

М.І. Бадюк¹, І.К. Серета¹, О.О. Микута¹, Б.Б. Жупан²

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СТАНДАРТИЗАЦІЇ МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ

¹Українська військово-медична академія, м. Київ, Україна

²Національний військовий медичний клінічний центр «ГВКГ», м. Київ, Україна

Актуальність теми. Зміни воєнно-політичної обстановки у світі свідчать про її напруженість, динамічний та нестабільний характер. Провідні держави збільшують розміри воєнних витрат, активізують розробку нових зразків озброєння, підвищують інтенсивність військових навчань. Воєнна сила продовжує залишатися визначальним елементом спроможності будь-якої країни відстоювати свої національні інтереси. У зв'язку з цим в Україні відбувається системне реформування у сфері національної безпеки та оборони, що висуває високі вимоги до медичного забезпечення Збройних Сил (ЗС) України.

Так, відповідно до положень Указу Президента України від 24.09.2015 р. № 555/2015 «Про нову редакцію Воєнної доктрини України», з метою пріоритетного розвитку військової медицини, виникла необхідність створити ефективну систему медичного забезпечення військ, шляхом проведення організаційно-структурних перетворень у медичній службі, з урахуванням інтеграції системи медичного забезпечення в загальнодержавну систему охорони здоров'я. Одним із напрямків реформування системи медичного забезпечення ЗС України є впровадження стандартів медичного забезпечення ЗС України.

Мета роботи – проаналізувати стан стандартизації медичного забезпечення ЗС України в сучасних умовах.

Матеріалами слугували дані літературних джерел, оперативні відомості, нормативно-правові документи.

Результати. Аналіз формування блоку нормативно-правового забезпечення стандартизації свідчить, що організація надання медичної допомоги регулюється нормативними документами, що можна розділити за рівнями: нормативно-правові документи, керівні документи (які є і як загальнодержавні, так і відомчі), галузеві стандарти (які на даний час залишаються лише загальнодержавними).

Однак за умови впровадження відомчих керівних документів головними спеціалістами Міністерства оборони України вони можуть бути адаптованими до загальнодержавних стандартів надання медичної допомоги.

На нашу думку, основним рішенням ситуації є створення системи стандартизації у медичній галузі ЗС України, що включала б забезпечення високої якості лікувально-профілактичних, санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів, усіх компонентів процесу медичного забезпечення на підставі адекватного рівня організації, наявності сучасного технічного оснащення, всебічного ресурсного забезпечення, високого рівня підготовки медичних фахівців як факторів, які базуються на передових науково-теоретичних розробках шляхом

створення такої системи медичного забезпечення ЗС України, яка б відповідала новим соціально-економічним умовам і сучасним завданням навчально-бойової підготовки військ.

Водночас, з метою досягнення Україною критеріїв, необхідних для набуття членства в Організації Північноатлантичного договору (НАТО), забезпечення рівноправного взаємовигідного співробітництва у воєнній, воєнно-економічній та військово-технічній сферах з усіма заінтересованими державами-партнерами, підвищується інтерес до досвіду військово-медичних служб зарубіжних армій і насамперед до медичного забезпечення збройних сил НАТО, де система медичної стандартизації розвинена на досить високому рівні.

Проведення реформи та військово-співробітництво сприяють реалізації стратегічної мети України щодо євроатлантичної інтеграції через поступове прийняття стандартів і процедур НАТО, а також підвищення взаємосумісності між ЗС України та НАТО. У зв'язку з цим у військовій системі медичного забезпечення підвищується необхідність уніфікації сумісності, принципів та стандартів медичного забезпечення ЗС України з відповідними принципами і стандартами Північноатлантичного альянсу. При цьому важливого значення набуває не механічне копіювання, а аналіз, узагальнення та критична оцінка їхнього досвіду. Його використання має бути зваженим, вибіркоким і враховувати специфіку ЗС України та їх медичне забезпечення, а також реальні економічні можливості держави.

Для досягнення взаємосумісності багатонаціональних сил, узгодженості доктрин і процедур необхідна узагальнена термінологія, здатність до взаємодії систем зв'язку та інформаційних систем, військової техніки і обладнання, взаємозамінність бойових припасів і систем матеріально-технічного забезпечення.

Тому модернізація системи медичного забезпечення ЗС України направлена на підвищення якості медичного забезпечення шляхом упровадження новітніх систем, ефективних медичних технологій і стандартів медичного забезпечення військ, максимально наближених до стандартів цивільної системи охорони здоров'я, з урахуванням західних стандартів.

Висновки. Встановлено, що оптимізація системи медичного забезпечення ЗС України має здійснюватися шляхом створення єдиної уніфікованої системи стандартизації медичного забезпечення ЗС України з урахуванням інтеграції системи медичного забезпечення ЗС України в загальнодержавну систему охорони здоров'я та досвіду держав-членів НАТО.

І.А. Голованова¹, С.С. Касинець^{1,2}, Д.В. Паламарчук²

ОСНОВНІ НАПРЯМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ – УЧАСНИКІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ

¹ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, Україна
²Полтавський обласний центр медико-соціальної експертизи, м. Полтава, Україна

Бойові дії на Сході України призвели до того, що тисячі українських мобілізованих військовослужбовців, добровольців отримали поранення, які спричинили стійку втрату працездатності. Інвалідність учасникам антитерористичної операції (АТО) встановлюють медико-соціальні експертні комісії після всебічного обстеження за направленням лікувально-профілактичного закладу та на підставі переліку документів зазначених у пп. 12, 13 «Положення про порядок, умови та критерії встановлення інвалідності», затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 03.12.2009 р. № 1317.

Пріоритетним завданням медико-соціальної експертизи сьогодні, як і в попередні роки, залишається комплексна реабілітація інвалідів, особливо учасників АТО, їх вчасного, якісного протезування та створення належних умов для інтеграції в суспільство.

Мета – вивчити основні напрями реабілітації інвалідів учасників АТО.

Методи. На базі обласної комісії Полтавського обласного Центру медико-соціальної експертизи вивчено та проаналізовано 174 «Статистичні талони експертного обстеження № 1» (форма № 159/о) учасників АТО протягом 2015 р., заповнені на підставі «Акту огляду медико-соціальною експертною комісією (МСЕК)» (форма № 157/о). Більш поглиблено досліджено медико-експертну документацію 94 осіб – учасників АТО, визнаних інвалідами в Полтавській області серед працездатного населення.

Результати. Серед оглянутих 174 учасників АТО визнані інвалідами 94 (54,02%) особи, 80 (45,98%) учасникам встановлений ступінь втрати працездатності. Серед 94 інвалідів – учасників АТО інвалідами I групи визнана 1 (1%) особа, II групи – 25 (26,6%), III групи – 68 (72,4%). Стійкі наслідки після черепно-мозкових травм із

проявами астено-невротичного або вестибуло-атактичного синдромів різного ступеня мали 69% інвалідів, посттравматичні невропатії різного ступеня та різної локалізації – 19,1%, анофтальм – 1%, гострі психотичні розлади – 4,2%, наслідки осколкових поранень – 0,7%.

Усім інвалідам були складені індивідуальні програми реабілітації інвалідів. Встановлено, що рекомендації з медичної реабілітації (відновна терапія) надані в 99% випадків, 1% склала реконструктивна хірургія. Рекомендації з працевлаштування (переважно в звичайних умовах виробництва з наданням відповідних умов праці) визначені 98,9% інвалідів (серед інвалідів II групи – 26,8%, III групи – 73,1%). Визначені рекомендації із забезпечення інвалідів допоміжними пристосуваннями та технічними засобами реабілітації 27 (28,7%) особам, серед інвалідів I групи – 3 (11,2%), II групи – 6 (22,2%), III групи – 18 (66,6%).

Висновки. За отриманими даними, у структурі інвалідності учасників АТО переважають інваліди III групи (72,4%). Усі інваліди потребують медичної, соціальної та психологічної реабілітації. Пріоритетним у реабілітації є максимально можливе відновлення і збереження параметрів якості життя, соціальна та психологічна підтримка хворого і його найближчого оточення. Більшість (88,1%) бійців АТО потребують спостереження у невропатолога та проведення нейрореабілітаційних заходів для підвищення якості життя. Крім того, необхідно якомога більше приділяти уваги підготовці лікарів-психотерапевтів, робота яких спрямована на психолого-педагогічну корекцію, соціальну адаптацію і підготовку учасників АТО до життя в мирних умовах.

Я.И. Головки, С.Г. Усенко

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГРИППА И ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 2011–2015 гг.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

Актуальность. Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) и грипп являются актуальной проблемой здравоохранения в силу высокого уровня заболеваемости, превышающего уровень других инфекционных патологий. Данная группа инфекций наносит значительный экономический ущерб

государственному бюджету в связи с высокой частотой случаев нетрудоспособности среди населения. Ежегодный высокий уровень заболеваемости населения гриппом и ОРВИ представляет собой тяжелое экономическое бремя для бюджета стран всего мира. Это связано с лечением и реабилитацией, временной нетрудоспособностью больных.

Значительные средства расходуются на осуществление программ первичной и вторичной профилактики. На лечение гриппа и его осложнений каждый год в мире расходуется около 14,6 млрд долл., только в США – 1–5 млрд долл. Экономический ущерб, причиненный эпидемией гриппа и ОРВИ, ежегодно составляет не менее 80% экономических потерь, наносимых инфекционными болезнями.

Кроме того, необходимо учитывать, что гриппозная инфекция из-за расширения транспортных потоков, контактов среди населения и тенденций к глобализации способна к быстрому распространению не только в пределах одной страны, но и нескольких континентов. Поэтому в мегаполисах, где плотность населения существенно выше, чем в среднем по стране, заболеваемость также значительно выше, в период эпидемии заболевает от 5 до 20% населения. К факторам, на которые следует в первую очередь обратить внимание, относятся экологические (высокая влажность, загрязнение воздуха, урбанизация, неблагоприятные погодно-климатические условия); социальные (большая скученность людей в мегаполисах, неудовлетворительные материально-бытовые условия); биологические (несовершенство местного и общего иммунитета, наследственная предрасположенность, низкая продукция интерферона).

Цель работы – изучить и проанализировать уровни заболеваемости гриппом и другими ОРВИ среди населения в г. Харькове и Харьковской области за 2011–2015 гг.

Материалы и методы. Для этого использованы библиографический, аналитический методы и систематический подход. В качестве источника базы – Государственное Учреждение «Харьковский областной лабораторный центр государственной санитарно-эпидемиологической службы Украины»

Результаты. Грипп и другие ОРВИ являются первой причиной обращения за медицинской помощью, как среди всего населения, так и среди лиц трудоспособного возраста. Эти инфекции наиболее массовые среди детей и

взрослых и составляют около 90% от общей инфекционной заболеваемости.

Ежегодные эпидемии гриппа непредсказуемы, время их возникновения и структура вирусного штамма практически непрогнозируемые. На сегодняшний день непрерывная циркуляция вирусов гриппа и появление реассортантных штаммов животного происхождения представляют постоянную опасность для здоровья населения всех стран. В последние годы отмечается распространение устойчивости штаммов вирусов гриппа к применяемым противовирусным препаратам. Причем истинная заболеваемость гриппом и ОРВИ в мире неизвестна. Считается, что ежегодно болеют 5–10% взрослых и 20–30% детей. Как в медицинской среде, так и среди населения опасность гриппа недооценивается. При этом осложнения развиваются у 10–15% заболевших гриппом людей. Среди госпитализированных больных, чаще в группах риска, этот показатель достигает 30%. Ежегодная смертность вследствие осложнений гриппа составляет 7,5–23 на 100 тыс. населения, причем большая часть летальных исходов приходится на лиц старше 65 лет. По данным Всемирной организации здравоохранения, не менее 500 тыс. больных ежегодно умирают от гриппа. Среди групп риска этот показатель самый высокий.

Анализ данных по распространенности гриппа и ОРВИ в Харьковской области, г. Харькове и районах области за период 2011–2015 гг. показал, что распространенность гриппом и ОРВИ на 10 тыс. населения Харьковской области составила в 2011 г. – 677,13 случая, в 2012 г. – 582,95 случая, в 2013 г. – 651,9 случая, в 2014 г. – 617,5 случая, в 2015 г. – 595,98 случая. Уровни показателей заболеваемости гриппом и ОРВИ среди населения, которое проживает в районах области, выше, чем среди населения г. Харькова. Распространенность гриппа и ОРВИ в Харьковской области среди детского населения значительно выше, чем среди взрослого, причем в районах области уровни показателей заболеваемости значительно выше по сравнению с г. Харьковым.

Таблица 1
Распространенность гриппа и острых респираторных вирусных инфекций в г. Харькове и районах области за период 2011–2015 гг.

Местность	2011	2012	2013	2014	2015
г. Харьков	312,98	251,24	318,88	322,91	307,09
Районы области	1076,47	943,57	1014,88	942,56	916,56

Таблица 2
Распространенность среди детского населения гриппа и острых респираторных вирусных инфекций в г. Харькове и районах области за период 2011–2015 гг.

Местность	2011	2012	2013	2014	2015
г. Харьков	706,70	623,30	867,54	1139,30	1036,01
Районы области	4308,86	3907,37	4230,76	3975,49	3823,68

В Харьковской области в структуре общей заболеваемости по этим инфекциям преобладала заболеваемость среди детского населения: в 2011 г. – 58,6%, в 2012 г. – 61,2%, в 2013 г. – 61,3%, в 2014 г. – 65,3%, в 2015 г. – 64,0%. А в г. Харькове заболеваемость гриппом и ОРВИ среди детского населения увеличилась с 2013–2015 гг. по сравнению с 2011 г. в среднем на 44%.

Если говорить об эпидемическом сезоне, который начинается с 40-й недели текущего года и заканчивается на 21-й неделе следующего года, то можно отметить, что эпидемический процесс был умеренной интенсивности, заболеваемость не получила эпидемического распространения, эпидемические пороги не были превышены ни на одной неделе. При анализе летальных случаев среди госпитализированных пациентов с лабораторно подтвержденным диагнозом гриппа зарегистрировано по одному случаю в эпидемических сезонах 2012–2013 гг., 2013–2014 гг., 18 случаев – в 2015–2016 гг. По международным данным, смертность среди здоровых взрослых, заболевших гриппом, не превышает двух случаев на 100 тыс. населения.

Выводы. Анализ ежегодных эпидемий гриппа показал, что эпидемический процесс был умеренной

интенсивности, заболеваемость гриппом и ОРВИ не получила эпидемического распространения, однако если анализировать уровни заболеваемости среди взрослого и детского населения, то заболеваемость взрослого и детского населения, проживающего в Харьковской области, значительно выше уровней заболеваемости этой категории населения, проживающего в г. Харькове. Необходимо отметить увеличение уровней заболеваемости среди детского населения г. Харькова в период 2013–2015 гг. в среднем на 44% по сравнению с 2011 г.

Поэтому профилактическое направление в охране и укреплении здоровья детей должно включать в себя медицинские, гигиенические и социально-экономические мероприятия. В комплекс мер по предупреждению возникновения заболеваний гриппа и ОРВИ должны входить вакцинация, рациональное качественное питание, рациональный режим труда и отдыха, физическая активность, оздоровление окружающей среды. Кроме того, необходимо уделять внимание вопросу повышения иммунного статуса, раннее выявление заболеваний и своевременное обращение к врачу, санаторное лечение.

І.В. Дідик

ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ ЯК ПРОФІЛАКТИЧНИЙ НАПРЯМОК ЗБЕРЕЖЕННЯ ЧОЛОВІЧОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ПОТЕНЦІАЛУ

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна

Актуальність. Злоякісні новоутворення передміхурової залози на ранніх стадіях захворювання перебігають малосимптоматично або взагалі можуть не мати клінічних проявів. Виражений больовий синдром, наявність крові в сечі з'являються на III–IV стадії захворювання, при встановленні яких прогноз для працездатності і здоров'я пацієнта в більшості випадків несприятливий.

