Ж.В. Антоненко, О.В. Юрченко

ВИЯВЛЕННЯ ПРОГАЛИН У НАДАННІ ПОСЛУГ ХВОРИМ НА ВІЛ/СНІД У М. КИЄВІ

Київська міська клінічна лікарня № 5, м. Київ, Україна

З метою виявлення основних прогалин у наданні послуг хворим на ВІЛ/СНІД у м. Києві нами проаналізовано основні показники епідемічного процесу: оціночні дані щодо кількості людей, які живуть з ВІЛ у м. Києві; абсолютна кількість зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції; захворюваність та поширеність ВІЛ-інфекції, СНІДу; охоплення населення консультуванням і тестуванням на ВІЛ; поширеність ВІЛ серед груп підвищеного ризику; охоплення медичним спостереженням людей, інфікованих ВІЛ; охоплення антиретровірусною терапією хворих на ВІЛ-інфекцію; смертність унаслідок СНІДу.

За даними Київського міського центру профілактики та боротьби зі СНІДом, станом на 01.01.2015 р. під медичним спостереженням перебували 10 875 ВІЛ-інфікованих громадян України (382,2 на 100 тис. населення). Розрахована на основі Spectrum/EPP program оціночна чисельність людей, які живуть з ВІЛ, у м. Києві станом на 01.01.2015 р. становила 32 445 осіб (попередні розрахунки, 2015 р., не узгоджено на національному і регіональному рівнях). За оціночними даними, спостереженням охоплено лише 33,5% ВІЛ-інфікованих осіб. Достовірні дані щодо кількості осіб, які знають про наявність у них ВІЛ-інфекції, відсутні.

На складну епідемічну ситуацію в регіоні вказали показники поширеності ВІЛ серед донорів та вагітних, які у 2014 р. перевищили середній показник по країні і становили 0,16% серед первинних (разових) донорів (Україна – 0,14%) та 0,44% (Україна – 0,36%) серед первинно обстежених вагітних.

Дані рутинного епіднагляду засвідчили наявність сталої тенденції щодо швидкого збільшення абсолютної кількості та питомої ваги випадків інфікування ВІЛ статевим шляхом (незалежно від стадії хвороби). Якщо у 2012 р. у м. Києві вперше зареєстровано факт відносного перевищення кількості зареєстрованих випадків ВІЛ унаслідок статевого інфікування над кількістю випадків парентерального інфікування, то у 2015 р. питома вага випадків інфікування статевим шляхом сягнула 70%.

Оцінка даних щодо проведення консультування і тестування населення на ВІЛ у 2014 р. показала, що з 164 905 осіб, яким проведено передтестове консультування, 14% (n=23 132) не звернулися по післятестове консультування, 20,7% (n=38 965) з числа обстежених.

Показник захворюваності на ВІЛ-інфекцію, який фактично відображав лише реєстрацію випадків, незалежно від давності інфікування, у 2014 р. мав від'ємний темп приросту (-1,6%) і становив 48,1 на 100 тис. населення (Україна – 44,8 на 100 тис. нас.). З точки зору забезпечення контролю за поширенням ВІЛ-інфекції зниження темпу приросту на даному етапі швидше свідчило про низький рівень виявлення та реєстрації випадків, ніж про поліпшення епідемічної ситуації.

Виявлено суттєві відмінності щодо поширеності ВІЛ/СНІДу на субрегіональному рівні в окремих адміністративних районах міста. Станом на 01.07.2015 р. показник поширеності ВІЛ-інфекції в м. Києві становив 390,2 на 100 тис. населення (Україна – 290,6 на 100 тис. населення). У межах міста показник коливався від 242,2 на 100 тис. населення в Печерському районі до 469,2 на 100 тис. населення в Подільському районі. На нашу думку, різниця в окремих показниках обумовлена не лише особливостями соціально-демографічних характеристик районів, але й якістю та доступністю медичних послуг (якість консультативно-діагностичних послуг, охоплення скринінгом на ВІЛ-інфекцію, наявність кабінетів довіри, профілактичних послуг громадських організацій).

За даними рутинного серомоніторингу, у м. Києві відсоток охоплення медичним наглядом осіб, виявлених у 2014 р. як ВІЛ-позитивних, був найнижчим в Україні і становив 45,1% (n=1383), із них 45,4% мали III–IV клінічні стадії ВІЛ-інфекції. З числа (402 особи) пацієнтів віком від 18 років, котрі пройшли імунологічне обстеження, у більшості (62,2%) абсолютний рівень CD4+-лімфоцитів на момент встановлення діагнозу був меншим 200 кл/мкл.

У 2014 р. зареєстровано зростання показника захворюваності на СНІД порівняно з 2013 р. з 16,4 до 17,3 на 100 тис. населення, при цьому частка хворих на СНІД із діагнозом туберкульозу серед осіб з уперше в житті встановленим діагнозом СНІД перевищувала середній показник по Україні (49,3%), мала тенденцію до збільшення і дорівнювала 72,9% (n=364) проти 63,8% (n=300) у 2013 р.

Показник смертності від СНІДу у 2014 р. по м. Києву був нижчим за середній по Україні (8,0 на 100 тис. нас.): за рік зареєстровано 199 випадків смерті (6,9 на 100 тис. населення).

На нашу думку, ці дані не відображають істинного показника смертності, оскільки не враховують відомості про осіб, померлих від СНІД-індикаторних хвороб, які не перебували на диспансерному обліку в Київському міському центрі профілактики та боротьби зі СНІДом.

У результаті аналізу встановлено, що наявна у м. Києві система надання послуг у сфері ВІЛ/СНІДу потребує поліпшення. Серед основних прогалин: украй низький рівень охоплення диспансерним спостереженням осіб, в яких за результатами скринінгу підтверджено ВІЛ-інфекцію; ВІЛ-інфекція найчастіше виявляється на пізніх стадіях; діючий порядок виявлення та реєстрації випадків ВІЛ-інфекцій при зверненні населення до медичних закладів потребує оптимізації з урахуванням відмінностей на рівні територіально-адміністративних одиниць міста; не встановлені причини стрімкого поширення ВІЛ-інфекції статевим шляхом; дані рутинного епіднагляду не дають змоги об'єктивно оцінити вплив профілактичних інтервенцій.

