вакуум необхідних знань, а з іншого – прогалини в системному підході до цих процесів [2].

Досвід зарубіжних країн показує, що відповідні страхові фонди можуть стати вагомим джерелом фінансування, а механізм формування і витрачання цих коштів може забезпечити саме його адресність, тобто фінансування не загалом медичних закладів, а конкретних жителів. При цьому слід зазначити, що серед країн-членів Європейського союзу частка приватного медичного страхування загалом не перевищує 5% (за виключенням Нідерландів – 20,1% та Франції –

12,8%) [10].

Рекомендований перелік добровільних видів страхування наводиться у ст. 6 Закону України «Про страхування» [1], якою передбачено більше 20 видів добровільного страхування.

Обов'язкове медичне страхування поки що знаходиться на рівні проектів, а добровільне медичне страхування (ДМС) активно розвивається [7]. Більше 80 страхових компаній України уже отримали ліцензію на цей вид страхування (табл. 1).

Програми добровільного медичного страхування передбачають заходи, які розширюють можливості й поліпшують умови надання профілактичної, лікувально-діагностичної та реабілітаційної допомоги населенню. До цієї роботи через систему добровільного медичного страхування вдається залучати найкваліфікованіші медичні кадри, підвищуючи цим якість медичних послуг [4].

Об'єктом добровільного медичного страхування є майнові інтереси страхувальника або застрахованого, які пов'язані з витратами на одержання медичної допомоги.

Добровільне медичне страхування може бути індивідуальним і колективним. При індивідуальному страхуванні страхувальниками виступають окремі громадяни, які уклали договір із страховиком про страхування себе або третьої особи (дітей, батьків, родичів) за рахунок своїх власних доходів.

Вже зараз в багатьох приватних компаніях та підприємствах прийнято пропонувати своїм співробітникам соціальний пакет до складу якого входить і страховий поліс ДМС, тобто створюються передумови для корпоративного страхування. При колективному (корпоративному) страхуванні страхувальником є підприємство, організація, установа, яка уклала договір із страховиком про страхування своїх працівників або інших фізичних осіб (членів сімей працівників, пенсіонерів тощо).

Добровільне медичне страхування базується на залученні вільних коштів підприємств, організацій і населення до сфери охорони здоров'я [5]. Витрати на добровільне медичне страхування

працівників для цілей оподаткування податком на прибуток є витратами подвійного призначення (ст. 140 ПКУ). Тобто, джерелом фінансування таких витрат є лише прибуток підприємства.

Сума страхових внесків, сплачених підприємствами та організаціями за добровільне медичне страхування своїх працівників, вважається їх додатковим благом та підлягає оподаткуванню ПДФО (податок на доходи фізичних осіб). Оплата підприємствами чи організаціями страхового поліса для отримання страхових послуг працівником – це ще й дохід працівника у негрошовій формі, тому нарахування ПДФО на вартість страхового полісу здійснюється із застосуванням «натурального» коефіцієнта за формулою, наведеною у пункті 164.5 статті 164 ПКУ. Саме з цієї причини роботодавець має отримати згоду кожного свого працівника на страхування, в тому числі у випадку коли роботодавець сплачує вартість страхового полісу в повному обсязі.

Договори медичне страхування укладаються у груповому та індивідуальному порядку. Цей документ є гарантією отримання медичної допомоги в обсягах і на умовах, визначених чинним законодавством або правилами страхування.

Добровільна форма медичного страхування передбачає надання страхувальникові (застрахованому) ширшого права вибору лікарів-спеціалістів, а також установ для отримання необхідної допомоги; поліпшене утримання у стаціонарі, лікувально-відновлювальній установі; збільшений за строками післялікарняний патронаж та догляд на дому тощо [6].

Договір медичного страхування передбачає:

- 1) обсяги надання медичних послуг;
- 2) умови отримання медичної допомоги;
- 3) перелік страхових випадків та виключення з них;
- 3) якість послуг, що надаються;
- 4) тарифи, вид і розмір оплати;
- 5) порядок виставлення рахунків і контролю за звітністю;
- 6) територію і строки медичного обслуговування та інше.

Ринок добровільного медичного страхування слід розглядати як економічні відносини, що ви-

Таблиця 1

Основні показники ринку добровільного медстрахування в Україні за 2005–2010 рр.

Роки	Страхові премії, млн. грн.	Страхові виплати, млн. грн.	Рівень виплат, %
2005	224	150	67
2006	344	220	64
2007	438	315	72
2008	727	465	64
2009	632	550	87
2010	824	700	85

Дані журналу Insurance TOP

никають при страховому захисті здоров'я між страховиками, медичними установами, страхувальниками, застрахованими особами, в яких у процесі обміну через механізм ринкових цін здійснюється узгодження та реалізація їх економічних інтересів щодо надання та отримання послуг з медичного страхування [6].

В якості ринкових суб'єктів, інтереси яких є первинними, виступають не лише страховики і страхувальники, а й медичні установи. Хоча страхова компанія є виробником страхової послуги з ДМС, вона виступає в ролі посередника між своїм клієнтом і ЛПЗ, а медична послуга лікувального закладу є основою страхової послуги. Тобто, необхідне погодження та реалізація інтересів між страховою компанією та медичним закладом, між страхувальником та медичним закладом, між страхувальником та страховою компанією.