Мета – встановити сучасні фактори ризику з метою поглибленого ведення чоловіків із групи ризику, що дасть змогу своєчасно встановити діагноз, розпочати лікування, а отже, попередити розвиток ускладнень унаслідок розростання та метастазування пухлин.

Методи. Реалізація мети дослідження досягалася за допомогою соціологічного дослідження виявлення факторів ризику розвитку злоякісного новоутворення передміхурової залози серед чоловіків від 18 років.

Результати. Отримані дані узагальнені, систематизовані та сформовані в групи.

1. Соціально-економічні чинники ризику розвитку раку злоякісного новоутворення передміхурової залози.
2. Соціально-гігієнічні фактори ризику розвитку раку злоякісного новоутворення передміхурової залози.
3. Медико-біологічні фактори ризику розвитку раку злоякісного новоутворення передміхурової залози.

4. Медико-організаційні фактори розвитку раку злоякісного новоутворення передміхурової залози.

Найбільша кількість факторів, які мали доведено вірогідний вплив на формування і розвиток злоякісного новоутворення з локалізацією в передміхуровій залозі серед чоловіків від 18 років, відноситься до групи медико-біологічних чинників. Серед них наявність захворювання на рак передміхурової залози у кровних родичів (братів, батька, діда, прадіда) має вірогідний вплив, збільшуючи ризик захворіти на рак простати в 6,22 разу (OR=6,22, $p<0,01$); наявність гострих та хронічних урогенітальних інфекцій із частотою запального процесу один раз на рік (OR=6,0; $p<0,01$); перебування на диспансерному обліку з приводу аденоми простати, запалення передміхурової залози (OR=2,8; $p<0,01$); травматичні пошкодження простати та органів малого тазу (OR=2,0; $p<0,01$); тютюнопаління (OR=1,36, $p<0,05$).

Висновки. Своєчасне виявлення факторів ризику розвитку злоякісного новоутворення з локалізацією в передміхуровій залозі дасть змогу сімейному лікарю або лікарю-урологу на амбулаторно-поліклінічному рівні сформувати з пацієнтів групу ризику для більш ретельного спостереження і проведення відповідних профілактичних та діагностичних заходів.

В.М. Князевич, Л.І. Жаліло

ЄДИНИЙ МЕДИЧНИЙ ПРОСТІР В УМОВАХ АТО ЯК ШЛЯХ ПІДСИЛЕННЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ БЕЗПЕКИ УКРАЇНИ

Національна академія державного управління при Президентові України, м. Київ, Україна

Ідея національної безпеки дає змогу об'єднати дії всіх суб'єктів, відповідальних за життя людини, яке має пріоритетну цінність і важливість для держави. Умови загроз незалежності держави та воєнні дії найбільш відчутно і виразно демонструють важливість охорони здоров'я в інституційному полі національної безпеки. У цьому контексті набуває надзвичайної актуальності потреба змін і реформ охорони здоров'я, зокрема, таких змін, які одночасно торкаються цивільної і військової медицини. Такою потребою є утворення єдиного медичного простору в Україні.

Незважаючи на більш ніж десятирічну історію проблеми утворення єдиного медичного простору в Україні, тільки події останніх двох років – бойові дії на Сході та нерегульовані і неефективні дії в процесі реформування охорони здоров'я – перетворили питання єдиного медичного простору в Україні на вкрай актуальне.

Найбільшу увагу привернула проблема утворення єдиного медичного військового простору на тлі значних втрат (бойові втрати Збройних Сил України у 2015 р. становили 2132 бійці, у 2016 р. – 173 українські військовослужбовці); 15% з них, імовірно, залишилися б живими, якби бойові медики діяли в оперативних умовах взаємодії всіх медичних установ, бійці проходили належне навчання, отримували індивідуальну аптечку міжнародного зразка тощо. Тобто підготовка бойових медиків має включати ефективну співпрацю медиків силових структур із цивільними лікарями.

За суттю формування єдиного медичного простору має забезпечувати структурне, інформаційне, ресурсне спрощення системи в поєднанні з підвищенням функціональності її елементів і частин.

Однак, оскільки формування єдиного медичного простору виникло за умов галузевої кризи як практичний захід, воно розпочалося без попередньої оцінки складових – кадрів, ресурсів, прогнозів, шансів на успіх і визначення напрямів розвитку. Слід відмітити неадекватне наукове забезпечення цього важливого в державотворенні процесу.

Мета – обґрунтувати формування єдиного медичного простору як шляху до підсилення національної безпеки в сучасних умовах.

Методологічною основою дослідження стали деякі положення науки державного управління, політики і права. Використано структурно-функціональний та міждисциплінарний підходи.

Те, що охорона здоров'я – це складова національної безпеки, є аксіомою. У військовій медицині загострюється і розкривається сутність медичної допомоги як складової національної безпеки. Експерти

НАТО та представники медичних служб силових відомств України підкреслюють необхідність змін військової медицини в Україні, зокрема, створення єдиного цивільно-військового простору, в якому діятимуть медики усіх силових структур, при цьому іноземні партнери готові сприяти і надавати будь-яку консультацію щодо впровадження такої системи в Україні (Устінов О.В.).

Роль і місце військової медицини в єдиному медичному просторі України знайшло вираження у формі військово-медичної доктрини та формуванні політики в системі охорони здоров'я в умовах гібридної війни (16.12.2014 р.).

Створений міжвідомчий штаб при МОЗ України дає змогу координувати дії медичних служб різного підпорядкування, процесів перебудови військової медицини, комплементарної синхронізації військової і цивільної форм закладів.

Водночас, залишається відкритим питання наближення високоспеціалізованої допомоги до лінії фронту, відновлення військових кафедр у всіх вищих медичних навчальних закладах, питання соціальної, медичної та психологічної реабілітації, гармонізації дій військової і цивільної медицини.

Утворення моделі єдиного медичного простору, адекватної умовам України, потребує наукового супроводу, визначення ризиків і переваг (Надугий К.).

Безумовна перевага полягає в тому, що формування єдиного медичного простору є прогнозованою і передбачуваною політикою, яку можуть підтримати інвестори, міжнародні донорські організації, що, своєю чергою, прискорить процес реформ у цілому.

Перевага єдиного медичного простору також полягає в тому, що він забезпечує маневрування потужностями на території області в умовах надзвичайних ситуацій, коли в разі перенавантаження лікарень пацієнти можуть бути розподілені в найближчі заклади.

Разом з тим, ризиком є те, що на рівні госпітального округу складно організувати кваліфікований контроль якості медичної допомоги, застосування стандартів. Ризики утворює також децентралізація управління, що, з урахуванням світового досвіду, в таких сферах, як армія та воєнна медицина, є неефективною.

Медицина силових структур має зберігати свою специфіку й завдання. Решта відомчих закладів повинні інтегруватися в єдиний простір, застосовуючи єдині стандарти, нормативи, фінансуватися на загальних принципах тощо. Єдиний медичний простір національного рівня мають утворювати передусім центри третинного рівня, які надають високотехнологічну й

високовартісну медичну допомогу. За такої ситуації з'являється можливість включити в єдине поле приватну медицину, якщо будуть прописані механізми укладання договорів на медичне обслуговування за бюджетні кошти (Надуть К.).

Прикладами перших кроків формування єдиного медичного простору в Україні можна вважати дії Дніпровської ОДА, де функціонує єдиний медичний простір для лікування поранених у зоні АТО, переселенців, місцевого населення, але останнім часом відмічаються певні колізії, зокрема, щодо відповідності Закону України «Про Державний бюджет» і використання медичної субвенції. Виникають проблеми з розподілу фінансів на регіональному рівні (Македонський І.).

Важливою умовою підвищення якості сучасної медицини на регіональному рівні є наявність єдиного медичного простору, що, однак, на практиці нашоується на низку проблем (Лисак В. – Департамент охорони здоров'я Полтавської ОДА). Так, рішення про скасування відомчих лікарень приймалося без відповідної підготовки: як правило, матеріально-технічний стан відомчих лікувальних установ виявився далеким від задовільного; пацієнти відомчих лікарень застраховані в компаніях, які укладають угоди за власними інтересами. Створення госпітальних округів є першим кроком у формуванні єдиного медичного простору. Їх межі мають бути відкритими, і закладати основи до створення єдиного медичного простору в межах держави.

Не можна обійти питання про те, що створення сучасного єдиного медичного простору має включати єдиний інформаційний простір, що сприяє успішному

функціонуванню медичних установ різних форм власності, дає змогу формалізувати лікувально-діагностичні, логістичні та бізнес-процеси і процедури їх виконання, здійснювати моніторинг діяльності і використання високовартісних ресурсів за єдиними стандартами, приймати оперативні обґрунтовані управлінські рішення, прогнозувати результати, визначати відносні та абсолютні ризики.

Єдиний інформаційний медичний простір країни – це частина загальнодержавного інформаційного простору, що має багатопрофільний вимір. Необхідна підготовка кадрів для роботи в єдиному медичному просторі з інформаційною складовою, здатних до інформаційного забезпечення прийняття управлінських рішень щодо ефективної діяльності МОЗ, підвідомчих агентств, служб, які координують державні позабюджетні фонди, а також підприємств приватної форми власності та громадських об'єднань, що діють у сфері охорони здоров'я та соціального розвитку.

Висновки. Таким чином, останнім часом з метою оптимізації практичної діяльності в різних галузях поширені підходи, що визначаються як «єдиний простір»: єдиний економічний простір, єдиний інформаційний простір, єдиний кардіологічний простір тощо. На нашу думку, процес обумовлений як глобалізацією, яка стала офіційною політикою ООН з 1998 р., так і використанням віртуального простору в практичній діяльності.

Відповідно, утворення єдиного медичного простору сприяє осучасненню країни і галузі охорони здоров'я, інтеграції України до європейського та глобального простору, з урахуванням національних інтересів – підвищення захисту здоров'я та життя громадян і збереження незалежності країни.

В.М. Концур, Н.Ю. Крутікова, І.І. Легенченко

ОСОБЛИВОСТІ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ УЧАСНИКІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ, ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ У ДНІПРОПЕТРОВСЬКІЙ ОБЛАСТІ ТА М. ДНІПРІ

**КЗ «Обласний клінічний центр медико-соціальної експертизи» Дніпропетровської обласної ради»,
м. Дніпро, Україна**

Актуальність. Україна переживає трагедію національного масштабу в результаті війни на Сході.

Дніпропетровська область посідає перше місце в країні за кількістю учасників бойових дій у зоні антитерористичної операції (АТО) – близько 25 тис. осіб.

3 серпня 2014 р. Дніпропетровський обласний клінічний центр медико-соціальної експертизи розпочав оглядати нову категорію постраждалих – учасників АТО, з наслідками якої доведеться мати справу довгі десятиліття.

Мета – вивчити результати оглядів учасників АТО на Сході України.

Матеріали та методи. Проведено статистичне дослідження медико-експертної документації 1167 учасників АТО, оглянутих МСЕК по містах та районах Дніпропетровської області за 2014 р., 2015 р. та 9 місяців 2016 р.

Результати. У період з 2014 р. по 9 місяців 2016 р. КЗ «Обласний клінічний центр медико-соціальної експертизи» Дніпропетровської обласної ради» проведено огляд 1167 осіб, які захищали незалежність, суверенітет і територіальну цілісність України і безпосередньо брали участь в АТО.

Після експертного огляду вперше встановлено групу інвалідності 522 особам. З них інвалідами І групи визнано

9 чол., II групи – 121 чол., III групи – 392 чол. Також 645 особам встановлено відсотки втрати працездатності.

З оглянутих осіб майже всіх поставлено на облік в Дніпропетровській області, 3 чол. – в Донецькій і по 1 – в Луганській, Херсонській та Запорізькій областях.

Відсоток встановлення групи інвалідності від загальної кількості оглянутих становив:

- у 2014 р. – 14%;
- у 2015 р. – 40%;
- за 9 місяців 2016 р. – 44%.

У 100% випадків інвалідами стали особи працездатного віку.

У процентному співвідношенні: мешканці міст становили 77,6%, мешканці села – 22,4%.

За статтю інвалідами стали переважно чоловіки і 2 жінки.

У структурі причин інвалідності питому вагу посіли:

- травми, каліцтва, захворювання, пов'язані з виконанням обов'язків військової служби – 39,3%;
- травми, каліцтва, захворювання, пов'язані із захистом Вітчизни, – 38,9%;
- захворювання, пов'язані з проходженням військової служби, – 17,6%.

Також у 2,9% інвалідність встановлено від загального захворювання та в 1,3% – поранення, контузії, захворювань, пов'язаних із виконанням службових обов'язків.

Понад 90% визнаних інвалідами становили військовослужбовці Збройних Сил України.

У структурі інвалідності за нозологіями значну частину зайняли травматичні ураження:

- головного мозку – 32,2%;
- нижніх кінцівок – 14,2%;
- верхніх кінцівок – 10,3%.

Протягом вказаного періоду переоглянуто 206 інвалідів – учасників АТО, з них повністю реабілітовано 18 осіб, а частково – 20 осіб. Групу інвалідності підвищено 6 особам.

Кожному інваліду при первинному та повторному оглядах складено індивідуальну програму реабілітації, в якій визначено медичні, технічні та соціальні рекомендації. При цьому дана категорія інвалідів у 100% випадків потребувала медичної реабілітації, понад 80% – у працевлаштуванні, до 36% – у забезпеченні допоміжними пристосуваннями та технічними засобами реабілітації (у т.ч. до 15% протезно-ортопедичними виробами, до 20% – допоміжними засобами ходьби, до 2% – технічними засобами пересування), до 10% – у профнавчанні.

Слід зазначити, що стан осіб вищезначеної категорії, оглянутих МСЕК, ускладнюється сформованим посттравматичним стресовим розладом, що потребує надання психологічної допомоги.

Висновки. У структурі інвалідності найбільший відсоток займають ураження головного мозку. Серед пацієнтів є чимала кількість осіб із посттравматичними стресовими розладами. Тому актуальним залишається питання комплексного підходу до реабілітації цієї категорії пацієнтів, а також об'єднання зусиль профільних лікарів, психологів, логопедів, фахівців із фізичної реабілітації.

Крім того, наслідки уражень збільшуватимуть кількість інвалідів у віддаленому періоді, оскільки є вірогідність приєднання ускладнень, особливо у випадках із несприятливим реабілітаційним прогнозом.

Є.М. Кривенко

НАПРЯМКИ ДЕРЖАВНОГО ВПЛИВУ НА ПРОЦЕС ІНФОРМАТИЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна

Вступ. Державна політика у сфері інформатизації охорони здоров'я України є складовою національної політики інформатизації України в цілому і спрямована на ефективне вирішення невідкладних та перспективних завдань розвитку охорони здоров'я населення України в умовах незалежної самостійної держави. Пошук можливих шляхів оптимізації процесу інформатизації охорони здоров'я зумовив актуальність даного дослідження, його мету і завдання.

Мета – дослідити можливі напрямки державного впливу на процес інформатизації охорони здоров'я.

При виконанні роботи застосовано метод системного підходу.

Результати. Державна політика у сфері інформатизації охорони здоров'я – сукупність напрямів і способів діяльності держави для створення й зміцнення нормативно-правового, методичного, науково-технічного, організаційного, фінансового, матеріально-технічного та захисного забезпечення, а також встановлення загальнодержавних пріоритетів розвитку інформаційного середовища охорони здоров'я.