В.В. Бідний

ЗАДОВОЛЕНІСТЬ ПАЦІЄНТІВ АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНИХ ЗАКЛАДІВ М. КИЄВА ОРГАНІЗАЦІЄЮ ТА ЯКІСТЮ УРОЛОГІЧНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

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

Мета – вивчити рівень задоволеності пацієнтів організацією та якістю отриманої спеціалізованої урологічної допомоги в амбулаторно-поліклінічних умовах у закладах охорони здоров'я м. Києва.

Матеріали та методи. З використанням спеціально розробленої анкети проведено соціологічне дослідження. Роздано 450 анкет, зібрано 423 (активність респондентів – 94,0%), статистично опрацьовано 400 (23 (5,44%) анкети не опрацьовано у зв'язку з неякісним заповненням).

Результати та обговорення. Задоволені організацією амбулаторної спеціалізованої медичної допомоги 189 (47,25%) респондентів. Визначені основні причини незадоволення: великі черги – 159 (75,35%) респондентів; неможливість отримання допомоги в день звернення – 63 (29,86%); неповага медичного персоналу – 98 (46,45%); відсутність необхідної інформації – 164 (77,73%); низький рівень санітарного забезпечення – 144 (68,25%). До проблем медичного характеру віднесені: неможливість пройти призначене обстеження в день звернення – 208 (98,58%); відсутність призначеного обстеження в закладі охорони здоров'я – 137 (64,93%). На платність тих чи інших процедур при отриманні амбулаторно-поліклінічної спеціалізованої урологічної допомоги вказали 364 (91,0%) респонденти.

Висновки. Результати соціологічного дослідження показали низький рівень задоволеності опитаного населення організацією та якістю урологічної медичної допомоги в амбулаторно-поліклінічних умовах у закладах охорони здоров'я м. Києва.

И.А. Бугоркова

ЕВРОПЕЙСКИЙ ОПЫТ ПО СНИЖЕНИЮ УРОВНЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

Здоровье справедливо занимает особое место в системе человеческих ценностей, осознается как бесценное благо, условие существования и реализации индивидуальной программы, составляющая счастья и благосостояния. Ввиду этого, вопросы сохранения и укрепления здоровья приобретают в современных условиях особую актуальность.

Европейское региональное бюро ВОЗ в Копенгагене разработало информационную систему стоматологического здоровья ORATEL, в основу которой взят индекс КПУ зубов как один из наиболее важных показателей качества стоматологической помощи.

По мере развития науки в структуру эпидемиологических исследований вошли как описательно-оценочные приемы, так и аналитические. По результатам эпидемиологического аналитического анализа, распространенность кариеса постоянных зубов с возрастом увеличивается с 22% у шестилетних детей до 99% у лиц 65 лет и старше. Интенсивность кариеса среди аналогичных возрастных групп городского и сельского населения практически не отличается.

Данные Глобального Банка ВОЗ об интенсивности кариеса зубов среди взрослого населения в возрастной группе 35–44 года в странах Европы свидетельствуют, что в Украине данный показатель составляет 9,0 по сравнению 20,1 в Финляндии; 22,0 – Дании; 22,3 – Швейцарии. Расхождение данных практически в 2,1 раза еще раз указывает на отсутствие строгих критериев в оценке индекса КПУ в нашей стране, что обуславливает риски осложнений.

Существующий мировой опыт реализации различных стратегий сохранения и укрепления здоровья засвидетельствовал, что наиболее оптимальной из них является профилактика.

Сегодня координированное планирование стоматологической помощи с акцентом на внедрение эффективных профилактических мероприятий является основным направлением международных программ по развитию стоматологии. На основании эпидемиологических исследований, мониторинга, руководители здравоохранения должны определить приоритеты и, соответственно, более эффективно использовать имеющиеся средства на удовлетворение первостепенных потребностей населения в стоматологической помощи. Планировать стоматологическую помощь, в том числе мероприятия по первичной профилактике, необходимо с учетом результатов ситуационного анализа и эпидемиологических данных.

Л.Я. Бучинський, В.Г. Слабкий

ЩОДО ФУНКЦІЙ ПОЛІКЛІНІК В УМОВАХ РЕФОРМОВАНОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

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

Мета – розробити функції поліклінік в умовах реформованої системи охорони здоров'я.

Матеріали та методи: концептуального моделювання, структурно-логічного аналізу, бібліосемантичний; основою дослідження є системний підхід.

Результати та обговорення. В умовах реформування системи охорони здоров'я пріоритет надається розвитку та впровадженню первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини. Лікарі загальної практики – сімейні лікарі (ЛЗПСЛ) відповідно до своїх компетенцій мають задовольняти до 80% потреб населення у медичній допомозі. При цьому лікарі-спеціалісти на амбулаторно-поліклінічному етапі надання медичної допомоги надають консультативну медичну допомогу. В Україні, в період становлення сімейної медицини, функції лікарів-спеціалістів поліклінік мають бути розширеними. Ми пропонуємо такі функції.

Надання консультативної допомоги сімейним лікарям: лікарі-спеціалісти поліклінік за направленнями ЛЗПСЛ надають консультативну допомогу, при цьому організовують обстеження пацієнтів відповідно до нозологічної форми хвороби та стану пацієнта. Законодавчо визначено, що на перехідний період консультативний прийом пацієнтів, які знаходяться під диспансерним наглядом, у поліклініках можна здійснювати і без скерування ЛЗПСЛ. З метою забезпечення пацієнтам лікувальних заходів на базі поліклінік організовують роботу денного стаціонару.

Участь у диспансеризації хворих та ведення диспансерного нагляду за хворими в тяжкому стані та з хворобами, які рідко зустрічаються: відповідно до нормативної бази, затвердженої МОЗ України, лікарі-спеціалісти поліклінік беруть участь у диспансерному нагляді за хворими, який проводять ЛЗПСЛ шляхом участі в розробці програм диспансеризації та забезпеченні їх реалізації. При цьому лікарі-спеціалісти самостійно проводять диспансеризацію хворих у тяжкому стані та з хворобами, які рідко зустрічаються, ЛЗПСЛ про це повідомляють.