Аналіз співпраці медичних закладів та страхових компаній дозволяє зробити висновок, що лікувально-профілактичні установи повинні нести економічну відповідальність за ненадання застрахованим громадянам медичних послуг, обсяг і рівень якості яких передбачено договором страхування. Тарифи на медичні та інші послуги з добровільного медичного страхування встановлюються за угодою страховика і медичної установи, що обслуговує застрахованих. У разі порушення лікувально-профілактичним закладом медико-економічних стандартів страхова організація може частково або повністю не оплачувати вартість медичних послуг. Не менш важливою проблемою є те, що сьогодні страхові компанії не мають достатньо реального механізму контролю за якістю наданих страхувальнику послуг та важелів впливу на поліпшення якості обслуговування саме в закладах охорони здоров'я державної і комунальної форм власності. У зв'язку з цим розвиткові добровільного медичного страхування суттєво перешкоджає проблемний державний медичний сектор [3].

Основною вимогою до страхових компаній, що займаються ДМС, має бути забезпечення їх фінансової стабільності, яка визначається не тільки розміром основного капіталу та співвідношенням власних і залучених коштів. Фінансова стабільність страховика значною мірою залежить від надійності банків, із якими він має договірні відносини; структури розміщення вільних коштів; інвестиційної діяльності; наявності договорів перестраховування тощо [8].

Незважаючи на в цілому позитивні тенденції у розвитку добровільного медичного страхуван-

ня на теренах вітчизняного страхового ринку [7, 9], даний сегмент поки що є не досить розвиненим і потребує вирішення цілої низки проблем:

1) створення умов розвитку добровільного медичного страхування, яке б забезпечувало покриття витрат за надання медичної допомоги понад обсяг державного фінансування галузі;

2) здійснення оподаткування сукупного доходу громадян у разі отримання страхових виплат за договорами добровільного медичного страхування відповідно до бази та ставок, передбачених договорами обов'язкового медичного страхування;

3) забезпечення зацікавленості роботодавців у збереженні здоров'я своїх працівників шляхом встановлення економічних стимулів щодо коштів, що виділятимуться підприємствами на добровільне медичне страхування;

4) законодавче врегулювання питання щодо можливості внесення юридичними особами (роботодавцями) до складу собівартості продукції витрат за договорами добровільного медичного страхування на сплату страхових платежів на страхування своїх працівників;

5) підвищення надійності страхових організацій, що працюватимуть у системі добровільного медичного страхування, шляхом встановлення вимог до їх ліцензування згідно з чітко встановленими критеріями;

6) підвищення зацікавленості медичних установ, роботодавців і громадян шляхом створення уніфікованої оптимальної системи класифікації та ціноутворення на медичні послуги;

7) забезпечення контролю за використанням єдиних стандартів усіма медичними установами, що працюють у системі добровільного медичного страхування, незалежно від їх відомчої підпорядкованості та організаційно-правової форми,

8) підвищення конкуренції серед страховиків, що спеціалізуються на даному виді страхування для зниження ціни купівлі страхового полісу;

9) підвищення страхової культури населення та медичних працівників.

За умови зваженого та професійного підходу до врегулювання зазначених проблем стане можливим створити умови для найбільш повного задоволення потреб населення в отриманні доступної і високоякісної медичної допомоги, зменшити навантаження на державний та місцеві бюджети та долю тіньової медицини в системі медичного обслуговування, уникнути необґрунтованих витрат на надання зайвих медичних послуг та покращити фінансовий стан медичних установ.

Література

1. Про страхування: Закон від 07.03.1996 р. № 85/96 – ВР [Електронний ресурс]. – Режим доступу: www.rada.gov.ua.
2. Дячук І. Б., Сенюта І. Я., Терешко Х. Я., Фуртак І. І.; за заг. ред. Сенюти І. Я. Страхування в галузі охорони здоров'я: Навч. посібник Львів : Вид-во ЛЮБФ «Меди-

- цина і право», 2010. – 213 с.
3. Кісельов Є. М. Актуальні проблеми розвитку медичного страхування в Україні / Є. М. Кісельов, С. В. Бурлаєнко, І. Г. Кірта // Фінансові послуги. – 2009. – № 1. – С. 24–27.
 4. Котуза А. С. До питання втілення медичного страхування в Україні / А. С. Котуза, Н. К. Єжель, В. М. Гончаренко // Главный врач. – 2010. – № 5 (109). С. 28–33.
 5. Рудень В. В. Фінансування медичного забезпечення в Україні: проблеми та шляхи розв'язання / В. В. Рудень // Фінанси України. – 2007. – № 8. – С. 25–34.
 6. Нагайчук Н. Г. Суб'єктна складова добровільного медичного страхування / Н. Г. Нагайчук // Вісник КНТЕУ. – 2006. – № 1. – С. 64–69.
 7. Стецюк Т. І. Показники розвитку ринку добровільного медичного страхування в Україні / Т. І. Стецюк // . – Наука й економіка. – 2009. – № 4 (16), Т. 1. – С. 143–147.
 8. Федоренко В. Г. Інвестиційний менеджмент: Навч. посіб. – К.: МАУП, 1999. – 184 с.
 9. Черешнюк Г. С. Проблеми впровадження добровільного медичного страхування та шляхи їх розв'язання / Г. С. Черешнюк, І. В. Сергета // Фінансові послуги. – 2006. – № 2. – С. 22–26
 10. Tomson S., Foubister T., Mossialos E. Финансирование здравоохранения в Европейском Союзе. Проблемы и стратегические решения. – ВОЗ, от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2010. – 241 с.