Її основним змістом є необхідні заходи, стратегія і тактика, спрямовані на ліквідацію відставання охорони здоров'я в галузі інформатизації від передових світових держав, прискорення входження в інформаційний простір міжнародного співтовариства з метою підняття на сучасний рівень систем практичної медицини, медичної освіти й науки.

Основним завданням є розвиток галузевого інформаційного середовища, створення умов економічно виправданого використання сучасних інформаційних технологій для інформаційної, системно-аналітичної та експертної підтримки прийняття рішень в усіх сферах діяльності охорони здоров'я на підставі державної підтримки через систему пільг, кредитів і заохочень, а також інформатизації суспільства.

В основу покладені:

- заходи державного регулювання процесів інформатизації на підставі гнучкого поєднання принципів централізації і децентралізації, саморозвитку, самофінансування та самоокупності;

- спрямування бюджетних асигнувань на реалізацію інформаційно-обчислювальної мережі галузі охорони здоров'я як складової частини загальнодержавної інформаційно-обчислювальної мережі;

- інформатизація пріоритетних стратегічних напрямків розвитку охорони здоров'я України.

Це забезпечить системність, комплексність та узгодженість процесу інформатизації охорони здоров'я з урахуванням розвитку в перспективі страхової, приватної медицини тощо.

Важливим принципом державного впливу на процес інформатизації охорони здоров'я є становлення антимонопольного порядку, при якому забезпечується законодавчий захист вітчизняних виробників засобів інформатизації; забезпечення всебічної демократизації процесів створення та споживання інформації, загальнодоступності інформаційних ресурсів та послуг, захисту прав особистості від інформаційного вторгнення тощо.

Метою створення і розвитку інфраструктури інформатизації охорони здоров'я є досягнення світового рівня складових частин національної інформаційної інфраструктури.

Загальна науково-технічна політика інформатизації охорони здоров'я спрямована на залучення усіх секторів науки (академічної, вузівської, галузевої, громадських інституцій) з метою концентрації науково-технічного потенціалу галузі охорони здоров'я на вирішення фундаментальних та прикладних проблем, що забезпечують «технологічні прориви» (моделювання складних фізіологічних процесів в організмі людини, моделювання та прогнозування «здоров'я» регіонів та держави в цілому, створення автоматизованого документообігу, у т.ч. електронної історії хвороби, моделювання розподілу ліків, матеріалів, обладнання тощо).

Загальна науково-технічна політика забезпечує створення умов ефективного застосування засобів інформатизації, формування соціального замовлення та вітчизняного ринку інформаційних комерційних продуктів та послуг; здійснення комплексу узгоджених заходів з імпорту зарубіжної техніки, офісного обладнання, придбання необхідних ліцензій та патентів; забезпечення умов захисту та збереження інформації, що

існує як на рівні державного управління, так і на інших рівнях, виходячи з їх вимог.

Напрямок *правового забезпечення* передбачає формування законодавчої основи для всіх етапів інформатизації охорони здоров'я і базується на основних положеннях правової політики інформатизації України в цілому. У рамках заходів із правового забезпечення розглядаються:

- соціальна спрямованість інформації;
- гарантія інтересів особистості, організації та держави;

- економіка інформатизації;
- вироблення правових механізмів взаємодій усіх учасників з інформаційними ресурсами на всіх стадіях (виробництво, розподіл, споживання та ін.);

- інформаційна безпека;
- забезпечення відповідальності порушників інтересів особистості, організації, держави; правопорядок відносин в області інформатизації, використання техніки, інформації тощо.

У *політиці міжнародного співробітництва* можна виділити такі напрямки:

- активна участь вчених та організацій України в міжнародних програмах і проектах фундаментальних досліджень у галузі інформатики та системного аналізу охорони здоров'я;

- створення умов для розвитку міжнародних відносин щодо напрямків інформатизації, в яких Україна має пріоритет; визначення пріоритетів та підтримка участі науково-технічних і трудових колективів у міжнародних програмах в області інформатизації охорони здоров'я різних регіонів світу, з урахуванням зацікавленості з боку зарубіжних фірм, що сприятиме створенню комерційних конкурентноспроможних продуктів;

- активна участь України в авторитетних міжнародних урядових і неурядових організаціях у галузі стандартизації, оброблення інформації та автоматизації управління; участь українських вчених і спеціалістів у міжнародних органах та структурах, що безпосередньо зайняті розробленням стандартів стосовно інформатизації охорони здоров'я;

- регулювання та стимулювання державних і недержавних сумісних підприємств, громадських академій та інших структур у міжнародному розподілі праці; встановлення міжнародних багатосторонніх і двосторонніх угод по обміну спеціалістами для навчання, стажування та сумісної діяльності;

- встановлення зв'язків із зарубіжними банками, транснаціональними корпораціями з метою залучення фінансового капіталу, науково-технічного та виробничо-технічного потенціалу до реалізації проектів Національної програми інформатизації охорони здоров'я України; раціональна конкуренція зарубіжних фірм на українському ринку засобів інформатизації та інформаційного обслуговування; державні гарантії та система пільг для залучення капіталу зарубіжних інвесторів.

Фінансово-економічна складова формується з урахуванням бюджетних можливостей держави, стану економіки, пов'язаних із динамікою виробництва процесів, інфляції тощо. Вона передбачає комплекс заходів та умов, які забезпечують різноманітні джерела фінансування проектів інформатизації охорони здоров'я України, розвиток процесів самофінансування та саморозвитку. Такими джерелами можуть бути:

- державний бюджет;
- кошти інноваційного фонду;
- кошти недержавних організацій, комерційних, громадських фондів та інших структур;

- кошти, створені за рахунок відрахувань від прибуткової діяльності комплексів інформатизації;
- кошти інвесторів, благодійні внески тощо.

При цьому слід застосовувати гнучке поєднання системи пільг, цільової, кредитної, податкової та митної політики, закріплених відповідними законодавчими актами.

Висновки. Державний вплив на процес інформатизації охорони здоров'я має ґрунтуватися на комплексному підході, який базується не тільки на врахуванні ресурсних показників, але й на впливі інформатизації охорони здоров'я в цілому на всі сторони життєдіяльності суспільства.

О.В. Любінець¹, В.С. Комар^{1,2}, Ю.Ю. Осінчук³

ВІДНОВНЕ ЛІКУВАННЯ – ВАЖЛИВА СКЛАДОВА СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ПРОВЕДЕННЯ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ

¹Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

²ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна

³Управління охорони здоров'я Рівненської обласної держадміністрації, м. Рівне, Україна

Актуальність. Фундаментальним пріоритетом демократичних держав, до яких прагне наблизитися Україна, є збереження і зміцнення здоров'я населення. Воно поєднує в собі як медико-біологічну, так і соціальну сутність. Здоров'я населення розглядається як його якісна характеристика, необхідна основа для продуктивної соціальної та економічної життєдіяльності.

Ефективність охорони здоров'я та економічний стан держави загалом взаємопов'язані, у зв'язку з чим правильне, раціональне використання ресурсів у сфері охорони здоров'я має велике значення. Міжнародний досвід переконливо свідчить, що ефективна система, здатна використовувати наявні ресурси соціально відповідальним чином, може забезпечити ефективне медичне обслуговування на засадах солідарності, справедливості та громадської співучасті, захистити населення від катастрофічних наслідків захворювань, гарантувати прозорість і відповідальність за вжиті або не вжиті заходи, оперативніше реагувати на потреби та очікування населення. Для цього потрібно забезпечити тісніший зв'язок здоров'я населення з розвитком національної економіки та підвищенням добробуту громадян [Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 років].

Особливою проблемою сьогодення є проведення в Україні антитерористичної операції (АТО). Збройний конфлікт на Сході України переорієнтував увагу наших громадян від турбот мирного життя до воєнних проблем [Білий В.Я. та ін., 2016]. У цьому сенсі важливою є належна організація системи медичної допомоги на всіх рівнях її функціонування. Виняткове місце в цій системі посідає відновне лікування населення, у т.ч. потерпілого внаслідок АТО.

Мета – проаналізувати стан відновного лікування в Україні системі охорони здоров'я. Матеріалом дослідження слугували дані наукових досліджень і власний погляд на проблему. Використано бібліосемантичний та статистичний методи дослідження.

Результати. В Україні діяла добре сформована організаційна система медичного нагляду за пацієнтами, яка складалася зі щорічної диспансеризації, амбулаторного та, при показаннях, стаціонарного лікування і заходів відновного лікування в санаторно-курортних умовах і реабілітаційних центрах. За роки незалежності стан системи охорони здоров'я держави значно погіршився. Стан здоров'я населення вимагає негайного реформування галузі, у т.ч. удосконалення системи відновного лікування після перенесених захворювань, оперативних втручань, хіміотерапевтичного лікування, а також з основним акцентом на вторинну профілактику при хронічних захворюваннях [Пожидаєв В.В., Фісенко Л.І., 2006; Рижко П.П., 2011]. У зв'язку зі збільшенням осіб, які постраждали внаслідок збройного конфлікту на Сході України, зменшується кількість визнаних здоровими за результатами спостережень лікарів центрів первинної медико-санітарної допомоги, сімейних лікарів, що зумовлює закономірне збільшення потреби в лікуванні, зокрема відновному, у найближчому майбутньому. Медична допомога учасникам АТО, у т.ч. демобілізованим, і членам їхніх сімей надається в закладах охорони здоров'я загальної мережі та спеціалізованих медичних закладах відповідно до Дорожньої карти надання медичної допомоги.

Щоб пройти обстеження, отримати необхідну медичну допомогу, відновне лікування та реабілітаційні заходи, необхідно звернутися до лікувально-

профілактичного закладу за місцем проживання до свого сімейного лікаря.

За потреби в реабілітації та відновному лікуванні учасники АТО, у т.ч. демобілізовані, направляються до обласних закладів третинного рівня надання медичної допомоги згідно з Дорожньою картою надання медичної допомоги, відновного лікування та реабілітаційних заходів для учасників АТО, у т.ч. демобілізованих.

На сьогодні для проведення якісного відновного лікування необхідним є реальне уявлення потреби в реабілітаційних заходах на підставі експертно-реабілітаційної діагностики, визначення реабілітаційного потенціалу, прогнозу, оцінки обмежень життєдіяльності, побажань постраждалих та інвалідів. Така потреба є основним системним і структурно-утворюючим фактором медичної реабілітації [Беляєва Н.М. та ін., 2015].

Учасники АТО – це в основному постраждали з політравмою. Вони потребують комплексного проведення лікувальних заходів щодо відновлення функцій систем організму. За даними Гур'єва С.О. та Сацик С.П. (2011), коефіцієнт поєднання потреби у відновних заходах щодо систем організму при політравмі становить 4,24, а показник адекватного рівня відновлення функцій коливається від 42% до 81% і складає 65,5%.

Тенденція, яка останніми роками поширилась в оцінці питання важливості умов та якості медичної допомоги населенню, фактично призвела до критичного стану системи, у т.ч. відбулася підміна санаторно-курортного лікування оздоровленням, що безпідставно привело до використання спеціалізованих лікувальних баз санаторіїв для його проведення.

Наслідком недостатнього фінансування стало значне погіршення матеріально-технічного стану санаторно-курортних закладів, як основних баз для проведення відновного лікування, особливо з використанням природних лікувальних ресурсів.

Для організації якісного відновного лікування медичне обладнання в санаторіях потребує постійного оновлення. Важливим є також питання до- та післядипломної підготовки лікарів, які працюють у

санаторно-курортній сфері. Лікар-реабілітолог – чи не найважливіше кадрове питання успішності відновного лікування.

Необхідно переглянути вимоги до послуг відновного лікування в санаторно-курортних закладах у бік збільшення терміну лікування та приділити пильну увагу організації дійсно відновного лікування в умовах усіх форм власності цих закладів. У цій ситуації не можна погоджуватись із введеним терміном санаторно-курортного лікування у 18 діб. Найменший період для санаторно-курортного лікування має тривати 21 добу.

За даними Державної служби статистики, у 2000 р. в Україні функціонувало 480 санаторіїв, а станом на 01.01.2016 р. – вже 184 санаторії на 58 652 місця, в яких перебували на лікуванні 434 930 осіб. Порівняно з 2014 р. зменшилась кількість і санаторіїв (187 – у 2014 р.), і осіб, що перебували в них на лікуванні (на 20,2%, або 110 002 особи), що пов'язано як з матеріальним станом пацієнтів, так і зі зміною забезпечення пацієнтів путівками Фонду соціального страхування України.

Висновки. Україна – одна з держав, в якій є можливість поєднувати багаті природні ресурси (сприятливий клімат лісів, степу і лісостепу, гірських і приморських місцевостей, унікальний мікроклімат соляних шахт, багатий спектр природних мінеральних вод, лікувальні грязі та озокерит), що можуть використовуватися для збереження і поліпшення здоров'я населення.

Відновне лікування з використанням цілющих властивостей природних чинників є важливою складовою процесу лікування хворих. Особливо підвищується його значення у зв'язку з потребою лікування та оздоровлення чисельного контингенту населення, яке постраждало внаслідок АТО, як учасників, так і внутрішньо переміщених осіб. Вони потребують проведення адекватних та ефективних заходів відновного лікування з метою їх повноцінної медико-соціальної реабілітації.

Для ефективного та адекватного проведення відновних лікувальних заходів доцільним є створення цілісної системи реабілітації постраждалих, заснованої на єдиних принципах.

В.П. Маркович¹, І.С. Миронюк², Г.О. Слабкий³

РОЛЬ НАУКОВО-НАВЧАЛЬНОГО СУПРОВОДУ У ФОРМУВАННІ ТА РЕАЛІЗАЦІЇ ОБЛАСНИХ ПРОГРАМ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

¹Департамент охорони здоров'я Закарпатської обласної державної адміністрації, м. Ужгород, Україна

²ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

³ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна

В умовах реформування системи охорони здоров'я України важливим є відпрацювання моделей імплементації підсистем та компонентів нової національної системи на регіональному рівні, спрямованих на задоволення пріоритетних потреб у сфері

охорони здоров'я населення кожного регіону. Однією із базових умов ефективності даного процесу є розробка науково обґрунтованих підходів до впровадження інноваційних компонентів нової системи охорони здоров'я та громадського здоров'я в конкретних умовах

функціонування уже існуючої функціонально-структурної системи надання медичної допомоги населенню в регіоні.

З метою забезпечення постійної науково-методичної підтримки еволюції системи охорони здоров'я в Закарпатській області та забезпечення підготовки кадрового ресурсу для її здійснення у структурі Ужгородського національного університету було створено навчально-науковий центр супроводу розвитку системи охорони здоров'я та системи громадського здоров'я Закарпатської області (центр).

Основні завдання даного центру в напрямку наукового супроводу розвитку систем охорони здоров'я та громадського здоров'я регіону полягають у наступному: вивчення та оцінка ефективності існуючих моделей, як надання медичної допомоги населенню взагалі та окремим категоріям споживачів медичних послуг, зокрема, так і функціонування системи охорони громадського здоров'я; адаптація ефективних моделей до умов регіону, супровід їх пілотного відпрацювання, доопрацювання з наступним супроводом впровадження; експертна оцінка напрацювань та розробок і пропозицій регіональних фахівців (у співпраці з обласними спеціалістами) на етапі планування їх впровадження; розробка наукового обґрунтування інноваційних моделей надання медичної допомоги та збереження здоров'я населення на рівні регіону; моніторинг та оцінка ефективності існуючих та нових, впроваджених, моделей функціонування компонентів систем охорони здоров'я і громадського здоров'я; розробки стратегій комунікацій у системі охорони здоров'я від керівників місцевих органів влади до безпосередніх споживачів медичних послуг;

супровід впровадження та моніторинг функціонування інформаційних технологій в охорони здоров'я та системі громадського здоров'я тощо. Для цього запланована та виконується ініціативна науково-дослідна робота «Наукове забезпечення реформи охорони здоров'я регіонального рівня».