Проведення експертної діяльності сумісно з сімейними лікарями. На даному етапі проведення реформи охорони здоров'я лікарі-спеціалісти здійснюють методичний супровід діяльності ЛЗПЛС за своєю спеціальністю. Однією з форм цієї функції є сумісне з ЛЗПСЛ проведення експертних оцінок медичного забезпечення пацієнтів на первинному рівні та обговорення й аналіз виявлених проблем.

Проведення роботи з безперервного підвищення в сімейних лікарів професійної майстерності є продовженням попередньої функції. За результатами проведеного аналізу виявляються проблемні питання з теоретичної та практичної підготовки ЛЗПСЛ, і лікарі-спеціалісти поліклінік організовують для них заняття з різними формами проведення, у тому числі сумісний тематичний прийом пацієнтів.

Пропаганда здорового способу життя серед населення з використанням групових та індивідуальних форм комунікацій.

Висновки. Запропоновані комплексні функції поліклінік в умовах реформованої системи охорони здоров'я полягають у: наданні консультативної допомоги сімейним лікарям; участі в диспансеризації хворих та веденні диспансерного нагляду за хворими в тяжкому стані та з хворобами, які рідко зустрічаються; проведенні експертної й освітньої роботи для сімейних лікарів, а також пропаганді здорового способу життя в населення.

О.О. Дудіна, Ю.Ю. Габорець, У.В. Волошина

ДО СТАНУ ЗДОРОВ'Я ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ

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

На тлі скорочення чисельності дитячого населення (8081,1 тис. дітей 0–17 років у 2010 р. і 7990,4 тис. у 2014 р.) рівні захворюваності і поширеності хвороб протягом зазначеного періоду залишалися високими – поширеність хвороб становила 1998,3 у 2010 р. і 1760,73 у 2014 р. на 1000 дітей відповідного віку, а захворюваність – 1454,9 та 1286,1 відповідно.

Якщо упродовж 2006–2010 рр. і захворюваність, і поширеність хвороб зростали, то з 2011 р. намітилася тенденція до їх зниження.

Проведений нами аналіз показав, що зменшення як захворюваності, так і поширеності хвороб у дітей 0–17 років відбулося за рахунок зниження рівня захворюваності за всіма класами хвороб, за винятком хвороб крові й кровотворних органів та окремих порушень із залученням імунного механізму та новоутворень.

За цей період відмічалися вищі темпи зниження поширеності розладів психіки та поведінки, ендокринних хвороб, розладів харчування та порушення обміну речовин, хвороб органів травлення, сечостатевої системи.

За даними державної статистичної звітності про стан здоров'я дітей 0–17 років, у 2014 р. у структурі захворюваності традиційно, як і в попередні роки, переважали хвороби органів дихання (66,78%), шкіри та підшкірної клітковини (5,24%), травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників (3,81%), деякі інфекційні та паразитарні хвороби (3,69%), хвороби органів травлення (3,65%), хвороби ока та його придаткового апарату (3,37%). Сумарна частка цих хвороб становила 86,52%.

Структуру поширеності хвороб дітей 0–17 років формували переважно хвороби органів дихання (52,18%), органів травлення (6,82%), ока та його придаткового апарату (5,42%), кістково-м'язової системи та сполучної тканини (4,16%), шкіри та підшкірної клітковини (4,48%). Сумарна частка вказаних класів хвороб у структурі поширеності становила 73,06%.

Індекс накопичення хвороб (відношення поширеності хвороб до захворюваності), який свідчить про переважання хронічних форм захворювань над гострими і залежить від якості медичної допомоги та сприятливого впливу інших соціальних чинників на перебіг захворювань, загалом по Україні у 2014 р. становив 1,4 при поляризації цього показника на окремих територіях України від 1,5 у Київській, Волинській, Донецькій, Чернівецькій, Чернігівській областях до 1,2 у Запорізькій області.

Усе ще високі рівні захворюваності і поширеності хвороб та їх відмінності у розрізі регіонів свідчать про те, що зростання захворюваності пов'язане із соціальними та економічними чинниками, які є стрижневими в політичному і громадському розвитку країни, і про необхідність пильної уваги до вирішення проблем як на рівні держави, так і на рівні сфери охорони здоров'я. Наднизькі показники захворюваності і поширеності хвороб серед дитячого населення Донецької та Луганської областей зумовлені неповною їх реєстрацією у зв'язку з нестабільною політичною ситуацією в країні.

Частота захворюваності та поширеності хвороб в окремих вікових групах має свої особливості. Загалом по Україні захворюваність дітей зменшувалася до шести років життя з подальшим збільшенням у віці 7–14 і зменшенням у віці 15–17 років, а поширеність хвороб зростала з віком, що, вірогідно, зумовлено накопиченням із віком хронічних хвороб.

У 2014 р. захворюваність дітей віком 0–6 років становила 1410,88 на 1000 дітей відповідного віку, 7–14 років – 1205,4, а 15–17 років – 1151,06; поширеність хвороб – 1624,5, 1801,4 та 2022,3 відповідно. Питома вага захворювань із діагнозом, встановленим уперше в житті, від усіх зареєстрованих у 2014 р. захворювань становила 86,9% серед дітей 0–6 років включно, 66,9% серед дітей 7–14 років включно та 56,9% серед дітей підліткового віку (15–17 років).

Вивчення динаміки захворюваності й поширеності хвороб залежно від віку дитини виявило тенденцію до зменшення як поширеності хвороб, так і захворюваності в дітей усіх вікових груп, що може бути зумовлене поліпшенням якості медичної допомоги цій категорії населення.

У рівнях поширеності захворювань за класами хвороб в окремих вікових групах виявлено збіги й розбіжності. З віком зменшувалася лише поширеність хвороб органів дихання (1037,79 у дітей віком 0–6 років, 865,0 у дітей 7–14 років та 735,54 у дітей 15–17 років), деяких інфекційних та паразитарних хвороб (63,27; 51,73; 42,17), хвороб вуха та соскоподібного відростка (47,85; 40,37 та 40,06 відповідно) при збільшенні поширеності інших класів хвороб. При цьому в дітей віком 7–14 років у 1,3–2,7 разу, віком 15–17 років – у 2,9–3,3 разу частіше, ніж у дітей віком 0–6 років, реєструвалися хвороби сечостатевої та нервової систем, хвороби органів травлення, ока та його придаткового апарату. Найбільш інтенсивно зростали з віком хвороби ендокринної та кістково-м'язової систем. Виявлені тенденції, вірогідно, зумовлені як анатомо-фізіологічними особливостями дітей різного віку, так і терміном дії несприятливих факторів навколишнього середовища.