ЛИЧНОЕ СТРАХОВАНИЕ. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В УКРАИНЕ

Курочка В. Л., Лашкул З. В., Посный В. Ф., Авраменко В. С., Одринский В. А., Фершал Я. Ю., Бибик И. Г.

ГЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины»

Личное страхование во всем мире – один из наиболее действенных инструментов решения социальных проблем, а развитие медицинского страхования является одним из перспективных направлений решения проблем финансирования здравоохранения и повышение качества медицинского обеспечения населения.

Ключевые слова: личное страхование, добровольная форма медицинского страхования, страховая компания, медицинское заведение.

PERSONAL INSURANCE. CURRENT STATUS OF VOLUNTARY HEALTH INSURANCE IN UKRAINE

Kurochka V. L., Lashkul Z. V., Posnyy V. F., Avramenko V. S., Odrinskiy V. A., Fershal Ya. Yu., Bibyk I. G.

State Institute «Zaporizhzhia Medical Academy of Postgraduate Education of Ministry of Health of Ukraine»

Personal insurance in the whole world – one of the most effective instruments of decision of social problems, and development of medical insurance is one of perspective directions of decision of problems of financing of health protection and upgrading medical providing of population.

Keywords: personal insurance, voluntarily form of medical insurance, insurance company, medical establishment.

ИСТОРИЧЕСКИЙ ОПЫТ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Лашкул З. В.

ГЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины»

Земская медицина, родившаяся в России в 60-годах прошлого столетия, представляла собой поистине уникальное явление в истории не только отечественной, но и мировой медицины и здравоохранения.

Именно благодаря земской медицине в широкой медицинской практике появилось так называемое санитарное или санитарно-профилактическое направление, которое обращало внимание врачей на предупреждение различных болезней.

Указом Александровской уездной управы от 23 мая 1862 года принимается решение № 762 для земских учреждений по организации оказания медицинской помощи населению, определению её целей и задач. Профилактическая направленность, доступность оказания медицинской помощи и ее бесплатность являлись основными направлениями земской медицины того периода. Согласно этому Указу было выделено в Александровском уезде 8 территориальных участков, за которыми было закреплено 8 врачей и 16 фельдшеров.

В 1868 году была утверждена инструкция для земских врачей Александровского уезда. Инструкцией были определены территории участков, количество населения закрепленное за 1 врачом, расстояние между земскими больницами, а также определены источники финансирования земской медицины.

Земская медицина была внедрена на Украине после отмены крепостного права в период высокой заболеваемости и смертности населения, прежде всего детского.

Уровень смертности детского населения от 1 года до 5 лет в этот период по Александровскому уезду составлял 700% (700 умерших детей данного возраста на 10000 населения).

Основными причинами смертности были инфекционные заболевания. Так, уровень смертности детей от скарлатины составлял 34%, оспы – 29%, дифтерии и крупа до 30%, коклюша до 13,9%.

Основными направлениями земской медицины того периода являлись: доступность оказания медицинской помощи, ее бесплатность

и профилактическая направленность. В 1872 году была создана первая земская санитарная организация в России в Пермской губернии и введена должность санитарного врача. Им стал земский врач Иван Иванович Молесон.

В Екатеринославской губернии, в состав которой входил и Александровский уезд, была создана губернская санитарная служба в 1896 году. В этом же году было создано санитарное бюро, в состав которого вошли два санитарных врача. Руководителем этого бюро и первым санитарным врачом губернии стал Е. П. Концевич.

В 1902 году были введены должности уездных санитарных врачей. Первым санитарным врачом Александровского уезда был Иван Кондоровский. Иваном Кондоровским впервые проведен тщательный анализ причин детской смертности, определена сезонная и годовая цикличность основных инфекционных заболеваний. Так, эпидемия коклюша в Александровском уезде повторяется каждые 5 лет, корь каждые 4 года, оспа каждые 8 лет, сыпной тиф каждые 5 лет. Учитывая эти выводы, появилась возможность предсказывать заболеваемость инфекционными болезнями и применять соответствующие профилактические меры.

Кроме этого, Иван Кондоровский отмечает, что в годы свободные от эпидемий, все-таки наблюдаются спорадические случаи эпидемических болезней, которые не трансформируются в эпидемии из-за отсутствия для этого подходящих условий: «Поэтому, не правы те, которые толкают земские управы на дополнительные расходы в предупреждении этих спорадических случаев, а потом хвалятся, что благодаря этим «вовремя» принятым мерам эпидемия в зародыше была уничтожена». Анализируя причины смертности детей до одного года, Кондоровский отмечает, что дети чаще умирают в августе, сентябре, главным образом от поносов и неправильного питания. «В виду этого мне казалось бы полезным устройство яслей приютов в страдную пору в приходах, распространение среди населения листовок Пироговского общества о вскармливании грудных детей и брошюры Михайлова об уходе за маленькими детьми».