У напрямку підготовки кадрів для оновленої системи охорони здоров'я та системи громадського здоров'я на центр покладено завдання підготовки медичних фахівців, зокрема керівників системи охорони здоров'я різних рівнів, з окремих питань менеджменту з метою підготовки до роботи в нових умовах функціонування; участь у підготовці нових, адаптованих до існуючих умов та на перспективу, програм навчання фахівців, як системи надання медичної допомоги, так і системи громадського здоров'я; розробка методичних матеріалів, навчальних посібників, матеріалів для проведення інтерактивних форм навчання та дистанційної підготовки фахівців з питань управління системою охорони здоров'я та системою громадського здоров'я тощо. Центр приділяє значну увагу практичній підготовці завідувачів структурних підрозділів як керівників у системі охорони здоров'я першого рівня управління.

Ефективна співпраця галузі практичної охорони здоров'я регіону і навчально-наукового центру супроводу розвитку системи охорони здоров'я та системи громадського здоров'я Закарпатської області дасть змогу раціонально використати існуючий ресурсний потенціал сфери охорони здоров'я регіону для формування нової системи охорони здоров'я та громадського здоров'я в області.

О.Б. Олексюк

ДИНАМІКА СТАНУ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

Мета – вивчити динаміку стану здоров'я дітей Львівської області за останнє десятиліття.

Матеріали та методи. Проаналізовано показники поширеності хвороб і захворюваності дітей (0–17 років) області, народжуваності і смертності немовлят. Проведено порівняння середніх арифметичних рівнів показників за періоди 2006–2010 рр. та 2011–2015 рр. за допомогою U-тесту.

Результати. Протягом десятирічного періоду чисельність дитячого населення області скоротилась на 11,5% (з 544 667 осіб у 2006 р. до 482 176 осіб у 2015 р.).

За період 2006–2015 рр. зросли показники: поширеності хвороб (на 8,4%; з 1745,8‰ до 1891,8‰), захворюваності (на 14,4%; з 1238,0 до 1416,7‰), народжуваності (на 3,8%; з 10,6‰ до 11,0‰) і сумарний показник народжуваності (з 1,4 до 1,6). Показник смертності немовлят коливався від 7,8‰ (2006 р.) до 10,5‰ (2007 р.).

Порівняння середніх величин показників здоров'я дітей області за періоди 2006–2010 рр. та 2011–2015 рр. виявило значуще ($p < 0,05$) зростання поширеності хвороб (1820,1 \pm 25,1‰ проти 1890,0 \pm 3,0‰), захворюваності (1321,3 \pm 30,8‰ проти 1409,5 \pm 4,6‰) та сумарного коефіцієнта народжуваності (1,44 \pm 0,02 проти 1,58 \pm 0,02). Зниження середніх показників смертності немовлят (8,86 \pm 0,48‰ проти 8,44 \pm 0,27‰) було незначущим ($p > 0,05$).

Висновки. У Львівській області спостерігається більш сприятлива демографічна ситуація, ніж у цілому по Україні. Так, у 2014 р. сумарний показник народжуваності в області становив 1,6 (по Україні – 1,5), а приріст населення області – -0,9 (по Україні – -3,9). Однак зростання рівнів поширеності хвороб і захворюваності серед дітей області потребує подальшого поглибленого вивчення соціальних та економічних чинників, які на них впливають.

Н.А. Острополец¹, І.І. Кошеля²

ПРОБЛЕМИ ЩОДО ХВОРОБ СИСТЕМИ КРОВООБИГУ В НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ТА НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

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

²ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна

Хвороби системи кровообігу – одна з найважливіших медико-біологічних та соціальних проблем в Україні. Вони посідають перше місце у структурі хвороб, зумовлюють майже дві третини всіх випадків смерті та третину причин інвалідності.

На хвороби системи кровообігу страждає 22,6 млн населення України, без урахування окупованих територій Криму, частково Донецької та Луганської областей (за даними Центру медичної статистики МОЗ України).

Хвороби системи кровообігу серед усього населення України (за поширеністю) до усіх захворювань становлять 30,9%, серед дорослого населення від 18 років – 37,3%, серед працездатного населення – 24,2%, старше працездатного віку – 50,5%.

У структурі хвороб системи кровообігу серед дорослого населення найбільш поширені: гіпертонічна хвороба (всі форми) – 46,7%, ішемічна хвороба серця – 34,6%, цереброваскулярні хвороби – 11,4%.

В Україні у 2015 р. зареєстровано 42,3 тис. інфарктів, у 2014 р. – 40,9 тис. інфарктів, без урахування окупованих територій Криму, частково Донецької та Луганської областей (за даними Центру медичної статистики МОЗ України).

Показник захворюваності на гострий інфаркт міокарда (ГІМ) в Україні у 2015 р. становив 120,6 на 100 тис. населення, у 2014 р. – 115,9 на 100 тис. населення і мав тенденцію до збільшення.

Серцево-судинні захворювання – основна причина смертності серед населення України, яка становить 67,3% у структурі смертності громадян. Цей показник продовжує залишатися одним із найвищих у Європі. Тобто двоє з померлих в Україні помирають унаслідок серцево-судинних подій.

Одним із найважливіших компонентів серцево-судинної смертності є летальність у пацієнтів із ГІМ, щодня в Україні від цієї недуги помирає 22 людини.

Показник летальності від ГІМ в Україні протягом останніх років залишався високим і мав тенденцію до збільшення: у 2014 р. по Україні – 14,24 проти 13,8 у 2013 р., що свідчить про недостатнє впровадження сучасних технологій лікування гострого інфаркту міокарда в спеціалізованих закладах охорони здоров'я.

Життєво важливим компонентом лікування стійкої елевачії сегмента ST (STEMI) у пацієнтів є механічна (перкутанна) реперфузія, яка проводиться як основний метод і може поєднуватися з попередньою фібринолітичною терапією при тривалому транспортуванні пацієнта до спеціалізованого центру. Обидва методи реперфузійної терапії недостатньо впроваджені в Україні.

У країнах Європейського товариства кардіологів реперфузію отримує 81% хворих із гострим коронарним синдромом (ГКС), із них три чверті – первинне перкутанне коронарне втручання і чверть – попередню фібринолітичну терапію.

Саме тому питання організації невідкладної медичної допомоги пацієнтам із ГІМ на сучасному етапі є проблемою першочергового значення та потребує державної підтримки.

У 2015 р. в Україні зареєстровано 42,3 тис. інфарктів, майже половину цих пацієнтів госпіталізують із ГКС і STEMI.

Первинні коронарні втручання у STEMI пацієнтів в Україні та країнах Європейського товариства кардіологів наведено нижче.

Середній показник первинних коронарних втручань у пацієнтів із ГІМ в Європейському товаристві кардіологів становить 373 пацієнта на 1 млн населення, у 2015 р. – 146 пацієнтів на 1 млн населення, у 2014 р. – 128 пацієнтів на 1 млн населення, у 2013 р. – 72 пацієнти на 1 млн населення.

У 2015 р. в Україні проведено близько 28 тис. коронарографій у пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями та 10,5 тис. коронарних стентувань, з них майже 5 тис. ургентних стентувань у пацієнтів із ГІМ.

За даними реєстру первинних коронарних втручань, реперфузійну терапію у 2015 р. проведено у 47,8% пацієнтів із ГКС і STEMI, у 2014 р. – у 42,7% пацієнтів, у 2013 р. – у 23,4%.

За ініціативи МОЗ України в країні започатковано новий проект зі створення та розвитку «Регіональних реперфузійних мереж», усередині яких буде надаватися найбільш ефективна допомога пацієнтам із ГІМ та STEMI.

Проект спрямовано на удосконалення надання невідкладної медичної допомоги хворим на ГІМ і STEMI, ефективної взаємодії служби екстреної медичної допомоги, системи кардіологічної та кардіохірургічної допомоги та сімейних лікарів.

Ініціатива впровадження проекту пояснюється низьким рівнем виявлення, діагностування та госпіталізації пацієнтів із ГІМ і STEMI за різними причинами.

Найбільш ефективний метод реперфузійної терапії – первинне коронарне стентування – використовується в менш ніж половині областей України.

Сьогодні в Україні існує 14 регіональних реперфузійних мереж, які істотно підвищують якість лікування ГІМ і забезпечують системний підхід до

діагностики та доставки пацієнтів, скорочення часу від початку симптомів до адекватної терапії, оптимізують методику реперфузійної терапії.

Найбільш вагомий внесок у реалізацію сучасної стратегії лікування із ГІМ вносять Одеська, Закарпатська, Черкаська, Івано-Франківська, Вінницька, Хмельницька, Львівська та Полтавська області.

У зазначених областях проживає 35,5% населення всієї України. Результати аналізу роботи областей, що включені до проекту (2014 р.) «Регіональна реперфузійна мережа в дії» наведено нижче.

У зазначених областях первинне коронарне втручання при ГІМ становило 21% (по Україні – 8,3%), фібриноліз – 25% (по Україні – 30,6%), усі реперфузії – 46%, (по Україні – 38,9%), летальність від ГІМ – 12,8%, що нижче за показник по Україні – 13,7%.

Мета проекту МОЗ України – впровадити системний підхід до перкутанної реперфузійної терапії (первинне стентування) та догоспітального застосування фібринолітиків (при тривалому транспортуванні) з подальшою перкутанною ангіопластикую інфарктної артерії, а також об'єднати ресурси кожної області в єдину «Регіональну реперфузійну мережу» для найбільш ефективного лікування пацієнтів із ГІМ, організувати чітку взаємодію служби екстреної медичної допомоги та системи кардіологічної і кардіохірургічної допомоги.

Очікується, що сформована система реперфузійної терапії пацієнтів із ГІМ дасть змогу знизити госпітальну летальність (до 5–7% у лікувальних закладах – учасниках проекту, в середньому по Україні даний показник становив 14,24% у 2014 р.), посилити взаємодію служби екстреної медичної допомоги й системи кардіологічної та кардіохірургічної допомоги населенню, наблизити доступність якісної та ефективної високоспеціалізованої медичної допомоги населенню.

Залучення сімейних лікарів до системи реабілітації та подальшого лікування пацієнтів із постінфарктним кардіосклерозом дозволить забезпечити контроль за пацієнтами після ревазуляризаційних процедур і адекватну інтеграцію сімейної медицини в спеціалізовану систему ведення пацієнтів після реперфузійної терапії.

Розробка медико-технологічних документів на засадах доказової медицини кардіологічним хворим затверджена наказом МОЗ України від 02.07.2014 р. № 455 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при гострому коронарному синдромі з елевациєю сегмента ST».

На сьогодні мультидисциплінарні робочі групи активно продовжують роботу над розробкою уніфікованих клінічних протоколів надання медичної допомоги відповідним пацієнтам.

Ф.П. Ринда, В.Г. Слабкий, В.Я. Бойко

ЯКОГО ПРОФІЛАКТИКА ГОТУЄ ІНТЕРНАТУРА ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА – СІМЕЙНА МЕДИЦИНА»

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна

Фіхівці ВООЗ вважають, що на сучасному етапі розвитку жодна країна світу не має ідеальної системи охорони здоров'я, проте сімейна медицина визнана такою, що здатна найповніше задовольнити потреби населення у медичній допомозі та є економічно доцільною для держави.

В Україні відбувається реформування охорони здоров'я на засадах сімейної медицини. Вона відповідає загальноприйнятому курсу європейської охорони здоров'я. Сімейна медицина має компенсувати прогалини у профілактичній та медико-соціальной роботі закладів охорони здоров'я, адже, як показує світовий досвід, 60% роботи сімейного лікаря полягає саме у профілактиці.

У Законі України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» визначено, що з 1 січня 2020 р. надання медичної допомоги на первинному рівні має здійснюватися лише лікарями загальної практики – сімейними лікарями (ЛЗПСЛ). Тому актуальною в Україні стає проблема якості підготовки сімейного лікаря.

Мета роботи – оцінити якість підготовки ЛЗПСЛ з профілактичної складової у процесі проходження інтернатури.

Матеріали та методи. Предмет дослідження – типовий навчальний план та програма інтернатури за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина» у частині профілактичної складової, розроблені співробітниками кафедр Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Львівського державного медичного університету ім. Данила Галицького, Харківської медичної академії післядипломної освіти, Донецького національного медичного університету ім. М. Горького. Методи – інформаційно-аналітичний, контент-аналіз, порівняльний.

Результати. Типовий навчальний план та програма інтернатури випускників вищих медичних навчальних закладів III–IV рівнів акредитації за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина» проаналізовані за наступним алгоритмом:

- загальний обсяг навчання, зокрема що припадає на профілактичну діяльність формально;

- відображення заходів профілактичної діяльності та формування здорового способу життя (ЗСЖ) у навчальній програмі при вивченні різних курсів (є/немає);

- питання профілактичної діяльності, що включені до тих чи інших курсів: організаційні засади профілактичної роботи, формування ЗСЖ та I профілактика захворювань, II та III профілактика захворювань, профілактичні щеплення тощо;

- чи визначені в окремих курсах контингенти населення, серед яких ЛЗПСЛ повинен проводити профілактичні заходи (так/ні);

- об'єкти профілактичної роботи, серед яких ЛЗПСЛ повинен проводити профілактичні заходи: здорові, широкі верстви населення, особи групи ризику, жінки, діти, підлітки тощо;

- форми роботи з населенням у програмі інтернатури різних курсів: групові, індивідуальні, масові;

- суб'єкти профілактичної роботи серед населення: робота ЗОЗ та окремих структурних підрозділів, інноваційні проекти, спрямовані на зміцнення здоров'я, тощо;

- тематична спрямованість профілактичної роботи: фізичне виховання, раціональне харчування, психічне здоров'я, безпечний секс, профілактика вживання психоактивних речовин тощо;

- практичні і технічні навички, якими повинен володіти ЛЗПСЛ (за напрямками профілактичної роботи);

- перелік знань ЛЗПСЛ з питань профілактики (за напрямками профілактичної роботи): формування ЗСЖ, II та III профілактики хронічних неінфекційних захворювань (ХНІЗ), імунопрофілактика інфекційних хвороб;

- збіг професійних завдань, переліку знань та практичних навичок та змісту програми навчання у частині профілактичної складової.

Професійні завдання, перелік знань та програма навчання в інтернатурі для ЛЗПСЛ у частині профілактики, як невід'ємні складові учбового процесу, збігаються тільки у питаннях імунопрофілактики, II та III профілактики захворювань та диспансеризації. Стосовно

гігієнічного виховання населення та формування ЗСЖ спостерігається лише частковий збіг між вказаними складовими навчання.

У переважній більшості навчальних курсів програми інтернатури для ЛЗПСЛ профілактична робота не висвітлена взагалі або висвітлена з позиції лікувальної парадигми охорони та зміцнення здоров'я.

Суб'єкти профілактичної роботи, з якими повинні співпрацювати у своїй повсякденній діяльності ЛЗПСЛ, висвітлені не повністю.

Тематична спрямованість профілактичної роботи обмежена: питання протиепідемічної пропаганди зведені лише до профілактики туберкульозу, питання особистої гігієни стосуються тільки гігієни порожнини рота, повністю «випали» специфічні питання здоров'я чоловіків та боротьба з тютюнопалінням.