Найбільш критичним віковим періодом є період новонародженості, який характеризується особливостями морфологічних, функціональних і біологічних змін, що виникають під час адаптації дитини до умов позаутробного життя. Наразі вже при народженні в кожної сьомої дитини відмічаються відхилення в стані здоров'я. Протягом першого року життя збільшується частота захворювань.

Н.Я. Жилка[1], А.В. Кудря[2]

МАТЕРІАЛЬНО-ТЕХНІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РОБОЧОГО МІСЦЯ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ В УКРАЇНІ

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

Забезпечення якості медичної допомоги значною мірою визначається рівнем матеріально-технічного забезпечення закладів первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД). За даними моніторингу 2014 р., умови організації ефективної медичної допомоги населенню в Україні недостатні, оскільки 26,5% (950) амбулаторій загальної практики / сімейної медицини (АЗПСМ) у сільській місцевості та 45,2% (936) у містах та селищах міського типу (СМТ) розташовані в приміщеннях, що потребують капітального ремонту.

Зокрема, у Херсонській області із 123 АЗПСМ, розташованих у сільській місцевості, і 41 – у містах та СМТ, усі потребують капітального ремонту.

Питома вага амбулаторій у центрах ПМСД (ЦПМСД), оснащених медичним обладнанням, інструментами та інвентарем відповідно до табеля оснащення, у 2014 р. становила лише 14,8% (у 2012 р. – 8,87%, у 2013 р. – 14,0%, без урахування АР Крим, Луганської, Донецької областей та м. Севастополя: у 2012 р. – 9,2%, у 2013 р. – 10,61%), автоматизованими робочими місцями – 11,5% (у 2012 р. – 9,96%, у 2013 р. – 16,0%; без урахування АР Крим, м. Севастополя, Луганської та Донецької областей: у 2012 р. – 8,4%, у 2013 р. – 11,78%), автомобілями – 43,9% (у 2012 р. – 44,2%, у 2013 р. – 44,7%; без урахування АР Крим, м. Севастополя, Луганської та Донецької областей: у 2012 р. – 49,75%, у 2013 р. – 43%) амбулаторій в Україні.

Немає жодної АЗПСМ у ЦПМСД, оснащеної відповідно до табеля оснащення, у Житомирській, Закарпатській, Івано-Франківській, Миколаївській, Одеській, Сумській, Харківській, Херсонській та Вінницькій областях. Відсутній автотранспорт на первинній ланці у Вінницькій та Херсонській областях, що не відповідає пріоритетності питання розвитку сімейної медицини в сучасній системі охорони здоров'я населення, відповідно до декларації, що для надання ПМСД належної якості необхідно привести у відповідність приміщення, в яких розташовані АЗПСМ, та оснастити їх згідно з чинним законодавством.

З огляду на вищенаведене можна стверджувати, що робочі місця ЛЗПСЛ украй недостатньо забезпечені, а це негативно впливає на якість ПМСД.

Н.Я. Жилка[1], О.О. Орлова[2]

ОСНОВНІ ПРОБЛЕМИ ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ЖІНОК

[1]Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна
[2]Міністерство охорони здоров'я України, м. Київ, Україна

З 1990 р. виробився широкий міжнародний консенсус із приводу існування державних зобов'язань щодо захисту й заохочення прав окремих осіб і пар регулювати власну репродуктивну функцію й мати доступ до планування сім'ї. Міжнародні угоди, такі як декларація Міжнародної конференції з народонаселення і розвитку в Каїрі у 1994 р. і стратегія ВООЗ із репродуктивного здоров'я від 2004 р., крім інших, визначили репродуктивне здоров'я і планування сім'ї основними міжнародними пріоритетами. Міжнародні лідери на Всесвітньому саміті 2005 р. домовилися про те, щоб до 2015 р. забезпечити загальний доступ до послуг із репродуктивного здоров'я національною стратегією для досягнення Цілей розвитку тисячоліття ООН, які заявляють, що «прогрес для жінок – це прогрес для всіх», (Фонд Народонаселення ООН, 2005 р.).

Планування сім'ї доводить свою користь для здоров'я населення. Контрацепція може скоротити кількість небажаних вагітностей, а також число абортів, ускладнень після вагітності і пологів (шляхом запобігання вагітності) і, крім того, зменшити кількість інфекцій, що передаються статевим шляхом, включаючи ВІЛ. Планування сім'ї є успішним втручанням, яке сприяє поліпшенню здоров'я немовлят і дітей, а також зниженню рівня дитячої смертності. Проте реалізація програм планування сім'ї стримується різними факторами, включаючи недостатнє фінансування, що виділяється на репродуктивне здоров'я й послуги з планування сім'ї, неадекватні системи охорони здоров'я й слабкі адміністративні структури, перешкоди в законодавстві, а також більш широкі соціальні умови гендерної нерівності і соціальних норм стосовно репродуктивного вибору.

Основними проблемами планування сім'ї ВІЛ-інфікованих жінок в Україні є поширеність ВІЛ-інфекції серед жінок репродуктивного віку, потенційних матерів; переважний гетеросексуальний шлях передачі ВІЛ; висока питома вага ВІЛ-інфікованих жінок – споживачів ін'єкційних наркотиків; ранній вік початку незахищених статевих стосунків, що спричинюють ВІЛ-інфекцію в молодих жінок і небажану або незаплановану вагітність; недостатній доступ до послуг планування сім'ї; високий рівень небажаної вагітності у ВІЛ-інфікованих жінок та переривання її шляхом медичного аборту, а також пов'язана з цим недостатня прихильність до профілактичних послуг, як наслідок, – поширення ВІЛ-інфекції вертикальним (від матері до дитини) і горизонтальним (статевому партнеру) шляхом, соціальне сирітство дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями.

Р.Л. Картавцев, Г.Я. Пархоменко

ЗАБЕЗПЕЧЕНІСТЬ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ВИСОКОВАРТІСНИМ ОБЛАДНАННЯМ ЯК ФАКТОР ЯКІСНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

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

Мета – показати вплив рівня забезпеченості закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) сучасним високовартісним обладнанням на якість та ефективність медичної допомоги.