Большое значение в развитии санитарной службы в Александровском уезде имеет период работы санитарного врача уезда – С. А. Томилина. С. А. Томилиным впервые систематизирован и налажен учет естественного движения населения. Им разработаны и введены индивидуальные карты регистрации записей рождений, смертей. С. А. Томилинин – демограф с мировым именем. В последующем С. А. Томилинин работал в Наркомздраве Украины, заведующим кафедрой социальной гигиены Харьковского мединститута.

Что удалось нашим коллегам в тот период и что не удалось?

Создание санитарной службы позволило проводить ежегодно анализ заболеваемости и смертности от эпидемических заболеваний.

Принимается целый ряд положений, указов о борьбе с « повальными » заразными заболеваниями, о борьбе с трахомой, о борьбе с холерой, о санитарном состоянии населенных мест и т. д.

Благодаря принятым мерам общая смертность в Александровском уезде снизилась с 37,2% в 1867 году до 23,07% в 1910 году. Однако, несмотря на усилия земской медицины, санитарных врачей, уровень инфекционной заболеваемости в Александровском уезде оставался высоким.

В структуре заболеваемости и смертности в 1910 году на первом месте, по-прежнему, были инфекционные заболевания, которые составляли около 35%. Смертность от кори составляла 33,8%, коклюша – 13,9%, скарлатины – 34%. Несмотря на то что охват оспопрививанием детей в тот период составил 60–70% от запланированного количества детей, смертность от натуральной оспы уменьшилась с 30% в 1861–1871 гг. до 9–6% в 1910–1912 гг.

В результате применения противодифтерийной сыворотки, смертность от дифтерии снизилась с 48,4% в 1892 году до 3,7% в 1898 году.

Снижение уровня заболеваемости и смертности по основным инфекционным болезням отмечается лишь с момента начала плановой вакцинации.

После начала плановой иммунизации против дифтерии заболеваемость детей снизилась по сравнению с 1902 годом в 563 раза, а смертность детей уменьшилась от данного заболевания в 1507 раз.

Дифтерия вызывает особое беспокойство и в настоящее время, которая в годы эпидемического неблагополучия сопровождается высокой летальностью.

Так, за 1980–1990 годы, отмечено два подъема заболеваемости дифтерией по причине увеличения количества медицинских противопоказаний

для проведения прививок и снижения уровня привитости населения. Следствием сложившейся ситуации в Украине было около 100 тыс. заболевших дифтерией, из них 5 тысяч умерших.

Начало плановой прививочной работы против коклюша с 1950 года, снизило заболеваемость детей коклюшем в десятки раз, а смертность детей от коклюша регистрировалась лишь в единичных случаях.

Проблемой для здравоохранения по-прежнему остается корь. До начала массовой иммунизации против кори в 1965–1966 гг. в мире регистрировалось около 130 млн. случаев кори и около 8 млн. смертей от данного заболевания. В Украине были подъемы заболеваемости корью в 2001 году, когда переболели корью 17 тысяч человек. За период 2005–2006 годов заболеваемость корью в Украине (всего 45116 случаев) составила по данным ВОЗ, 83% всех случаев кори из 53 стран европейского региона. Дополнительная вакцинация против кори в 2008 году была сорвана в основном по причине антивакцинальной пропаганды. В результате в стране вырос процент отказов от прививок, уровень коллективного иммунитета снизился на 60–80%. Охват прививками против кори за последние 3 года составлял 45–80%.

Недостатки в организации проведения вакцинации, привели к тому, что в 2011 году заболеваемость корью в Украине выросла в 8 раз, по сравнению с прошлым годом. За январь, февраль 2012 года в Украине заболело 2450 человек.

На сегодня инфекционные болезни – не только проблема жизни и здоровья человека, но и важная социально-экономическая проблема, имеющая последствия для благополучия как отдельного человека так и для государства и человечества в целом. Инфекционная заболеваемость вызывает озабоченность не только своей распространенностью, но и угрозой ее экономике и международному имиджу государства.

История развития эпидемий инфекционных болезней в Украине, повсеместной борьбы с ними заставляет задуматься не только медицинских работников, но и всю общественность по поводу того: стоит ли так необдуманно сегодня отказываться от иммунизации, совершившей такой переворот в борьбе с инфекционными болезнями и позволившей спасти миллионы человеческих жизней?

В современной ситуации серьезного кризиса здравоохранения важным и поучительным представляется обращение к историческому опыту отечественной медицины, в том числе и к опыту земской медицины.