Форми роботи з об'єктами профілактичного впливу обмежені: групові форми навчання передбачаються тільки для пацієнтів з однотипними захворюваннями або для осіб груп ризику, для здорових осіб вони не передбачені взагалі. Серед індивідуальних форм профілактики не знайшло відображення проведення короткотермінових інтервенцій щодо вживання інтоксикантів. Зовсім не представлені масові форми профілактики в практиці роботи ЛЗП/СМ.

Кількість освоєння практичних навичок з профілактики ЛЗПСЛ після закінчення інтернатури незначна, акцент серед них зроблено на імунопрофілактику інфекційних хвороб. Спостерігається недооцінка засвоєння практичних навичок з профілактики: до переліку не включено ряд важливих практичних навичок з гігієнічного навчання населення, з формування ЗСЖ.

Висновки. Типовий навчальний план та програма інтернатури випускників вищих медичних навчальних закладів III-IV рівнів акредитації за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина» потребує суттєвої корекції щодо профілактичної складової та повинен враховувати світовий досвід з цього питання.

Ф.П. Ринда

ВИБІРКОВИЙ АНАЛІЗ КЛІНІЧНИХ ПРОТОКОЛІВ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ У ЧАСТИНІ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ ДОПОМОГИ

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна

У багатьох країнах Європи, а також в США, Канаді, розроблені стандарти та протоколи надання медичної допомоги при різних захворюваннях, мета яких не тільки уніфікувати дії лікаря, але й сприяти ефективному та своєчасному виконанню профілактичних заходів. Тим самим значно посилюється їхня роль та місце у запобіганні хронізації хвороб.

В Україні наприкінці 2012 р. офіційно започатковано процес стандартизації медичної допомоги,

в основу якого лягає створення медико-технологічних документів (МТД), що ґрунтуються на засадах доказової медицини з урахуванням найкращих світових практик. Виконання вимог МТД є обов'язковим для усіх практикуючих лікарів незалежно від закладу, в якому вони працюють, а також фізичних осіб-підприємців. За цей час вже створена досить потужна нормативно-правова база стандартизації у сфері охорони здоров'я.

Мета роботи – аналіз відображення в Уніфікованих клінічних протоколах надання медичної допомоги (УКПМД) профілактичних заходів, насамперед з формування здорового способу життя (ЗСЖ).

Матеріали та методи. Предмет дослідження – УКПМД найбільш поширених та актуальних в Україні захворювань, що стосуються первинної медичної допомоги в частині профілактики: цукровий діабет (2014 р.), артеріальна гіпертензія (2012 р.), ішемічна хвороба серця (2015 р.), бронхіальна астма (2013 р.), туберкульоз (2014 р.), грип (2014р.), медичного догляду за здоровою дитиною віком до 3 років (2008 р.) тощо, усього 18 клінічних протоколів. У роботі використано інформаційно-аналітичний та порівняльний методи.

Результати. Обов'язкові методи первинної профілактики як необхідні дії лікаря наразі не розроблено. Проте проаналізовані УКПМД передбачають дії з профілактики як обов'язкові дії для лікаря загальної практики – сімейного лікаря (ЛЗПСЛ), проте нерідко вони нечітко окреслені і більше скидаються на гасло, ніж на конкретну дію: «Проводити санітарно-просвітницьку роботу серед громади» (Уніфікований клінічний протокол первинної медичної допомоги дорослим та дітям «ГРІ»), «...надання рекомендацій щодо способу життя, режиму харчування та фізичних навантажень» (Уніфікований клінічний протокол I, II (спеціалізованої), III (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Меланома»), «Надання інформації населенню щодо раннього виявлення, профілактики та симптомів ТБ, особливо групам ризику» (УКПМД «Туберкульоз»). Більш того, окремі протоколи дуже примітивно трактують первинну профілактику, практично зводячи її лише до розробляння «...інформаційного листка для жінок, в якому вказати...» (УКПМД «Гострий неускладнений цистит у жінок. Первинна медична допомога»).

Заходи з первинної профілактики в більшості проаналізованих УКПМД практично зводяться до констатації необхідності корегування способу життя пацієнтів на кшталт «До заходів первинної профілактики відносяться рекомендації щодо способу життя і дієти та певні психологічні настанови» (УКПМД «Диспепсія»). Однак таке індивідуальне консультування пацієнтів не враховує рівень готовності пацієнта до зміни свого способу життя, проте всім пацієнтам, відповідно до вимог УКПМД, повинні надаватися однотипні рекомендації, що негативно позначається на якості консультування та вимагає від ЛЗПСЛ додаткових витрат свого робочого часу. Винятком з цього правила є «Клінічний протокол медичного догляду за здоровою дитиною віком до 3 років», у якому в розділі «Принципи ефективного консультування» висвітлюються питання методики «як говорити» з пацієнтом залежно від його поінформованості.

У переважній більшості проаналізованих УКПМД гігієнічне навчання пацієнтів з питань первинної профілактики захворювань та ЗСЖ зводиться до індивідуального консультування пацієнтів, а групові форми навчання пацієнтів з однотипною патологією

передбачаються лише окремими протоколами, проте останні не є обов'язковими (лише бажані), тобто носять факультативний характер. Водночас вони викладені аж занадто стисло, фактично тільки окреслені, тому не мають чітко визначених обсягу та тематики навчання.

Індикатори надання профілактичних послуг передбачені лише в деяких УКПМД, однак мають не якісний, а лише кількісний характер: наприклад, відсоток пацієнтів з певної патології, що забезпечені відповідними матеріалами з I та II профілактики. Тому визначення в динаміці індикаторів якості надання профілактичних послуг жодним УКПМД не передбачається.

Проаналізовані зразки переважної більшості матеріалів для пацієнтів УКПМД потребують певної корекції.

Не сприяє наданню профілактичних послуг у закладах ПМСД і той факт, що спостерігаються своєрідні «ножиці» між Примірним табелем матеріально-технічного оснащення Центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги, затвердженим наказом МОЗ України від 27.12.2013 р. №1150, та УКПМД. Наразі в першому не передбачається оснащення для профілактичної роботи (за винятком ваг та ростоміра для визначення індексу маси тіла): тести Фагерстрема та AUDIT, забезпечення пацієнтів відповідними інформаційними матеріалами (друковані, аудіо-, відео-, інтернет-технології тощо) щодо захворювання, його ускладнень, придбання (видання) наочних матеріалів з різних аспектів ЗСЖ та профілактики хронічних неінфекційних захворювань для забезпечення учбового процесу при групових формах навчання пацієнтів, оснащення приміщень закладу тощо. Хоча освітньо-кваліфікаційною характеристикою лікаря-спеціаліста за фахом «Загальна практика – сімейна медицина» у розділі II «Проведення заходів щодо профілактики захворювань та травматизму, формування ЗСЖ, виявлення та корекція факторів ризику найбільш поширених захворювань» передбачається, що він повинен брати участь в «організації та проведенні школи відповідального батьківства, школи здоров'я для пацієнтів з хронічними захворюваннями та ін.», вказаним Примірним табелем не передбачається використання в навчальному процесі будь-яких наочних засобів, забезпечення слухачів відповідними друкованими матеріалами тощо. Водночас окремі УКПМД у частині первинної медичної допомоги передбачають певне устаткування і навіть окремі спеціальні приміщення для проведення навчання пацієнтів, як наприклад, «...4. Базою навчання є стаціонар або поліклініка з виділенням окремого приміщення з необхідним устаткуванням (шкільна дошка, глюкометри, тест-смужки, зразки препаратів і засоби введення інсуліну, наочні посібники та ін.)» – Протокол надання медичної допомоги хворим на неускладнений цукровий діабет від 22.05.2009 р. № 356; «В приміщенні ЗОЗ (в місцях, доступних пацієнтам) мати друковані інформаційні матеріали, в яких будуть висвітлені стратегії призначення антибіотиків при ГРІ».

Висновки. Уніфіковані клінічні протоколи медичної допомоги для закладів сімейної медицини не сприяють

ефективній реалізації заходів у частині формування ЗСЖ. Матеріальні передумови для гігієнічного навчання

пацієнтів та формування ЗСЖ у процесі амбулаторного прийому практично відсутні.

О.М. Сидоренко, А.П. Мельничук

ПЕРСПЕКТИВИ РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ В УКРАЇНІ В УМОВАХ ПРОВЕДЕННЯ АТО

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна

Здоров'я нації – це велика державна турбота, бо якщо не буде нації, то не буде і держави. Тому рівень медичного потенціалу будь-якої держави є стратегічним фактором її безпеки.

На початку ХХІ сторіччя в Україні назріла необхідність реформування медичної галузі і медичної освіти, які відстали від світових стандартів на десятиріччя. Особливо актуальні ці реформи у нашій державі в умовах проведення антитерористичної операції (АТО).

На наш погляд, запорука успіху медичних реформ знаходиться у площині реформування вищої медичної освіти країни.

Метою дослідження є виявлення пріоритетів у реформуванні вищої медичної освіти в Україні.

Матеріали та методи. У ході роботи проаналізовано сучасні наукові публікації, присвячені проблемам реформування медичної галузі і медичної освіти.

Результати. Аналіз сучасних наукових публікацій, присвячених проблемам реформування освітнього простору, дозволив сформулювати наступні пріоритети:

- прискорення інтеграції країни до Європейського освітнього простору;
- застосування сучасних світових освітніх технологій;
- покращення стану української медичної освіти відповідно до світових стандартів;
- розвиток академічної мобільності студентів та викладачів;
- інноваційний розвиток університетської науки та інтеграцію її з практичною медициною [2, 4].

У Законі України «Про вищу освіту» затверджено низку інноваційних положень: міжнародну інтеграцію та інтеграцію системи вищої освіти України у Європейській простір вищої освіти, автономію вищих навчальних закладів, розвиток академічної мобільності, право самостійного вибору студентами 25% дисциплін або курсів, кредитно-модульну систему, скорочення лекційних годин на користь самостійної роботи студентів тощо [1, 4].

Проте «Стандарти і рекомендації щодо забезпечення якості в Європейському просторі вищої освіти» (ESC), розроблені Європейською асоціацією з гарантування якості вищої освіти, принципово відрізняються від українських стандартів вищої освіти, оскільки вітчизняні стандарти уніфікують зміст освіти, а європейські – забезпечують якість процесу освіти і виступають

основою реформування системи управління у вищій школі [2].

Висока якість освіти досягається за умови глибокої індивідуалізації навчання. Оскільки європейські стандарти передбачають суттєве збільшення обсягів самостійної роботи студентів, вона повинна отримати належне організаційно-методичне забезпечення [2, 3].

Освітню мобільність у Європейському Союзі забезпечує низка спеціальних програм із багатомільйонними бюджетами. За 20 років програмою Erasmus скористалися понад 1,7 млн громадян ЄС. Проте, незважаючи на фахову підтримку з боку Євросоюзу, нею скористалися лише поодинокі вищі навчальні заклади України, які мають реальні партнерські зв'язки з університетами Європи. Для розвитку міжнародної академічної мобільності в контексті Болонського процесу в Україні необхідно створення продуктивної системи національної академічної мобільності, її нормативно-правової бази, організаційно-економічного механізму, визначення джерел фінансування та готовності до партнерства суб'єктів процесу академічних обмінів [2].

Висновки. Наближення до існуючих світових стандартів медичної освіти допоможе у майбутньому чекати виходу вітчизняної медицини на світовий рівень, що, в свою чергу, сприятиме посиленню медичного потенціалу країни і зміцненню її національної безпеки.

Література

1. Про вищу освіту : Закон України від 01.07.2014. №1556–VII [Електронний документ]. – Режим доступу: <http://www.zakon.rada.gov.ua>. – Назва з екрану.
2. Здіюрук С. І. Академічна мобільність як фактор інтеграції України у світовий науково-освітній простір : аналітична записка [Електронний документ] / С. І. Здіюрук, І. В. Богачевська ; Національний Інститут Стратегічних Досліджень. – Режим доступу: <http://www.niss.gov.ua>. – Назва з екрану.
3. Гуляєва Н. М. Мобільність викладачів і студентів: проблеми та орієнтири / Н. М. Гуляєва // Матеріали VI щорічної міжнародної конференції [«Розбудова менеджмент-освіти в Україні»] (17–19 лют. 2005 р., м. Дніпропетровськ). – Київ : Навч.-метод. центр «Консорціум із удосконалення менеджмент-освіти в Україні», 2005. – С. 79.
4. Судакова Н. Реформа в головах. Що буде представлять собою студент українського вуза через п'ять лет / Н. Судакова // Вести. Репортер. – 2015. – № 25–26 (89–90). – С. 16–23.

О.Р. Ситенко, Є.М. Кривенко

ДО ПИТАННЯ ІНФОРМАТИЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна

В Україні державна політика щодо інформатизації системи охорони здоров'я, а також впровадження новітніх інформаційних технологій (телемедицини, дистанційного навчання тощо) спрямована в т.ч. на ліквідацію відставання у цій сфері від передових світових держав і прискорення входження в інформаційний простір міжнародного співтовариства медичної освіти і науки.

Мета – висвітлити стан інформатизації охорони здоров'я України.

Методи: аналітичний, системного аналізу.

Результати. Сьогодні для галузі охорони здоров'я є актуальними питання розробки стратегії формування та подальшого вдосконалення відомчої інформаційної системи відповідно до вимог єдиного інформаційного простору країни. У рамках виконання проектів інформатизації охорони здоров'я, у т.ч. існуючих регіональних програм інформатизації галузі, за останні роки зроблено певні кроки з: поліпшення комп'ютерного забезпечення закладів охорони здоров'я (насамперед обласного та районного рівнів), підключення їх до мережі Інтернет; створення корпоративної мережі обміну інформацією між установами та медичними закладами на основі електронної пошти; створення локальних мереж у медичних закладах; розвитку та підтримки функціонування медичних веб-сайтів; розвитку інформаційних технологій клінічної та навчальної спрямованості; впровадження автоматизованих робочих місць медичних працівників, медико-статистичних систем, систем типу «Стационар» або «Поліклініка» зі створенням персоналізованих баз даних; впровадження сучасних телекомунікаційних систем та телемедичних технологій; підвищення ефективності та якості всіх видів робіт, пов'язаних зі збором, обробкою, збереженням і поданням медико-статистичної інформації для підвищення оперативності та якості прийняття управлінських рішень.

Проте головна увага приділяється переважно поліпшенню матеріально-технічної бази органів управління охороною здоров'я та закладів вторинного і третинного рівнів надання медичної допомоги, що полегшує працю окремих фахівців (переважно з адміністративних і фінансових служб, служби статистики), але не дає значущого ефекту як для закладу, так і для галузі в цілому.

Загалом значною (близько 50%) є частка морально застарілих комп'ютерів, що унеможливує впровадження повною мірою сучасних програмних продуктів, розрахованих на більш потужне устаткування. Це призводить до низького рівня використання лікувально-діагностичних інформаційних систем, їх недостатньої якості та ізоляваності, відсутності на

галузевому рівні цілісної системи збору, обміну та аналізу інформації.

Намітилася тенденція виокремлення інформаційного забезпечення в самостійні системи, які не пов'язані методологічно між собою і функціонують ізольовано через неузгодженість у підходах до кодування інформації, застосування програмного забезпечення. Інформація, що накопичується в таких базах даних, практично не використовується в процесі прийняття управлінських та лікарських рішень, не дає змоги оцінити якість надання медичної допомоги, діяльність територіальних медичних служб і закладів охорони здоров'я.

Майже відсутні належні нормативні документи, які регламентують використання комп'ютерних систем у сфері електронного документообігу, захисту інформації, сертифікації програмних засобів, стандартів передавання даних та інформаційного обміну. Повільно розвивається інформаційно-телекомунікаційна інфраструктура галузі тощо. Ситуація, що склалася, гальмує і розвиток інформатизації галузі, і створення єдиного медичного інформаційного простору в цілому.