Матеріали та методи: системного підходу та аналізу, порівняльного аналізу, структурно-логічного підходу.

Результати та обговорення. Якість медичної допомоги формують три взаємопов'язані складові: структура, процес і результат. До складових структури належить рівень забезпеченості ЗОЗ ресурсами, у тому числі обладнанням. Сучасне обладнання, як правило, є високовартісним, відноситься до основних фондів і закуповується за бюджетні кошти централізовано. Крім того, проблема забезпечення ЗОЗ сучасним високовартісним обладнанням полягає, особливо для ЗОЗ вторинного рівня надання медичної допомоги, у відсутності його в переліку, затвердженого МОЗ України як галузевий стандарт – «Табель оснащення» ЗОЗ відповідного рівня надання медичної допомоги. Проведене дослідження з інвентаризації ЗОЗ системи охорони здоров'я МОЗ України вказує як на недостатній рівень їх забезпеченості обладнанням, так і на недостатньо раціональне його використання.

Наявність у ЗОЗ сучасного обладнання дає змогу впроваджувати ефективні технології, які базуються на даних із доведеною ефективністю, здатні забезпечувати вимоги клінічних протоколів, надавати пацієнтам якісну медичну допомогу та отримувати оптимальні результати лікування. Відсутність обладнання не дає змоги забезпечити все вище наведене. Наприклад, золотим стандартом медичної допомоги при церебральному інсульті є об'єктивна за допомогою методів променевої діагностики візуалізація патологічного процесу, від результатів якої залежить лікувальна тактика. Відсутність необхідного діагностичного обладнання не дає змоги встановити вид патологічного процесу (ішемічний, геморагічний), а відповідно організувати й провести лікувальний процес. Звідси, в Україні високий рівень летальності при церебральних інсультах, особливо в ЗОЗ вторинного рівня надання медичної допомоги, де відповідна апаратура відсутня і не передбачена табелями оснащення.

Висновки. Показано залежність якості та ефективності лікувальної допомоги від рівня забезпеченості ЗОЗ сучасним обладнанням.

О.Ю. Качур

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ЯКОСТІ ПРОЦЕСУ ПРОМЕНЕВОЇ ДІАГНОСТИКИ ТА РІВНЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-РЕНТГЕНОЛОГІВ

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

Мета – встановити взаємозв'язок якості процесу променевої діагностики та рівня професійної підготовки лікарів-рентгенологів.

Матеріали та методи. Проведено соціологічне опитування 54 лікарів променевої діагностики.

Результати та обговорення. Професійні риси лікаря визначає характер його професійної підготовки: наявність первинної спеціалізації та подальшого удосконалення, характеру та періодичності цієї підготовки. За даними соціологічного опитування лікарів променевої діагностики, 63,0% спеціалізуються тільки з одного методу променевої діагностики, решта (37,0%) респондентів мають первинну спеціалізацію з двох і більше методів променевої діагностики (рентгенологія та ультразвукове дослідження (УЗД) – 19,4%; рентгенологія та комп'ютерна томографія (КТ) або магнітно-резонансна томографія (МРТ) – 5,6%; рентгенологія, УЗД і КТ або МРТ – 3,7%; понад чотири методи – 6,5%). Таким чином, майже всі (90,8%) лікарі, які працюють у сфері променевої діагностики, мають первинну спеціалізацію з рентгенології, кожний четвертий – з УЗД. Порівняно незначна кількість лікарів мають підготовку із сучасних методів діагностики – КТ і МРТ. Лікарі, які працюють у стаціонарах, мають більш широку підготовку, ніж їхні колеги в поліклініках: спеціалізацію з двох і більше методів променевої діагностики мають 40,7% працюючих у стаціонарах проти 28,0% працюючих в амбулаторно-поліклінічній мережі. За даними дослідження, 63,9% лікарів променевої діагностики проходять курси підвищення кваліфікації з частотою не рідше ніж один раз на п'ять років, 23,1% – частіше, а 10,2% – рідше. Вивчалися взаємовідносини в ланцюжку «лікуючий лікар – пацієнт – лікар променевої діагностики». Майже всі (93,5%) лікарі променевої діагностики зазначають, що при плануванні обстеження

вони повинні знати попередній діагноз лікуючого лікаря, а 6,5% вказують, що він їм необхідний інколи. Більшість (88,9%) лікуючих лікарів для встановлення заключного діагнозу використовують результати інших методів променевої діагностики. 60,2% читають висновок, 86,1% переглядають дані дослідження на плівці або на іншому носію особисто, 22,2% проводять додаткові обстеження.

Тільки 14,8% лікарів променевої діагностики пояснюють пацієнтові зміст висновку за результатами обстеження, 82,4% пояснюють інколи, 1,9% не пояснюють взагалі.

Висновки. Встановлено прямий кореляційний взаємозв'язок між рівнем професійної підготовки лікарів-рентгенологів та якістю процесу променевої діагностики.

Л.В. Крохмалюк

К ВОПРОСУ ЭПИДНАДЗОРА И ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ

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

Эпиднадзор и оценка состояния здоровья и благополучия населения являются первой основной оперативной функцией общественного здравоохранения, которые определены ВОЗ.

Оценка состояния здоровья населения и бремени болезней (как в целом, так и по группам риска и в различных средовых условиях), а также масштабов неравенств по показателям здоровья между различными группами и территориями является краеугольным камнем стратегии общественного здравоохранения. Оценка медико-санитарных потребностей включает факторы, влияющие на состояние здоровья и поведение в отношении здоровья, в том числе социальные, производственные и физические условия среды. В этой работе важное место занимает оценка потребностей малообеспеченных или социально неблагополучных групп, которая проводится в форме аудитов социальной справедливости в отношении здоровья, позволяющих выявить разрыв между потребностями в услугах и их фактической доступностью.