Литература

1. Протоколы съезда земских врачей Александровского уезда за 1901 г. Запорожский областной архив, Ф. 56, оп. 1, ед. хр. 216.
2. Распоряжение Александровской уездной земской управы от 23 мая 1868 года. № 762. Запорожский областной архив, ф. 56, оп.1, ед. хр. 2.
3. О санитарном состоянии в Александровском уезде за 1882–1900 гг. Запорожский областной архив, ф. 56, оп. 1, ед. хр. 216.
4. О санитарном состоянии в Александровском уезде за 1910 г Запорожский областной архив, ф. 56, оп. 1, ед. хр. 242.
5. В. П. Петрыхин 140 лет земской медицине в Александровском уезде, Запорожский медицинский журнал № 3 2008 год.
6. Г. А. Пушкин. К истории земской медицины в Запорожье Советское здравоохранение 1969 г, № 5, – с. 76–81.
7. И. С. Сычова, Л. И. Чернышова, Л. В. Костюченко и др. Всеобщая вакцинация детей: актуален ли вопрос «необходима ли?», а поиск путей оптимизации процесса. Педиатрия № 23 ,2007 г. ст.5–6
8. Стратегическая программа предупреждения кори и врожденной краснушной инфекции в Европейском регионе ВОЗ. ВОЗ 2003 г. ст. 3–50
9. Министерство здравоохранения и ЮНИСЕФ начали информационную кампанию в поддержку вакцинации в Украине .Новости медицины и фармации № 10, 2010 г.
10. Медико-демографічна ситуація та організація медичної допомоги населенню в 2010 році. Підсумки діяльності системи охорони здоров'я та реалізація Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Зможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава.» Київ 2011 рік, С. 30–35

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЗАПОРОЖСКОЙ ОБЛАСТИ

Балашов Г. В., Лашкул З. В.

ГЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины»

Время рождения службы скорой медицинской помощи (СМП), как организованной медицинской структуры с определением ее задач, в Запорожье можно отнести к 1915 году. Тогда на базе земской больницы Александровска появилась первая бригада с одним врачом, выезжавшая на бричке к роженицам на дом, на несчастные случаи, травмы и различные внезапные заболевания в общественные места. В 1930 году в старой части города по улице Соборной была организована в отдельном помещении станция скорой медицинской помощи, в штате которой были один врач и три фельдшера.

Несколько раньше, в 1927 году, с началом строительства ДнепроГЭСа, в новой части города появились барачные поселки для рабочих. Для оказания им экстренной медицинской помощи была организована одна бригада скорой помощи на конной тяге. Интенсивное заселение строениями новой части города требовало расширения службы скорой помощи – в 1932 году на базе 3-й городской больницы была организована еще одна бригада скорой помощи, имевшая в оснащении грузовой автомобиль. В последующие годы на базе 9-й, 10-й и других крупных городских больниц стали организовываться выездные бригады скорой помощи, число которых к 1950 году достигло 20. В 1953 году в г. Запорожье были организованы три самостоятельные станции скорой помощи – Жовтневая, Орджоникидзе́вская и Ленинская, на их оснащении были санитарные автомашины, деревянные ящики с набором медикаментов и кислородные подушки.

В 1964 году были объединены все бригады скорой помощи Запорожья в единую станцию скорой помощи, главным врачом которой был назначен А. М. Глинка, заместитель главного врача СМП по лечебной работе Лазебная Т. М. Через год после объединения службы скорой медицинской помощи – в 1965-м – была организована первая специализированная бригада, именованная СТЭБ (специализированная тромбоэмболическая бригада), ветеранами этой бригады являются врач-кардиолог А. Д. Ширяев – заслуженный врач Украины, и фельдшера Р. Ф. Белоус, А. И. Тищенко, Р. М. Демченко.

В 1965 году в связи с ростом количества на-

селения в Запорожье была организована работа подстанции скорой медицинской помощи промышленного Заводского района и района Правого берега Днепра. А в 1969 году начали работать подстанции Коммунарского района (заведовал службой до 1994 года П. А. Пучков) и подстанция Шевченковского района, которую на протяжении более 30 лет возглавляет В. В. Перелыгин, Самая «молодая» подстанция скорой медицинской помощи была организована в 1970 году, в настоящее время занимает отличное 3-этажное помещение, построенное по типовому проекту.

В 1974 году было завершено строительство 3-этажного типового здания Центральной станции скорой медицинской помощи.

В 1974 году в службе СМП началась активная радиофикация санитарного транспорта, салоны их оснащались портативной наркозно-дыхательной аппаратурой, средствами транспортной иммобилизации, портативными ЭЖГ-аппаратами, что позволило повысить оперативность в работе бригад скорой помощи, совершенствовать качество диагностики, лечебной помощи на догоспитальном этапе.

В августе 1974 года с целью улучшения медицинского обслуживания населения города Запорожье была организована городская клиническая больница скорой помощи имени XXIV съезда КПСС (на базе 5-й городской клинической больницы со стационаром на 450 коек) со станцией скорой медицинской помощи в составе 47 выездных бригад: 3 специализированные (реанимация, психиатрическая, СТЭБ), 24 врачебных линейных и 19 фельдшерских. Инициатором, вдохновителем и исполнителем организации больницы скорой помощи в Запорожье был руководитель высокого класса Г. В. Балашов, который возглавлял больницу с 1973 по 1983 годы.

5-я городская клиническая больница была организована на базе вновь построенных типовых корпусов и начала работу с 16 февраля 1965 года. Поликлиника, входившая в состав больницы, имела два терапевтических отделения с 26-ю терапевтическими участками для медицинского обслуживания жителей Орджоникидзе́вского

района и закрепленных промышленных предприятий.