Сьогодні політика розвитку інформаційної системи має орієнтуватися на:

- підвищення ефективності медичного обслуговування, якості надання медичної допомоги та зниження рівня загальної захворюваності за рахунок впровадження сучасних лікувально-діагностичних медичних інформаційних систем та комплексних інформаційних систем охорони здоров'я;

- підвищення доступності консультативної спеціалізованої медичної допомоги для населення, яке проживає у віддалених і важкодоступних місцевостях, за рахунок впровадження телемедичних методів надання медичної допомоги;

- прискорення впровадження в практику нових методів діагностики і лікування, які використовують новітні інформаційні медичні технології;

- впровадження доказової медицини за рахунок забезпечення вільного та оперативного доступу до інформації про світові досягнення медичної науки та практики;

- поліпшення управління системою охорони здоров'я, включаючи контроль за захворюваністю за рахунок впровадження комплексних інформаційно-аналітичних систем;

- поліпшення здоров'я населення внаслідок оптимізації стану довкілля за рахунок впровадження систем соціально-гігієнічного моніторингу;

- зменшення витрат на управління галуззю за рахунок скорочення часу на збір, передавання та обробку інформації на всіх рівнях управління;

- удосконалення документообігу, управління потоками пацієнтів і підвищення достовірності, валідності, релевантності й пертинентності медичної інформації;
- спрощення процесів обробки та аналізу медичної інформації за рахунок створення єдиної системи її кодування;
- сприяння впровадженню медичного страхування за рахунок комплексної інформатизації лікувально-профілактичних закладів з автоматизованим підрахунком витрат на утримання й лікування хворих;
- поліпшення доступності інформації з різноманітних проблем медицини й охорони здоров'я шляхом створення відповідних баз даних;

– підвищення якості медичної освіти за рахунок удосконалення системи підготовки і підвищення кваліфікації медичних працівників на основі новітніх інформаційних технологій та сучасних технологій навчання;

– підвищення рівня міжнародної співпраці в галузі охорони здоров'я за рахунок інтеграції в міжнародні медичні мережі.

Висновки. Для проведення комплексної інформатизації галузі охорони здоров'я необхідна реалізація актуальних завдань організаційного, методичного, технологічного і правового забезпечення процесу інформатизації.

Г.О. Слабкий¹, В.Й. Білак–Лук'янчук²

ПРОБЛЕМИ ОХОПЛЕННЯ ФАХОВОЮ МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ, У ТОМУ ЧИСЛІ АНТИРЕТРОВІРУСНОЮ ТЕРАПІЄЮ, ВІЛ-ПОЗИТИВНИХ ОСІБ – ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ ІЗ ЗОНИ ПРОВЕДЕННЯ АТО

¹ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна

²Центр з профілактики та боротьби із СНІДом, м. Ужгород, Україна

Незважаючи на досягнення значного прогресу в протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, в умовах трансформації усіх сфер життєдіяльності, економічної кризи та військового конфлікту на сході країни ВІЛ-інфекція в Україні продовжує поширюватись. За період 1987р. – 6 місяців 2016 р. серед громадян України зареєстровано 287 968 ВІЛ-інфікованих осіб, у тому числі 88 075 випадків захворювання на СНІД та 39 885 випадків смерті від захворювань, зумовлених СНІДом.

За даними ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України», станом на 01.07.2016 р. прибули з населених пунктів, на території яких органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження, та перебувають під медичним наглядом у закладах охорони здоров'я служби СНІДу в інших регіонах України 1262 ВІЛ-інфіковані особи, з них 887 (70%) осіб прибули з Донецької області, 278 (22%) осіб – з Луганської області та 97 (8%) осіб – з АР Крим. Серед 1262 ВІЛ-інфікованих осіб 635 (50,3%) чоловіків та 627 (49,7%) жінок. У віковій структурі 7,2% (91 особа) складають діти віком до 14 років включно, 0,9% (11 осіб) – підлітки віком 15–17 років включно, 2,8% (35 осіб) – особи віком 18–24 роки включно та 89,1% (1125 осіб) – особи віком 25 років і старші.

Мета роботи – виявити основні проблеми та перепони на шляху забезпечення фаховою медичною допомогою, у тому числі високоєфективною антивірусною терапією (ВААРТ), ВІЛ-позитивних осіб, які переселились у Закарпатську область із зони проведення антитерористичної операції (АТО).

Методи дослідження. Було проаналізовано статистичні дані, дані реєстраційних карт щодо супроводу пацієнта для диспансерного нагляду;

амбулаторні картки пацієнтів, своєчасність надання терапії, ефективність терапії, стан забезпечення необхідними медикаментами, дані лабораторних обстежень, своєчасність надання відповідних медичних послуг. Проведено опитування фахівців – працівників медичних закладів служби СНІДу, що працюють з ВІЛ-позитивними особами – переселенцями із зони АТО.

Результати. Аналіз показав наявність проблемних моментів у забезпеченні ВІЛ-позитивних пацієнтів – переселенців із зони АТО відповідними медичними послугами. Основна проблема – відсутність будь-якої медичної документації на цих пацієнтів. При зверненні такої особи в Центр з профілактики та боротьби із СНІДом вся інформація отримувалась тільки зі слів пацієнта. Неможливо отримати відповідь на запит про таких пацієнтів із попереднього місця перебування на обліку. Тільки з міста Горлівка отримано відповіді на запити. Мали місце ситуації, коли пацієнти просили не робити запити за попереднім місцем проживання або взагалі надавали неправдиві відомості, побоюючись переслідувань своїх рідних, що залишились на окупованих територіях, з боку нововстановленої влади.

Стан пацієнтів при першому зверненні по медичну допомогу переважно важкий, що обумовлено, насамперед, відсутністю певний час медичного нагляду, перериванням антиретровірусної терапії, пережитими стресовими ситуаціями.

У III–IV клінічній стадії захворювання звернулись 72% (з них 60% – у IV стадії), 30% інфіковано на гепатит С. Ступінь імуносупресії при взятті на облік (за кількістю CD-4 клітин) у 21% осіб була менше 200 клітин, у 29% – 200–349 клітин, у 14% – 350–499 клітин, у 21% – більше 500 клітин. За шляхами передачі ВІЛ-інфекції: у 50%

випадків – парентеральний внаслідок вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом, у 43% – статевий гетеросексуальний шлях. Усі особи переважно молодого віку – 85% у віковій категорії 25–49 років, з них 50% у віці до 39 років.

Процес підбору та призначення ВААРТ таким пацієнтам значно ускладнювався відсутністю даних про раніше застосовані препарати та схеми, плутаними відомостями про попередню терапію від пацієнтів, низьку прихильність до терапії, неадекватним станом пацієнтів внаслідок вживання наркотичних речовин.

Слід зазначити і такий момент, як проблема встановлення довірливого контакту лікаря з пацієнтом та вироблення прихильності до лікування, внаслідок недовіри, настороженості і, навіть, інколи агресії з боку пацієнта. У переважній більшості цих пацієнтів, крім проблем із здоров'ям, нагальними є проблеми соціального характеру. Питання соціального супроводу допомагає вирішувати громадська організація.

Висновки. Основними перепонами на шляху забезпечення фаховою медичною допомогою, у тому числі антивірусною терапією, ВІЛ-позитивних осіб – переселенців з зони проведення АТО є: відсутність медичної документації у цих пацієнтів, неможливість встановлення контакту з медичними закладами за попереднім місцем проживання; низька прихильність до лікування у пацієнтів та випадки переривання антиретровірусної терапії, низький рівень довіри з боку пацієнта, наслідки пережитих стресових ситуацій. Суперечливими є дані, скільки ВІЛ-позитивних пацієнтів-переселенців взагалі не звернулись до медичних закладів за допомогою.

Ці перешкоди повинні бути подолані, у тому числі для досягнення цілей у рамках реалізації запропонованої ЮНЕЙДС стратегії щодо прискорення заходів у відповідь на ВІЛ/СНІД (Fast Track 90-90-90 до 2020 року) та, як наслідок, зменшення захворюваності на ВІЛ-інфекцію/СНІД в Україні.

Г.О. Слабкий¹, Л.О. Качала², І.М. Рогач², Р.Ю. Погоріляк²

РІВЕНЬ ЗНАНЬ КЕРІВНИКІВ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ ІЗ ПИТАНЬ КУЛЬТУРИ УПРАВЛІННЯ

¹ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна

²ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

Актуальність. Культура управління – це теорія закономірності комплексного, системного підходу до вирішення управлінських проблем. Перед нею стоїть завдання створити такий управлінський світогляд для кожного керівника, здатного піднести його до висот сучасної професійної культури.

Заклади охорони здоров'я як соціальні утворення також мають власну культуру, якій притаманні певні параметри, зумовлені специфікою їх діяльності та процесів управління і медичного обслуговування.

Культура закладу формується під впливом культури суспільства. Відповідно, з розвитком культури суспільства, зміною стандартів життя змінюються і складові культури закладів охорони здоров'я, норми їх символічної культури та основи цінності. Усе це вимагає не просто іншого організаційного порядку в Україні, але й наявності кадрів, здатних працювати справді в демократичних умовах. Потрібен не тільки новий ступінь політичної культури управлінців, а й куди досконаліший рівень управлінського професіоналізму.

Мета – визначити рівень знань слухачів курсів підвищення кваліфікації за фахом «Організація і управління охороною здоров'я» з питань культури управління в організаціях.

Матеріали та методи. Проведено соціологічне дослідження за спеціально розробленою програмою 104 керівників і заступників керівників закладів охорони здоров'я Закарпатської області, слухачів передатестаційних циклів і циклів тематичного

удосконалення з «Організації і управління охороною здоров'я» за 2010–2013 рр.

Результати. За приналежністю до управління закладами певного рівня і форми власності респонденти розподілились таким чином: третинного – 38,0%, вторинного – 33,8%, первинного – 14,2%, недержавної форми власності – 4,8%, відомчі – 9,2%.

Основним індикатором впливу культури закладу на якість медичної допомоги керівники вважають задоволеність нею. Проте результати нашого дослідження свідчать, що 89,2% із них вивчають рівень задоволеності пацієнтів наданою медичною допомогою виключно під час проходження акредитації закладу. Поза її межами задоволеність пацієнтів вивчає тільки 20,4% опитаних організаторів охорони здоров'я. Рівень довіри пацієнтів до лікарів закладу враховують при прийнятті управлінських рішень лише 58,7% керівників, до середнього медичного персоналу – 55,3%, іншого – 23,8%.

Серед культурних цінностей закладів охорони здоров'я респонденти на перше місце ставлять чесність і повагу в стосунках між співробітниками (50,8%), а дотримання інтересів пацієнтів – тільки на друге (32,7%). Відповідно й основними напрямками формування високої культури управління закладом керівники називають переважно удосконалення відносин із персоналом (62,1 на 100 опитаних), а поліпшення якості обслуговування та дотримання інтересів пацієнтів вважають вагомим лише 44,8% респондентів. Це свідчить про деформацію

принципу пацієнтоорієнтованості медичної допомоги як однієї з основних сучасних світових культурних цінностей.

На недостатність знань із питань культури управління та застосування її принципів на практиці вказує й те, що тільки в 38,4% закладів встановлені правила службового етикету. Близько 42,8% керівників не вважають за потрібне оформляти їх на папері, тому що це «само собою зрозуміле». Відповідно, лише 43,1% опитаних знають, що правила поведінки персоналу повинні бути відображені у правилах внутрішнього розпорядку, посадових інструкціях (42,2%), статутах закладів охорони здоров'я (33,8%). Значна частина респондентів визнають недостатність знань керівників із теорії управління, вважаючи, що їх формальні лідери не відповідають сучасним науковим уявленням про управлінця-професіонала (43,8% відповідей), і не використовують у своїй діяльності методи наукового управління (41,2%).

При аналізі відповідей респондентів стосовно їх бачення шляхів наближення культури управління в закладах охорони здоров'я нашої країни до європейського рівня звертає на себе увагу, що значна частина їх має орієнтацію на удосконалення рівня поверхневої (символічної) культури, а не вищого (ціннісного) рівня. Більшість керівників першочерговими завданнями вважають поліпшення фінансування галузі,

перехід на страхову медицину, визначення механізмів справедливої оплати праці медичного персоналу, приведення структури і кадрів системи охорони здоров'я у відповідність до реальної потреби, необхідність підвищення професійності кадрів управлінців та медичного персоналу, зменшення адміністративного тиску з боку вищого керівництва, створення позитивного іміджу закладу. Значно менше керівників визнають необхідність змін у психології як менеджерів та медичного персоналу, так і пацієнтів.

Отримані дані свідчать про недостатню обізнаність керівників медичних закладів із питань культури управління та її особистостей в системі охорони здоров'я та, відповідно, запровадження в практичній діяльності.

Висновки. Встановлено, що керівники медичних закладів недостатньо обізнані з питань культури управління та особливостей формування культури закладів системи охорони здоров'я, демонструючи пріоритетність удосконалення рівня первинної (символічної) культури, а не вищого (ціннісного) рівня.

Виявлений недостатній рівень теоретичних знань і практичних навичок керівників закладів охорони здоров'я з питань культури управління підкреслює необхідність посилення уваги до цих питань при навчанні на циклах післядипломної спеціалізації та удосконалення за фахом «Організація і управління охороною здоров'я».

Ю.Г. Узун, В.В. Колесник, М.В. Корнєєва

ПРО СТВОРЕННЯ ТА ОРГАНІЗАЦІЮ РОБОТИ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОГО ЗАКЛАДУ ІІІ РІВНЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА ТЕРИТОРІЇ ДОНЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ, ЯКА ПІДКОНТРОЛЬНА УКРАЇНСЬКІЙ ВЛАДІ

Департамент охорони здоров'я Донецької обласної державної адміністрації, м. Краматорськ, Україна

Проведення антитерористичної операції (АТО) на території Донецької області, наявність у регіоні територій, які не підконтрольні українській владі, призвели до негативних наслідків в організації надання медичної допомоги населенню. Усі заклади ІІІ рівня надання медичної допомоги залишилися на території, де не виконуються функції держави. На сьогодні мешканці регіону обмежені в отриманні спеціалізованої медичної допомоги, деякі види високоспеціалізованої медичної допомоги відсутні взагалі. Не останню роль у скрутному становищі системи охорони здоров'я грає і відсутність можливостей для проведення високоякісних діагностичних заходів. Усе це порушує одну з важливіших складових медичної допомоги – доступність.

Ситуація, яка склалася, викликає необхідність постійного переведення хворих з будь-якою важкою патологією у заклади вищого рівня інших областей. Так, за період 2014–2016 рр. було переведено понад тисячу хворих мешканців Донецької області із серцево-судинними захворюваннями, які потребують проведення

кардіохірургічних операцій; хворих на термінальну стадію хронічної ниркової недостатності, які потребують формування судинних фістул для проведення гемодіалізу; хворих із травмами головного мозку, які потребують проведення нейрохірургічних втручань; хворих із захворюваннями магістральних судин, які потребують проведення шунтуючих операцій на судинах; хворих, які потребують лікування у торакальних відділеннях з приводу патології органів грудної клітки; хворих з ускладненнями цукрового діабету (у т.ч. з діабетичними ретинопатіями); хворих хірургічного профілю, які з приводу післяопераційних ускладнень потребують надання спеціалізованої хірургічної допомоги в медичних закладах ІІІ рівня надання медичної допомоги (сепсис, абсцеси черевної порожнини, ускладнення панкреонекрозу, жовчні нориці тощо); хворих інфекційного профілю, які потребують проведення реанімаційних заходів; хворих з алергологічною патологією, які потребують диференційної діагностики.