На основе результатов оценки медико-санитарных потребностей формируются основные вмешательства общественного здравоохранения, относящиеся к защите и укреплению здоровья и профилактике болезней, а также проводится разработка национальных стратегий здравоохранения. Для осуществления оценки необходимо иметь системы сбора данных, эпиднадзора и мониторинга тенденций в отношении показателей здоровья, поведенческих аспектов здоровья, уровней смертности, травматизма и насилия, а также частоты случаев и распространенности инфекционных и неинфекционных болезней, включая расстройства психического здоровья. Данные также должны быть представлены в разбивке по уровням социально-экономического статуса и ключевым переменным (для выявления неравенств в отношении здоровья) и включать основные показатели здоровья населения. Следует иметь детальный перечень финансовых и кадровых ресурсов, необходимых для систематического сбора медико-санитарных данных, проведения оценки и эпиднадзора. Также целесообразно провести оценку рисков для общественного здравоохранения в связи с выявленными пробелами. Результаты оценки медико-санитарных потребностей следует широко публиковать в целях обеспечения прозрачности и подотчетности.

В.В. Кручаниця[1], Н.С. Защик[2]

РОЛЬ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ В ПРОФІЛАКТИЦІ ВЖИВАННЯ НАСЕЛЕННЯМ НАРКОТИКІВ НЕ З МЕДИЧНОЮ МЕТОЮ

[1]ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна
[2]ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, Україна

Мета – розробити систему заходів для їх здійснення на рівні первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) лікарями загальної практики – сімейними лікарями (ЛЗПСЛ) з метою профілактики вживання населенням наркотиків не з медичною метою.

Матеріали та методи. У роботі використано бібліосемантичний метод і метод описового моделювання, а також результати наукових досліджень інституту й багаторічний особистий професійний досвід.

Результати та обговорення. Профілактична складова в професійній діяльності ЛЗПСЛ є основною. Вона багатогранна і структурується за різними чинниками: місцем проведення, цільовою аудиторією, формую проведення тощо. Ефективна діяльність із

профілактики вживання наркотиків є надзвичайно складною як за її організацією, так і за вибором цільової аудиторії й формою проведення.

Комплексна робота із залученням усіх членів сім'ї, що проводиться для профілактики соматичних хвороб, як правило, не дає позитивних результатів, а навпаки. Дані вказують, що до прийому наркотиків залучаються особи підліткового чи молодого віку із соціально та економічно неблагополучних сімей та сімей, економічний стан яких є високим, а зайнятись батьків не дозволяє цікавитися дітьми, а тим більше вирішувати їхні проблеми. В цих випадках однією з дієвих форм впливу є організація руху «рівний–рівному», із впливового оточення груп ризику сімейний лікар має отримати підтримку неформальних лідерів і забезпечити їх необхідною інформацією.

Висновки. Запропоновано заходи на рівні ПМСД щодо зниження вживання населенням наркотиків не з медичною метою. Ці заходи носять профілактичний характер із застосуванням індивідуальних і масових форм впливу та формування активу з неформальних лідерів для проведення активної роботи за принципом «рівний–рівному».

Р.Ю. Погоріляк

АНАЛІЗ ДЕМОГРАФІЧНОЇ СИТУАЦІЇ ПРОТЯГОМ 1995–2013 РОКІВ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

Вступ. У сучасних умовах розвитку суспільства здоров'я населення є одним із найважливіших показників економіки будь-якої країни та добробуту населення. За визначенням ВООЗ, сучасна система охорони здоров'я має забезпечувати доступність медичних послуг для тих, хто найбільше її потребує, характеризуватися високою якістю і забезпечувати максимально можливі результати для здоров'я на популяційному рівні.

Мета – вивчити стан здоров'я населення на регіональному рівні.

Матеріали та методи. Для проведення дослідження проаналізовано дані мережі закладів та основних показників діяльності охорони здоров'я Закарпатської області за 1995–2013 роки.

Результати та обговорення. За даними аналізу, протягом досліджуваного періоду для регіону характерним було зменшення загальної чисельності населення, високий сумарний коефіцієнт народжуваності (1,4–1,6 дитини на одну жінку), переважання рівня народжуваності в сільських поселеннях, а також у гірській ландшафтній зоні. Рівень смертності в області був нижчим (11,0‰), ніж по Україні (14,6‰), проте високим як для Європи (3,4‰). Характерним було переважання смертності серед сільського населення та викликає занепокоєння надто високий рівень малюкової смертності (9,0‰), який був вищим за національний показник (8,1‰). Найвищі рівні як загальної, так і дитячої смертності відмічалися в гірській місцевості, що вказувало на низьку доступність та якість медичного обслуговування і нерівний доступ різних верств населення до послуг охорони здоров'я.

Характерним було також зростання протягом досліджуваного періоду показників первинної та загальної захворюваності серед усіх вікових категорій. Так, частота захворювань серед дітей віком 0–14 років зросла на 26,9%, серед підлітків – на 37,2%, а серед населення старших вікових груп – на 6,4%. Рівень поширеності хвороб у цих самих вікових категоріях збільшився на 20,7%, 28,3% та 39,0% відповідно.

Структура первинної та загальної захворюваності серед дорослого населення в Закарпатській області не відрізнялася від такої по Україні, проте частота деяких із них (хвороби ендокринної системи, крові та кровотворних органів, систем кровообігу та травлення) перевищувала загальнонаціональний показник. Це потребує підвищеної уваги з боку медичних служб до проблем регіону.

Висновки. Наведені матеріали свідчать, що саме сьогодні піклування про стан здоров'я населення потребує загальнонаціональних зусиль, підтримки кожного, хто причетний до цієї життєво важливої сфери, насамперед організаторів охорони здоров'я, у реалізації заходів із надання належної медичної допомоги та забезпечення гідної охорони здоров'я кожного громадянина. Керівні кадри області мають реагувати на зміни, які відбуваються в стані здоров'я населення регіонів, вирішуючи в тому числі кадрові проблеми.

Г.І. Подольська

МОЖЛИВІ ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ ПРАЦІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР У СТАЦІОНАРАХ ОФТАЛЬМОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

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

Мета – розробити шляхи оптимізації професійної діяльності медичних сестер, які працюють у стаціонарних відділеннях офтальмологічного профілю.

Матеріали та методи: експертних оцінок, хронометражних досліджень, контент-аналізу нормативних актів, описового моделювання, які базуються на системному підході.