С 1967 года больница становится клинической базой Запорожского медицинского института.

У истоков создания больницы стояли заведующие областным и городским отделами здравоохранения: Е. Н. Краковский, А. В. Двойникова. Ими были приглашены для организации работы высококвалифицированные специалисты: Ф. С. Григорьев, А. Ф. Бервальд, И. А. Мацегора, Я. М. Рубан, Н. В. Концевая, А. Л. Городецкий, зав. поликлиникой Р. Г. Вайтаник. Первым главным врачом больницы была З. А. Козлова – опытный и принципиальный руководитель.

Создание в г. Запорожье в 1974 году больницы скорой медицинской помощи в составе крупного стационара и 7 подстанций СМП, практически в каждом административно-территориальном районе города стала новой организационной формой оказания экстренной медицинской помощи населению. С ее появлением стало возможным сблизить уровни оказания скорой медицинской помощи догоспитального и госпитального этапов, возможность единых методик оказания этого вида медицинской помощи на всех этапах. Благодаря максимальной концентрации экстренных служб в стационаре больницы, значительно сократились перетранспортировки больных из одного лечебного учреждения в другое. Улучшились возможности материального обеспечения службы, более рационального расходования выделяемых бюджетных средств. Стационар стал центром повышения квалификации медицинского персонала подстанций скорой помощи. Значительно улучшилось взаимодействие в обслуживании больных на догоспитальном и госпитальном этапах.

В 1975 году ревмокардиологическое отделение больницы было перепрофилировано в кардиологическое отделение для лечения больных с инфарктом миокарда, а терапевтическое отделение в 1988 году реорганизовано в urgentное кардиологическое отделение для лечения нестабильных стенокардии с 6-ю койками интенсивной терапии. Четкая организация работы инфарктного отделения, внедрение новых методик обследования и лечения больных позволили улучшить все качественные показатели его работы, снизить летальность почти в 4 раза (в 1976 г. – 39,6 процента, в 1999 г. – 11,3 процента). С внедрением в лечение больных с острым инфарктом миокарда тромболитика и проведением его у 214 больных достигнуто снижение летальности до 4,9 процента.

С 1975 года в больнице работает круглосуточный травмопункт, с 1977 года – круглосуточный кабинет неотложной стоматологической помощи населению областного центра.

У истоков организации анестезиологиче-

ской службы больницы в 1969 году были врачи: Э. И. Гераскютенко, и заслуженный врач БашАССР А. П. Федосеева. Было организовано реанимационное отделение на 6 коек, постепенно служба расширялась и ныне представлена 61 койкой интенсивной терапии, 52 врачами-анестезиологами. За отделением реанимации (12 коек) закреплена реанимационно-токсикологическая бригада скорой помощи, выполняющая в год до 1,5 тысячи вызовов, в том числе и в лечебные учреждения городов и районов области.

С ростом в структуре больницы удельного веса экстренной медицинской помощи, особенно травматологического профиля, возникла настоятельная необходимость строительства семизэтажного травматологического корпуса, который был запущен в эксплуатацию в августе 1982 года.

В нем разместились и начали функционировать отделения «сочетанной травмы (70 коек), челюстно-лицевой хирургии (70 коек), ожоговой травмы (60 коек – областной ожоговый центр), нейрохирургическое (80 коек), а также токсикологический реанимационный центр на 12 коек.

При чрезвычайных ситуациях структурные подразделения Центра способны в короткое время (один–три часа) оказать экстренную медицинскую помощь до тысячи пострадавшим, из них до пятисот госпитализировать.

Приобретена современная аппаратура: доплерограф, эндоскопы для внутрибрюшных операций, операций на головном и спинном мозге, контактный литотриптор, аппарат ТУР, кардиомониторы, кардиосистема «Плюс», хирургический инструментарий и многое другое.

Из года в год совершенствовалась система управления Центром. В настоящее время он представлен стационаром на 785 коек с 13-ю специализированными отделениями и 73 выездными бригадами скорой помощи, в т. ч. 18 бригад, специализированных с четкой системой взаимодействия. Широко внедрен в работу Центра принцип многоканального финансирования с методом постоянного экономического анализа, сопоставление затрат с результатами работы. Ежегодно в лечебно-диагностический процесс внедряется до 35 новых методик диагностики, лечения больных.

На протяжении 7 лет четко работает программа непрерывного повышения квалификации медицинских работников.

На протяжении 35 лет больница скорой медицинской помощи является организационно-методическим центром развития и совершенствования службы скорой помощи в лечебных учреждениях городов и районов области.