Надання своєчасної та якісної третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги може бути забезпечено шляхом створення двох багатопрофільних обласних лікарень на території Донецької області, яка підконтрольна українській владі, оскільки географічні особливості області у ракурсі її протяжності та розділення регіону диктують необхідність надання спеціалізованої медичної допомоги населенню південних та окремо – північних адміністративно-територіальних одиниць з метою забезпечення її своєчасності.

Важливе також залучення співробітників клінічних кафедр Донецького національного медичного університету для організації консультативної допомоги і створення бази для навчання та підвищення кваліфікації широкого кола лікарів Донецької області на клінічних базах закладу III рівня.

Метою створення багатопрофільної обласної лікарні є забезпечення реалізації конституційного права громадян Донецької області на медичну допомогу в частині надання своєчасної та якісної третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

За таких умов необхідною є адекватна, повна та об'єктивна оцінка існуючих лікувально-профілактичних закладів великих міст регіону. Її проведення передбачає аналіз матеріально-технічного забезпечення, кадрового складу та рівня кваліфікації фахівців відповідно до розроблених критеріїв. Загальними критеріями відбору закладу охорони здоров'я для створення обласного багатопрофільного закладу III рівня надання медичної допомоги були визначені наступні:

1. Бажання громади міста створити на базі існуючої місцевої лікарні закладу III рівня обласного підпорядкування та згода, у разі необхідності, на перепрофілювання існуючих відділень для уникнення дублювання.

2. Наявність у закладі розвинутих допоміжних служб (лабораторія, патоморфологія, рентгенологічне та фізіотерапевтичне відділення, складські приміщення, гараж, аптека з приміщеннями для можливого зберігання лікарських засобів, отриманих централізовано).

3. Зручний під'їзд до закладу з будь-якої частини міста.

4. Наявність в обраному закладі лікарів вищої та першої кваліфікаційної категорії (не менш 50%), головних позаштатних спеціалістів департаменту.

5. Оснащення відділень закладу медичним обладнанням не менше 65% від необхідного обсягу, затвердженого профільними наказами Міністерства охорони здоров'я України, якими регламентуються таблиці оснащення відділень багатопрофільної лікарні.

6. Наявність у закладі унікальних відділень, які натеper в інших закладах охорони здоров'я відсутні, та наявність у закладі відділень різних профілів.

7. Можливість розташування клінічних кафедр Донецького національного медичного університету.

8. Спроможність наявного ліжкового фонду закладу забезпечення медичною допомогою прилеглих територій з населенням понад 500 тис. осіб.

За результатами аналізу існуючої мережі закладів охорони здоров'я, їх матеріально-технічного забезпечення, кадрового складу, рівня кваліфікації фахівців, аналізу щільності та кількості населення адміністративно-територіальних одиниць, обговорення нагальної проблеми медичною спільнотою, вирішено створення багатопрофільної обласної лікарні на базі комунального закладу «Маріупольська міська лікарня № 2» з потужністю 550 ліжок з метою надання високоспеціалізованої медичної допомоги південним регіонам області, а саме м. Маріуполь, Мангушський, Никольський та Волноваський райони.

Рішенням Маріупольської міської ради від 28.09.2016 № 7/11-732 «Про передачу до спільної власності території громад, сіл, селищ, міст Донецької області, що знаходяться в управлінні обласної ради, єдиного майнового комплексу комунального закладу «Маріупольська міська лікарня № 2» передано безоплатно із комунальної власності до спільної власності територій громад, сіл, селищ, міст Донецької області, що знаходяться в управлінні обласної ради, єдиний майновий комплекс комунального закладу «Маріупольська лікарня № 2» разом із трудовим та матеріальним ресурсами на момент передачі шляхом внесення зміни до реєстраційних документів щодо найменування юридичної особи засновників юридичної особи комунального закладу «Маріупольська міська лікарня № 2».

Департаментом охорони здоров'я облдержадміністрації опрацьований та визначений перелік відділень обласної лікарні.

Найближчим часом планується визначення кадрового складу та формування потреби в медичному обладнанні, що, відповідно до проекту Програми соціально-економічного розвитку Донецької області на 2017 рік, становить 112 000 тис. гривень.

Подальшим етапом є створення та організація багатопрофільної обласної лікарні для медичного обслуговування північних регіонів області.

Висновки. Ситуація в регіоні потребує організації лікувально-профілактичного закладу III рівня надання медичної допомоги. Спільна діяльність органів виконавчої влади, місцевого самоврядування та закладів охорони здоров'я території Донецької області, яка підконтрольна українській владі, створить передумови для покращення діагностики на ранніх етапах захворювання, своєчасності та якості надання медичної допомоги населенню, зниження показників загальної захворюваності, зниження рівня інвалідизації, рівня смертності населення. Багатопрофільна обласна лікарня III рівня спроможна буде виконувати функції лікарні інтенсивного лікування, що, з огляду на заплановану в державі реформу стаціонарної медичної допомоги, є актуальним та відповідає сучасним вимогам до охорони здоров'я.

Ю.Г. Узун, Н.Г. Філіппова, С.А. Дорошенко

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ НАДАННЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ У ДОНЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ В УМОВАХ ПРОВЕДЕННЯ АТО

Департамент охорони здоров'я Донецької облдержадміністрації, м. Краматорськ, Україна

Сталий розвиток суспільства будь-якої країни значною мірою залежить від демографічних перспектив, які визначаються здатністю населення до простого відтворення або заміщення чисельності покоління батьків чисельністю покоління дітей. Стійка тенденція до скорочення чисельності населення регіону внаслідок зниження рівня народжуваності та підвищення загальної смертності ставить під загрозу майбутнє. У Донецькій області, як і в Україні взагалі, протягом останнього десятиріччя відбувається суттєве скорочення середньої очікуваної тривалості життя за рахунок погіршення здоров'я. Низький рівень народжуваності та високий рівень загальної смертності населення виводять проблему стану здоров'я і тривалості життя в ранг загальнонаціональних.

Події останнього року в регіоні, масове переміщення населення, розділення області в зв'язку з проведенням бойових дій призвели не тільки до зростання захворюваності та смертності населення, але й до руйнування цілісної системи організації надання медичної допомоги населенню. Усі заклади охорони здоров'я III рівня надання перинатальної медичної допомоги залишилися на території, тимчасово не підконтрольній українській владі, що призвело до того, що в області наразі відсутня трирівнева система надання медичної допомоги матерям та дітям. Це зумовлює необхідність постійного переведення вагітних, породіль та новонароджених із будь-якою важкою патологією в заклади вищого рівня інших областей. Проблема є надзвичайно важливою й з огляду на збільшення рівня економічних витрат, а також це порушує одні з головних принципів медичної допомоги – доступність та своєчасність.

Велике занепокоєння викликають показники здоров'я жінок репродуктивного віку та дітей. Залишається високою питома вага передчасних пологів. Недоношеними народжуються до 5,3% малюків (відповідний показник в Україні становить до 3,5%). Медичної допомоги потребують 15,8% новонароджених.

Метою реорганізації надання перинатальної медичної допомоги є зниження материнської та дитячої захворюваності, інвалідності та смертності в Донецькій області, підвищення рівня доступності та якості лікувальних, діагностичних та консультативних гілок у службі охорони материнства та дитинства, безпечності та економічного використання ресурсів в умовах АТО.

Матеріали та методи. Вивчалася нормативно-правова база організації надання перинатальної допомоги, статистичні звіти закладів охорони здоров'я, у яких надається медична допомога дітям та матерям, у т.ч. перинатальних центрів II рівня за 2012, 2013, 2015 роки,

інформаційно-довідкові матеріали, які були надані міськими та районними акушерами-гінекологами Донецької області.

Під час проведення дослідження застосовувались медико-статистичні та епідеміологічний методи.

Результати. З метою подальшого розвитку перинатальної допомоги в Україні, на виконання Державної Програми «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року, зниження материнської, малюкової захворюваності і смертності та поліпшення якості надання медичних послуг вагітним, породільям, породіллям і новонародженим, Міністерством охорони здоров'я України було затверджено Концепцію подальшого розвитку перинатальної допомоги та визначено пілотні регіони з організації перинатальних центрів III рівня, до яких віднесено і Донецьку область. Першим етапом впровадження Національного проекту «Нове життя – нова якість охорони материнства та дитинства» було створення перинатального центру III рівня на базі Донецького регіонального центру охорони материнства та дитинства в 2012 році. Другим етапом було заплановане створення мережі регіональних перинатальних центрів II рівня з визначенням регіонів обслуговування в мм. Донецьк, Макіївка, Горлівка, Маріуполь, Краматорськ, Красноармійськ. Протягом 2012–2013 рр. майбутні перинатальні центри II рівня були поповнені медичним обладнанням з обласного бюджету на загальну суму 46,4 млн гривен. У 2013 р. відбулося відкриття перинатальних центрів II рівня в мм. Макіївка, Маріуполь, у 2014 р. – у м. Горлівка. Завдяки роботі означених закладів, чіткому дотриманню принципів регіоналізації, розподілу потоків хворих відповідно до ступеня важкості патології в області значно покращилися показники малюкової та материнської смертності: показник малюкової смертності з 12,7% у 2012 р. знизився до 9,2% у 2014 р., показник материнської – з 25,5 на 100 тис. народжених живими до 12,4.

Протягом 2014–2015 рр. було заплановано відкриття ще чотирьох перинатальних центрів II рівня в мм. Донецьк (2), Краматорськ (на базі ЦМЛ № 1) та Красноармійськ (на базі ЦРЛ). Але у зв'язку з подіями останнього року в регіоні, розділенням області та проведенням бойових дій, на підконтрольній українській владі території залишився лише один перинатальний центр II рівня – у м. Маріуполь для обслуговування мешканців південної частини області. Виконання принципів регіоналізації в умовах запроваджені надзвичайної ситуації в Донецькій області значно ускладнюється, тому що лікувальні заклади III рівня, які здійснювали високоспеціалізовану допомогу вагітним,

роділлям, породіллям та новонародженим, залишилися на території, тимчасово не підконтрольній українській владі. Переведення вагітних, роділь та породіль у заклади III рівня інших областей не завжди можливе, тому що процес їх переведення потребує певного часу. Узгодження переведення та госпіталізації вагітних на рівні керівництва територіальних органів охорони здоров'я, їх транспортування на відстань понад 200 км займає більше шести годин, що неприпустимо в разі початку пологової діяльності, відходження навколоплідних плідних вод та інших станів, що потребують швидкого розродження у жінок із соматичною патологією та високим перинатальним ризиком. Також відсутня мережа перинатальних центрів II рівня. Така ситуація призвела до зниження якості надання перинатальної допомоги та, як наслідок, погіршення основних рейтингових показників: малюкова смертність у 2015 р. склала 9,7%, материнська – 29,1. Збільшилась кількість передчасних пологів, питома вага яких ще з 2012 р. перевищувала загальнодержавний показник – до 6%. Привертає увагу й структура малюкової смертності: 39,5% померлих – це діти вагою менше 1500,0 грамів.

Одним із важливих заходів для вирішення проблем в охороні здоров'я матерів та дітей є продовження організації мережі перинатальних центрів II рівня для чіткого розмежуванні рівнів надання медичної допомоги та дотримання переліку стандартизованих базових послуг перинатальної допомоги відповідно до груп ризику. Завдяки проведеним дослідженням, з урахуванням матеріально-технічної бази акушерських відділень, кадрового забезпечення, ліжкового фонду, потужності закладів, адміністративно-територіальної складової, щільності населення, крім створеного регіонального перинатального центру II рівня в м. Маріуполь, у липні 2015 р. за ініціативи департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації рішенням сесії Красноармійської міської ради відбулось відкриття перинатального центру II рівня в м. Красноармійськ для західних та центральних районів області. Планується створення перинатального центру в м. Краматорськ на базі акушерських та неонатологічних підрозділів ЦМЛ №1. Враховуючи наявність кафедри акушерства та гінекології в означеному лікувальному закладі, майбутній перинатальний центр розглядається як такий, що в перспективі спроможний виконувати функцію перинатального закладу III рівня. Відкриття перинатального центру в м. Краматорськ для мешканців північних районів регіону заплановане на початок 2017 р.

Для вдосконалення надання перинатальної допомоги в Донецькій області передбачається покращення матеріально-технічного стану існуючих перинатальних центрів II рівня, впровадження новітніх перинатальних технологій у лікувально-профілактичних закладах, в яких надається медична допомога жінкам та дітям. Першим етапом удосконалення перинатальної допомоги планується на базі існуючого перинатального центру II рівня в м. Маріуполь відкриття відділення другого етапу для виходжування недоношених та захворілих

новонароджених. У відкритому в липні 2015 р. перинатальному центрі II рівня м. Покровськ (Красноармійськ) заплановане проведення ремонтних робіт у неонатальному блоці зі створенням відділення інтенсивної терапії та відділення виходжування недоношених новонароджених. У 2017 році буде продовжено удосконалення роботи перинатальної служби в м. Краматорськ (ЦМЛ №1) шляхом проведення ремонтних робіт, дооснащення медичним обладнанням, створення відділень інтенсивної терапії для жінок та новонароджених.

Другим етапом заплановане створення тренінгового центру в перинатальному центрі II рівня м. Маріуполь для лікарів та середнього медичного персоналу, що працюють в сфері перинатології. У перинатальному центрі м. Краматорськ заплановане створення відділення другого етапу виходжування та лікування новонароджених, що також буде сприятиме, разом із залученими фахівцями медичного університету, виконувати функцію перинатального центру III рівня.

Індикатори:

1. Рівень материнської та малюкової смертності.
2. Рівень перинатальної смертності.
3. Кількість переведених пацієнтів на III рівень надання медичної допомоги в інші області, в т.ч. для консультації та діагностичних заходів.

Очікувані результати:

Демографічні – виконання заходів дасть змогу відповідно до основних Цілей розвитку Тисячоліття, визначених ООН, знизити рівень:

- материнської смертності на 10%;
- малюкової смертності на 20%;
- зниження дитячої інвалідності на 10%.

Економічні:

- збільшення чисельності працездатного населення;
- визволення місцевих та державних коштів, які використовувалися на лікування хворих поза межами області;

- покращення умов та матеріально-технічного стану відділень;

- оптимізація терміну перебування на стаціонарному обліку пацієнтів завдяки впровадженню новітніх технологій.

Соціальні:

- покращення якості та доступності медичної допомоги населенню;

- підвищення престижності праці медичних працівників, підвищення кваліфікації, постійне навчання на робочому місці;

- створення нових робочих місць для лікарів та середнього медичного персоналу;

- покращення здоров'я населення;

- зниження соціальної напруги.

Висновки. Досвід впровадження регіоналізації перинатальної допомоги засвідчив його доцільність та ефективність. Натепер у Донецькій області виникла необхідність у перегляді показань для госпіталізації пацієнтів з перинатальними ризиками відповідно до рівнів надання допомоги в умовах проведення АТО.

Необхідно розширити повноваження перинатальних центрів II рівня та віднайти можливості для надання медичної допомоги всім категоріям пацієнток у межах Донецької області. Зкладами, які візьмуть на себе функцію III рівня, визнати заклади охорони здоров'я, що

є клінічними базами кафедр Донецького національного медичного університету ім. М. Горького, із залученням до лікувально-консультативної роботи співробітників медичного університету.

Ю.Г. Узун, В.В. Колесник, С.А. Воробйов, Н.М. Клименко

СТАН НАДАННЯ ФТИЗИАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ У ДОНЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ В УМОВАХ ПРОВЕДЕННЯ АТО

Департамент охорони здоров'я Донецької обласної державної адміністрації, м. Краматорськ, Україна

Сьогодні в Донецькій області гостро постає проблема погіршення ситуації щодо туберкульозу через складну гуманітарну ситуацію, бойові дії в регіоні та збільшення кількості вимушених переселенців, які є найбільш ураженими епідемією туберкульозу.