Результати та обговорення. У ході дослідження вивчено організацію професійної діяльності медичних сестер, які працюють у стаціонарних відділеннях офтальмологічного профілю; виявлено ряд суттєвих недоліків в усіх її складових: структурі, процесі, що негативно відбивається на результатах. До встановлених недоліків віднесено недостатній рівень професійної, особливо практичної, підготовки, відсутність чіткого розподілу функцій між лікарями та медичними сестрами, між медичними сестрами та молодшими медичними сестрами, що призводить до виконання всіма учасниками процесу невластивих їм функцій, відсутність стандартів і технологій медичної діяльності, чітких організаційних графіків роботи, які визначають рівномірність професійного навантаження медичних сестер протягом доби, днів тижня, місяців року тощо.

Висновки. Розроблені шляхи оптимізації професійної діяльності медичних сестер, які працюють у стаціонарних відділеннях офтальмологічного профілю, скеровані на усунення виявлених недоліків, носять переважно організаційний характер і впроваджуються на рівні закладу охорони здоров'я прийняттям управлінських рішень. На сьогодні вони апробуються в Київському центрі мікрохірургії ока.

Г.К. Северин

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ЗЛОЯКІСНІ НОВОУТВОРЕННЯ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ ДОНЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ ЗАЛЕЖНО ВІД СТАТІ ТА ЛОКАЛІЗАЦІЇ

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

Онкологічна патологія є однією з найбільш значущих причин інвалідизації та смертності населення України, як серед чоловічого, так і серед жіночого населення.

Мета – вивчити рівень захворюваності на злоякісні новоутворення серед населення Донецької області залежно від статі та локалізації патологічного процесу.

Матеріали та методи. Використано показники здоров'я населення та діяльності медичних установ Донецької області за 2012–2013 рр. інформаційно-аналітичного центру медичної статистики Головного управління охорони здоров'я Донецької ОДА [1, 2].

Результати та обговорення. Порівняльний аналіз захворюваності на злоякісні новоутворення чоловіків і жінок у Донецькій області за 2012–2013 рр. показав (таблиця), що, як і в попередні роки, спостерігалося зростання кількості захворювань на злоякісні новоутворення серед усього населення Донецької області. Однак серед чоловіків темпи зростання всіх злоякісних новоутворень були у 2,5 разу нижчими, ніж у жінок, і становили відповідно 0,8% і 2,0% (у чоловіків у 2012 р. ці показники дорівнювали 344,3 на 100 тис. населення, а у 2013 р. – 347,0; у жінок – відповідно 343,3 і 349,9).

Так, за темпами зростання за локалізацією злоякісного новоутворення у чоловіків перше місце посіли ураження кісток та сполучної тканини (37,5%); друге – прямої кишки (15,8%); третє – щитоподібної залози (13,6%); у жінок – відповідно рак гортані (66,7%), губи (60,0%) та щитоподібної залози (33,6%).

Найбільші темпи зниження за локалізацією злоякісного новоутворення у чоловіків спостерігалися при ураженні молочної залози (-28,6%), лейкемій (-19,5%) та стравоходу (-16,2%), у жінок – при злоякісних лімфомах (-14,0%), ураженні нирок (-9,5%) та ободової кишки (-4,0%).

В останні декілька років у чоловіків відмічалася позитивна динаміка щодо зниження рівня захворюваності на рак трахеї, бронхів і легень. Темпи зниження цього показника у 2012–2013 рр. становили -5,9%. Водночас, серед жінок цей показник поступово зростав. За період 2012–2013 рр. темп зростання цієї патології збільшився на 10,2%.

Занепокоєння станом захворюваності на злоякісні новоутворення викликали темпи зростання в жінок раку гортані (66,7%), губи (60,0%) та стравоходу (25,0%), тоді як аналогічні показники серед чоловічого населення дорівнювали: рак гортані – 4,3%, губи – 7,1%, стравоходу – -16,2%.

Таблиця

Захворюваність на злоякісні новоутворення залежно від статі та локалізації (на 100 тис. чоловіків або жінок)

Локалізація злоякісного новоутворення	На 100 тис. населення					
	чоловіки			жінки		
	2012	2013	темп зростання або зниження, %	2012	2013	темп зростання або зниження,%
Усі злоякісні новоутворення	344,3	347,0	0,8	343,0	349,9	2,0
у тому числі:						
Губи	1,4	1,5	7,1	0,5	0,8	60,0
Ротової порожнини, глотки	14,2	15,2	7,0	2,8	3,1	10,7
Стравоходу	6,8	5,7	-16,2	0,8	1,0	25,0
Шлунка	29,2	27,3	-6,5	16,5	16,9	2,4
Ободової кишки	22,8	24,5	7,5	27,5	26,4	-4,0
Прямої кишки	20,2	23,4	15,8	19,1	18,7	-2,1
Гортані	9,4	9,8	4,3	0,3	0,5	66,7
Трахеї, бронхів, легені	69,8	65,7	-5,9	12,8	14,1	10,2
Кісток та сполучної тканини	2,4	3,3	37,5	2,9	3,6	24,1
Меланома шкіри	5,0	5,1	2,0	6,8	6,9	1,5
Інші захворювання шкіри	29,7	32,2	8,4	38,1	37,6	-1,3
Молочної залози	0,7	0,5	-28,6	70,8	70,1	-1,0
Шийки матки	-	-	-	20,6	20,3	-1,5
Тіла матки	-	-	-	27,8	31,1	11,9
Яєчника	-	-	-	18,0	18,5	2,8
Передміхурової залози	31,2	33,1	6,1	-	-	-
Нирки	13,6	14,6	7,4	9,5	8,6	-9,5
Сечового міхура	19,1	18,0	-5,8	4,3	4,2	-2,3
Щитовидної залози	2,2	2,5	13,6	11,3	15,1	33,6
Злоякісні лімфоми	8,9	8,5	-4,5	8,6	7,4	-14,0
Лейкемії	7,7	6,2	-19,5	5,0	4,9	-2,0

Вищенаведена ситуація може бути пов'язана із поширенням тютюнокуріння серед жінок. Це підтверджують епідеміологічні дослідження закордонних вчених, які довели, що куріння сигарет є причинним фактором розвитку раку легень, ротової порожнини, стравоходу, сечового міхура, нирок, підшлункової залози, шлунка, шийки матки та гострої мієлоїдної лейкемії [3]. А враховуючи те, що серед жінок почастішали випадки тютюнокуріння, слід більш детально провести дослідження його впливу на жіночий організм.

Висновки. Таким чином, проведені дослідження вказують на доцільність значної профілактичної роботи щодо запобігання тютюнокурінню серед населення регіону, а також на необхідність інтенсифікації заходів щодо пропаганди здорового способу життя.