Больница скорой помощи за все время своего существования стала подлинной кузницей квалифицированных кадров. Многие практи-

ческие врачи больницы, подготовив и защитив диссертации, стали сотрудниками медицинских институтов во многих городах страны: профессора В. И. Бачурин, А. Т. Бутенко, Г. Харченко, заведующий кафедрой рентгенологии ЗМАПО д. м. н. А. П. Мягков, заведующий кафедрой хирургии ЗМАПО д. м. н., профессор Н. Н. Милица, доценты Э. И. Герасютенко, Л. П. Баштан, С. Б. Гавриленко, В. А. Могильный, С. Н. Грищенко, О. В. Шершнева, к. м. н. П. Б. Ткаченко, В. М. Тыркасова, Н. А. Ярешко и многие другие. Начальниками областного управления здравоохранения были в разное время выходцы больницы Г. В. Балашов (в настоящее время проректор ЗМАПО) и З. В. Лашкул (в настоящее время заведует кафедрой социальной медицины, ОЗО и МСЕК ЗМАПО, доцент).

Эстафету у ветеранов приняли и достойно продолжили лучшие заведующие отделениями: И. Л. Звеницкий, Т. И. Иванова, А. А. Мосейко, Ю. Г. Гайворонский, Т. И. Телесова, Г. В. Стеценко, О. Ю. Моряк, А. И. Беруненко, В. Н. Гузенко; заведующие подстанциями: В. В. Перелыгин, Л. И. Рындина, Т. М. Гавашели, О. П. Варова, Л. А. Литвин, А. Г. Холоша, Г. И. Шульга, Л. А. Карпенко, В. М. Черкасов, В. А. Якименко, В. В. Малая, Н. В. Иванова, Н. Ф. Помазан и многие другие врачи, медсестры, фельдшера, санитарки.

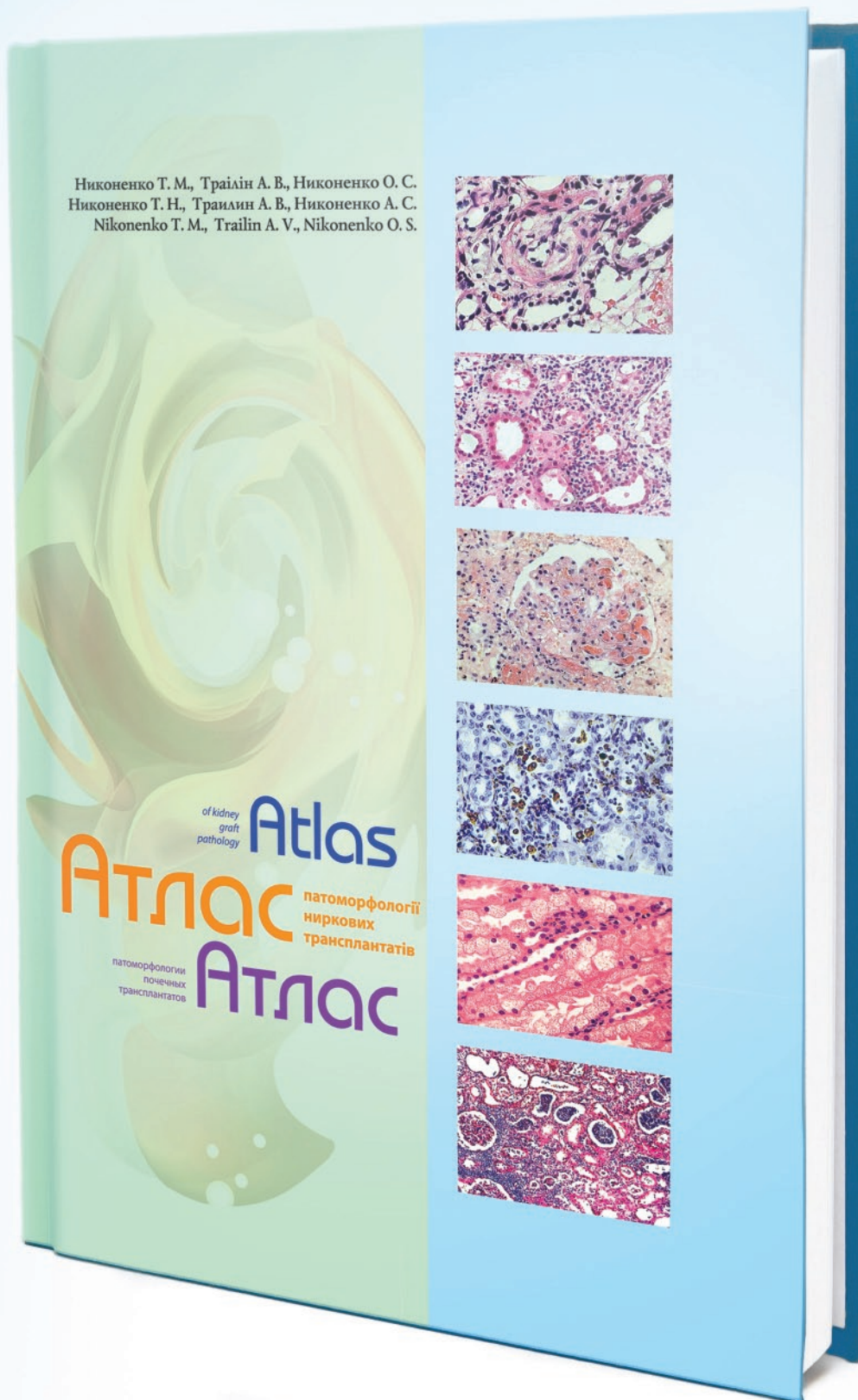
Большой вклад в лечебно-диагностический процесс вносили и вносят квалифицированные специалисты кафедр и курсов, работавшие на базе больницы: профессора С. М. Луценко, В. Г. Шершнева, Б. Н. Безбородько, В. И. Серга, И. Ф. Сырбу, И. В. Бердюк, В. И. Бачурин, В. Д. Сиволап и др.