Література

1. *Показники* здоров'я населення та діяльності медичних установ Донецької області за 2012 рік (статистичні матеріали). – Донецьк, 2013. – 385 с.
2. *Показники* здоров'я населення та діяльності медичних установ Донецької області за 2013 рік (статистичні матеріали). – Донецьк, 2014. – 354 с.
3. *National* Cancer Institute: PDQ® Cancer Prevention Overview. Bethesda, MD: National Cancer Institute. Date last modified. 31.01.2013.

Г.О. Слабкий, І.М. Рогач, Л.О. Качала, Р.Ю. Погоріляк, В.В. Скрип

ІНТЕРЕС КУРСАНТІВ ЦИКЛУ ПЕРЕДАТЕСТАЦІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ОРГАНІЗАЦІЯ І УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я» ДО ТЕМ НАВЧАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

Аналіз, проведений за результатами соціологічного дослідження серед курсантів циклу ПАЦ за спеціальністю «Організація і управління охороною здоров'я», показав їх високий інтерес до таких тем навчальної програми:

– реформування системи охорони здоров'я (95,4%);

– правове забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я – ЗОЗ (92,6%);

– управління якістю медичної допомоги на рівні ЗОЗ (90,2%);

– економічні засади діяльності ЗОЗ в умовах реформування системи охорони здоров'я (86,4%);

– автономізація ЗОЗ (84,4%);

– організація стійкої та тимчасової втрати працездатності (82,8%).

Менший, але достатньо високий, інтерес виявили курсанти до таких тем навчальної програми:

– організація статистичного обліку, звітність та аналіз діяльності ЗОЗ (62,8%);

– застосування інформаційних технологій на рівні ЗОЗ (60,4%);

– розвиток системи громадського здоров'я в Україні (58,6%).

Найменший інтерес виявили курсанти до таких тем навчальної програми:

– організація діяльності санітарно-епідеміологічної служби (26,2%);

– організація боротьби із соціально значущими хворобами (24,6%);

– всі розділи програми теоретичної спрямованості (20,4%).

Більшість курсантів підтримали впровадження очно-дистанційної форми навчання.

Г.О. Слабкий[1], Н.Ф. Шишацька[2]

КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВ ПАЦІЄНТІВ У СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

[1]ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна
[2]ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, Україна

Мета – розробити концептуальні підходи до забезпечення прав пацієнтів у системі охорони здоров'я України

Матеріали та методи: концептуального моделювання, системного підходу та структурно-логічного аналізу.

Результати та обговорення. Запропоновано заходи до забезпечення прав пацієнтів у системі охорони здоров'я на всіх рівнях управляння. Вони полягають у наступному.

На рівні Верховної Ради України рекомендується прийняти Закон України «Про забезпечення прав пацієнтів», яким на законодавчому рівні пропонується закріпити у вітчизняній системі охорони здоров'я міжнародні правові норми, базуючись на нормах «Європейської Хартії прав пацієнтів».

Постановою Кабінету Міністрів України рекомендується затвердити механізми втілення в практику правових норм Закону України «Про забезпечення прав пацієнтів» і джерела фінансування організаційних заходів.

За впровадження вказаного закону в практичну діяльність має відповідати Міністерство охорони здоров'я України, яке, із залученням наукового потенціалу та ресурсів міжнародних і громадських організацій, повинне підготувати низку наказів, організаційних керівництв, методичних рекомендацій та інструкцій щодо проведення комплексу заходів із забезпечення прав та гідності пацієнтів у системі охорони здоров'я на всіх етапах і рівнях отримання медичної допомоги та міжсекторального забезпечення права населення на здоров'я.

На центральному рівні управління до рішення комплексної проблеми щодо забезпечення прав пацієнтів мають бути залучені профільні лікарські асоціації та впроваджені в типові навчальні програми на до- та післядипломному рівнях підготовки спеціалістів питання забезпечення прав пацієнтів у системі охорони здоров'я.

На рівні закладів охорони здоров'я дана проблема має бути вирішена шляхом інформування медичних працівників із питань прав пацієнтів і розробки комплексу заходів організаційного характеру з мотивацією до їх виконання медичних працівників. Контроль можуть здійснювати представники опікунських (наглядових) рад.

Висновки. Запровадження концептуальних підходів до забезпечення прав пацієнтів в системі охорони здоров'я дасть змогу досягти в Україні європейських стандартів.

В.В. Шафранський

ПРО НЕОБХІДНІСТЬ РОЗРОБКИ НАВЧАЛЬНИХ ПРОГРАМ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я»

Міністерство охорони здоров'я, м. Київ, Україна

Впровадження в Україні системи громадського здоров'я передбачає міжсекторальний підхід в організації співпраці всіх секторів на центральному, регіональному та місцевому рівнях щодо забезпечення здоров'яформуючих та здоров'язберігаючих умов проживання, праці, навчання, транспортування, харчування тощо.

Міжсекторальний підхід передбачає наявність знань керівників усіх рівнів і гілок влади, організацій, підприємств, установ і закладів незалежно від рівня підпорядкування та власності, представників недержавних організацій із питань громадського здоров'я. Крім того, всі названі контингенти мають бути обізнані у сучасних міжнародних підходах до громадського здоров'я, визначених у документах ВООЗ «Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения», 2012 р. Цей документ визначає 10 основних функцій громадського здоров'я.

Для інформування представників влади має бути внесений розділ «Громадське здоров'я в діяльності державної влади». На регіональному рівні обласні координаційні ради повинні забезпечити через цикл лекцій підготовку керівників усіх рівнів і гілок влади, організацій, підприємств, установ і закладів незалежно від рівня підпорядкування й власності, представників недержавних організацій із питань громадського здоров'я.

На рівні вищих медичних навчальних закладів III–IV рівнів акредитації на кафедрах «Організації і управління охорони здоров'я» та «Первинна медико-санітарна допомога» факультетів післядипломної освіти мають бути організовані курси тематичного удосконалення з громадського здоров'я. Відповідні доповнення повинні бути внесені у програми додипломної підготовки лікарів.

Розділи програми міжсекторальної підготовки спеціалістів із громадського здоров'я мають відповідати 10 основним функціям громадського здоров'я.