Во главе самого крупного лечебного учреждения Запорожской области со дня его основания находились достойные специалисты-профессионалы, сумевшие создать хорошую материальную базу, крепкий, сплоченный коллектив единомышленников, что обеспечило постоянное улучшение качества лечебной работы. Заслуженные авторитеты больницы – главные врачи: З. А. Козлова (1964–1969 гг.), Р. Г. Андрейченко (1969–1973 гг.), Г. В. Балашов (1973–1983 гг.), А. Ф. Тонконогов (1983–1989 гг.), А. И. Дубовский (1989–1996 гг.) и с 1996 г. по 2011 г. – В. З. Бурлай, а также заместители главного врача: А. В. Двойникова, Н. Г. Костикова, В. К. Заришняк, А. Е. Булатова, Л. А. Грибачева, О. И. Великий, Ю. Г. Бабенко.

В настоящее время, несмотря на тяжелую экономическую ситуацию в стране, обнищание отрасли здравоохранения, в отделениях стационара пролечивают ежегодно до 20 тысяч больных и пострадавших, выполняется до 9,5 тысяч операций с хорошими качественными показателями диагностики и лечения.

Службой скорой помощи выполняется до 235 тысяч вызовов. Низкий процент опозданий на вызова. Обеспеченность населения бригадами СМИ на 10 тысяч населения составляет в Запорожье – 0,78 бригады, по Запорожской области – 0,88 бригады.

И сегодня Запорожский Центр экстремальной медицины и скорой помощи, благодаря своим профессионалам, и материально-технической базе продолжает решать задачи по обеспечению своевременной, квалифицированной экстренной медицинской помощи населению города, а по ряду разделов – и области.



АТЛАС ПАТОМОРФОЛОГІЇ НИРКОВИХ ТРАНСПЛАНТАТІВ

В атласі представлена морфологія ниркового алотрансплантата на різних етапах трансплантації. Наведені мікрофотографії ілюструють морфологічні зміни при ішемічних й реперфузійних пошкодженнях, гострому й хронічному відторгненні, морфологічні прояви нефротоксичності, пієлонефриту, інтерстиціального нефриту і рідких інфекційних захворювань (туберкульоз, цитомегаловірусна й поліомовірусна інфекції).

Атлас призначений для студентів, інтернів, трансплантологів, патологоанатомів і лікарів різних спеціальностей. Трьома мовами - російською, українською та англійською.

З питань придбання атласу звертатися на електронну пошту:
adminzmapo@gmail.com

ГОЛОВНА ПОДІЯ РОКУ ДЛЯ ФАХІВЦІВ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

IMF МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ ФОРУМ

ІННОВАЦІЇ В МЕДИЦИНІ-ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ

25-27 вересня 2012

КИЇВ ЕКСПО ПЛАЗА 
Київ, вул. Салютна, 2-Б (ст. метро «Нивки»)

За підтримки:

- Кабінету Міністрів України
- Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я
- Міністерства охорони здоров'я України

Організатори:

Національна академія медичних наук України



Співорганізатори:




Партнери:



MED ComplEX 3-я Міжнародна виставка охорони здоров'я MEDComplex - 2012



- ПІДВИЩЕННЯ КВАЛІФІКАЦІЇ, ОБМІН ДОСВІДОМ
- ПОВНИЙ СПЕКТР ОБЛАДНАННЯ, ТЕХНІКИ, ІНСТРУМЕНТАРІЮ ДЛЯ МЕДИЦИНИ, НОВИНКИ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ПРОДУКЦІЇ
- ІННОВАЦІЇ І ТЕХНОЛОГІЇ
- ШКОЛИ ТА МАЙСТЕР-КЛАСИ НА ДІЮЧОМУ УСТАТКУВАННІ 

PHARM 3-я Міжнародна спеціалізована виставка фармацевтичної продукції PHARMEX - 2012

PARA PHARMEX 3-я Міжнародна спеціалізована виставка товарів для здоров'я PARAPHARMEX - 2012

Науково-практична програма Форуму МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ КОНГРЕС «Впровадження сучасних досягнень медичної науки в практику охорони здоров'я України»*

- Понад **40** науково-практичних заходів для лікарів різних спеціалізацій, більш детальна інформація www.lmt.kiev.ua
У програмах конференцій передбачена видача сертифікатів

*Конгрес внесений за № 10 до Реєстру з'їздів, конгресів, симпозіумів та науково-практичних конференцій, які проводитимуться у 2012 році та затверджений МОЗ України і НАМН України

3 питань участі у виставках: ☎ +38 044 526 93 09 ✉ med@lmt.kiev.ua

3 питань участі у Конгресі: ☎ +38 044 361 07 21 ✉ marketing@lmt.kiev.ua



www.lmt.kiev.ua