Населені пункти Донецької області розділені на такі, що підпорядковуються та не підпорядковуються Уряду України. Це створює перепони для повноцінного забезпечення надання медичної допомоги населенню області. Нові загрози погіршення епідемічної ситуації зумовлені тим, що не всі хворі на туберкульоз, які залишилися на непідконтрольній території, протягом 2014 р. могли отримати доступ до життєво необхідних ліків. Але туберкульоз (далі – ТБ) не знає меж, частина хворих на ТБ мешканців області мігрують, не інформують про зміну свого міста проживання та переривають лікування, мало піклуючись про своє здоров'я, надаючи перевагу насаперед соціальному облаштуванню на новій для них території.

На території, непідконтрольній Українській владі, залишилися обласний протитуберкульозний диспансер з наявними вузькопрофільними відділеннями, обладнанням та устаткуванням, референс-лабораторія із сучасним обладнанням, спеціалізоване відділення для лікування хворих на мультирезистентний туберкульоз, дитяче протитуберкульозне відділення, а також фахівці з діагностики та лікування позалегенового туберкульозу.

Епідемічна ситуація з туберкульозу у 2014 р. залишалася напруженою, а у зв'язку з новими обставинами ще більше загострюється. Захворюваність на туберкульоз у 2014 р. становила 59,2 на 100 тис. населення, у 2015 р. – 68,9 на 100 тис. населення. І це при тому, що за даними ВООЗ в Україні своєчасно недовиявляється близько 25% випадків захворювання на ТБ.

Мета роботи – оцінити стан протитуберкульозної допомоги мешканцям Донецької області та виконання заходів з протидії поширенню епідемії туберкульозу. Поліпшення епідемічної ситуації за рахунок стабілізації рівня захворюваності, зниження рівня смертності та підвищення ефективності лікування шляхом забезпечення загального та рівного доступу населення області, мешканців «сірих зон», переселенців із зон бойових дій, дитячого населення до якісних послуг з

профілактики, діагностики і лікування туберкульозу, створення умов для діагностики та лікування позалегенового туберкульозу.

Матеріали та методи. Проведено аналіз виконання обласної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012–2016 роки. Вивчалися аналітично-статистичні звіти Українського центру контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України та Центру медичної статистики МОЗ України. Скринінгове опитування, опитування вимушено переміщених осіб (далі – ВПО), мігрантів, осіб із соціальних груп ризику щодо обстеження на туберкульоз, а також хворих на ТБ щодо здійснення їх соціальної підтримки з метою забезпечення прихильності до лікування. Довідки за результатами моніторингових візитів до Донецької області фахівців Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу, фахівців ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров'я України» з метою оцінки стану заходів з протидії туберкульозу у Донецькій області.

Результати. Станом на 05.01.2015 р. з метою організації надання спеціалізованої протитуберкульозної допомоги мешканцям області та забезпечення раціонального та ефективного використання ліжкового фонду протитуберкульозних закладів (далі – ПТЗ) відповідно до наказу департаменту охорони здоров'я Донецької облдержадміністрації, організацію надання протитуберкульозної допомоги на адміністративних територіях Донецької області, підконтрольних Україні, здійснює комунальна лікувально-профілактична установа «Міський протитуберкульозний диспансер м. Краматорськ».

Протягом 2015 р. видається ряд важливих наказів про організацію роботи щодо виявлення захворювання на ТБ серед ВПО, про створення комісії з моніторингу та оцінки заходів протидії захворюванню на ТБ, про переформатування лабораторної мережі з діагностики ТБ, оптимізації та перепрофілізації ліжкового фонду ПТЗ. Впроваджено та забезпечено доступність для населення області сучасних швидких методів виявлення та діагностики туберкульозу: встановлено чотири системи Geen Xpert для молекулярно-генетичної діагностики туберкульозу (2 системи придбані за кошти БФ «Розвиток

України», 2 – за кошти гранту Глобального Фонду (далі – ГФ) та 1 – за кошти МО «Лікарі без кордонів» для пенітенціарного сектору). Забезпечення картриджами та витратними матеріалами для системи Geen-Xpert здійснюється виключно за рахунок коштів гранту ГФ. Не вирішено питання щодо охоплення хворих на туберкульоз діагностичним обстеженням на системі Vastec для прискореної діагностики туберкульозу, але створені всі умови для перерозподілу з інших областей цієї системи.

Проведено ревізію працюючих лабораторій I рівня. Створені доступні, якісні та безпечні умови для виявлення та клінічного скринінгу хворих з підозрою на туберкульоз у закладах первинної ланки надання медичної допомоги. Оновлено мережу, профіль та розподіл ліжкового фонду спеціалізованих протитуберкульозних закладів між містами та районами Донецької області та лабораторну мережу з мікробіологічної діагностики туберкульозу. В протитуберкульозних закладах та районах області розроблені та впроваджені локальні клінічні протоколи. Проводиться робота з ведення Реєстру в усіх районах Донецької області та налагоджено подання статистичної звітності з міст та районів області.

Протягом жовтня–листопада 2014 р. створені центральна лікарська консультативна комісія та хіміорезистентний консиліум, які забезпечили централізовану реєстрацію та моніторинг лікування усіх хворих з туберкульозом 1–4 категорій.

Відпрацьований алгоритм скерування хворих на туберкульоз, які потребують високотехнологічної спеціалізованої протитуберкульозної допомоги (хірургічної тощо), до обласних протитуберкульозних закладів м. Харків, Дніпропетровськ, Запоріжжя та Київ.

Налагоджена співпраця з фахівцями пенітенціарної служби Донецької області з питань профілактики, діагностики та лікування туберкульозу.

Впроваджуються моделі амбулаторного лікування на базі закладів первинної медико-санітарної допомоги. 95% хворих на туберкульоз забезпечені контрольованим лікуванням. Виняток становлять лише райони, що знаходяться вздовж лінії розмежування («сірі» зони), хворі яких лікуються виключно в умовах стаціонару.

Протягом травня 2015 р. розпочала роботу обласна фтизіатрична МСЕК та була створена санаторно-курортна комісія на базі КЛПУ МПТД м. Краматорськ.

Розпочала роботу обласна Координаційна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ/інфекції та СНІДу.

Протягом 2014–2015 років налагоджена система постачання, розподілу, перерозподілу в області протитуберкульозних препаратів (далі – ПТП) та препаратів для усунення побічних реакцій, що забезпечило безперервність та комплексність у лікуванні хворих на туберкульоз. Усі хворі на туберкульоз 100% забезпечені ПТП I–II ряду за кошти Державного бюджету та гранту ГФ. Впроваджується якісний та повноцінний моніторинг побічних реакцій у хворих на туберкульоз та в повному обсязі організовано забезпечення препаратами для усунення побічних реакцій за кошти гранту ГФ.

3 березня 2015 р. налагоджена співпраця та впроваджується програма медико-соціальної підтримки та супроводу хворих на туберкульоз за кошти благодійної організації «Лікарі без кордонів» у рамках проекту «Рання діагностика туберкульозу, лікування хіміорезистентного туберкульозу та ВІЛ-асоційованого хіміорезистентного туберкульозу в умовах виконання покарань та слідчих ізоляторах управління Державної Пенітенціарної служби України в Дніпропетровській і Донецькій областях, комплексний супровід хворих на лікуванні хіміорезистентного туберкульозу до і після звільнення до завершення лікування».

Протягом серпня–грудня 2015 р. реалізований проект «Щодо посилення контролю за туберкульозом серед внутрішньо перемішених осіб», що призвело до підвищення виявлення захворювання на 15%.

Налагоджена система соціальної підтримки хворих на амбулаторному етапі лікування. Це дозволило підвищити показник ефективності лікування ТБ до 67,7% та скоротити кількість випадків перерваного лікування до 7%. Упродовж 2015–2017 рр. впроваджується проект «Посилення системи надання якісної амбулаторної допомоги хворим на МРТБ шляхом надання максимально наближених медико-соціальних, психологічних послуг та формування прихильності до лікування» за кошти ГФ.

Висновки. Проведене переформатування фтизіатричної служби протягом 2014–2015 рр. виявилось ефективним та доцільним, дозволило своєчасно взяти під контроль епідеміологічну ситуацію з туберкульозу в області, відновити роботу e-TV Manager, забезпечити безперебійне постачання ПТП та створити сприятливі пацієнт-орієнтовані умови для лікування хворих.

Ю.Г. Узун, Я.А. Ватуліна, О.Б. Власенко

СТАН НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ДОНЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ В УМОВАХ ПРОВЕДЕННЯ АТО

Департамент охорони здоров'я Донецької обласної державної адміністрації, м. Краматорськ, Україна

Україна фактично перебуває у стані збройного конфлікту, в якому задіяне цивільне населення, військовослужбовці та медичні працівники. Продовження

бойових дій на території Донецької області для мирного населення становить пряму загрозу ускладнення санітарних та соціально-економічних умов життя, ризик

стрімкого зростання епідемій та захворювань. У зв'язку з цим для Донеччини надзвичайно актуальним є подальший розвиток та зміцнення закладів охорони здоров'я, які надають первинну медичну допомогу. Сформована у 2011 р. система первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) навіть у цих складних умовах відповідає завданням сьогодення, являючи собою найефективнішу модель, яка забезпечує необхідний обсяг надання медичної допомоги населенню. Водночас певні проблеми первинної допомоги не втрачають своєї актуальності: малорозвинена та частково знищена інфраструктура, несправність або відсутність телефонного зв'язку, низький кадровий потенціал тощо.

Мета роботи – висвітлення проблем забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я, які надають первинну медичну допомогу (ПМД) на Донеччині; визначення раціонального підходу до надання доступного рівня медичної допомоги, яка адаптована до нових соціальних та економічних умов Донецької області

Матеріали та методи. Було проаналізовано дані статистичних звітів закладів охорони здоров'я області за формами статистичної звітності відповідно до чинного законодавства. Статистичний аналіз проводився за допомогою програм Excel 2003–2010 Медстат.

Результати. Станом на 01.11.2016 р. мережа закладів сімейної медицини представлена 33 закладами, що надають ПМД, з мережею підпорядкованих структурних підрозділів, що відносно наближені до місць проживання населення. Це 246 лікарських амбулаторій загальної практики – сімейної медицини, 323 фельдшерсько-акушерських пункти (ФАП) та 22 пункти невідкладної допомоги. Показник забезпеченості становить 1,3 (встановлений норматив 1,87).

Незважаючи на активні бойові дії, у 2015 р. на території області було введено в експлуатацію п'ять нових амбулаторій, на початку 2016 р. відкрито чотири амбулаторії – у м. Слов'янськ, м. Покровськ, м. Маріуполь та Волноваському районі. У так званій «сірій зоні» відкрито ФП у с. Майорськ.

Разом із відкриттям амбулаторій розширюється мережа ліжок денних стаціонарів – уже досягнуто показника 18,5 на 10 тис. населення, і на цьому області не зупиниться, оскільки всі переконалися в економічній доцільності впровадження стаціонарозамінних технологій. Очевидність переваги даної форми надання медичної допомоги доведена під час обслуговування цивільного населення в зонах вогневого контакту (населені пункти Чермалик, Сартана, Мар'їнка тощо) і у «сірій зоні» (Миронівка, Зайцеве, Красногорівка та ін). Слід зазначити, що професійний рівень та досвід сімейних лікарів, що працюють у вищезазначених населених пунктах, набагато вищі, ніж у їхніх колег, які працюють у звичайних мирних умовах, – вони вже сьогодні надають до 90% загального обсягу медичної допомоги за зверненнями. В умовах епідеміологічного розповсюдження туберкульозу, особливо у «сірій зоні», лікарі активно працюють над проведенням профілактичних оглядів. Цьому передувала велика підготовча робота – для кожного населеного пункту було

складено графіки, які були опубліковані у місцевих ЗМІ з метою інформування населення. У найвіддаленіші «гарячі» куточки області були направлені пересувні флюорографи для виявлення хвороб на ранній стадії. Показово, що із загальної кількості обстежених на першому етапі виявлено 9,9% випадків туберкульозу. Медики мобільних польових шпиталів у прифронтовій зоні надають допомогу як військовим, так і цивільним. Лікарі констатують, що військова медицина суттєво збагатила матеріально-технічну базу прифронтових лікарень та підсилила фаховий рівень медперсоналу.

За короткий час в області були досягнуті наступні результати на первинному рівні:

- реалізоване право вільного вибору лікаря;
- поліпшені умови для надання профілактичної та лікувально-діагностичної допомоги;
- забезпечено доступність повного набору обстежень на рівні закладу ПМСД (вимірювання артеріального тиску, гостроти зору, цукру крові та холестерину, ЕКГ тощо);
- забезпечено 100% проведення знеболення хворим, що його потребують, силами лікарських амбулаторій, згідно із чинним законодавством;
- підрозділи центрів ПМСД (ЦПМСД) забезпечені медикаментами для надання невідкладної допомоги на 85% і на 76% автотранспортом;
- організовано безперебійну роботу лікарських амбулаторій, щоденно з 8.00 до 20.00;
- у деяких районах області проведено цілеспрямовані заходи щодо доступу населення сільських районів до роздрібної торгівлі лікарськими засобами в підрозділах ЦПМСД.

На сьогодні в області працює 458 сімейних лікарів, які обслуговують понад 55% населення області, у тому числі понад 98% сільського населення. Понад 300 посад сімейних лікарів в ЦПМСД зайняті за сумісництвом (коефіцієнт сумісництва 1,2). Стримує критичну ситуацію наявність працюючих лікарів-пенсіонерів, але останніми роками спостерігається тенденція до збільшення кількості лікарів пенсійного віку. Так, у 2015 р. серед працюючих лікарів особи пенсійного віку становили 44% (у 2013 р. – 36%; у 2014 р. – 39%). В останні три роки збільшується кількість кваліфікованих медичних працівників, які залишають Донеччину внаслідок вимушеної міграції. Це призводить до критичної нестачі фахівців певних спеціальностей, особливо лікарів первинної ланки. На сьогодні ця проблема частково вирішується завдяки допомозі військових лікарів та гуманітарних організацій, які у своєму складі мають медичних працівників.

Наступна проблема ПМД – це професійна підготовка спеціалістів. На сьогодні має місце низький рівень клінічно-практичної підготовки молодих спеціалістів та недосконалий механізм контролю за виконанням процедури працевлаштування випускників вищих медичних закладів. Це при тому, що забезпечення випускників першим робочим місцем щороку становить майже 100%, але вже до проходження інтернатури за спеціальністю «Сімейний лікар» приступає лише близько 70% випускників, а до працевлаштування доходить

третина випускників. Слід зазначити, що доходи лікарів-спеціалістів та тих, що працюють у приватному і фармацевтичному секторах, суттєво вищі, ніж лікарів первинної ланки, а у бюджеті на 2016 рік відсутні цільові кошти на оплату праці співробітникам ЦПМСД з урахуванням обсягів та якості їхньої роботи. Відсутність мотивації та загальна нестабільність у регіоні призвели до різкого зниження привабливості цієї професії для молодих спеціалістів. Цільові програми місцевих стимулів для медичних працівників, затверджені більшістю громад і в містах, і у районах області, поки що не здатні забезпечити привабливість роботи у первинній ланці і закріплення кадрів. Питання щодо забезпечення житлом молодих спеціалістів вирішуються епізодично.

Останніми роками відбувався значний приріст за всіма показниками ресурсного забезпечення закладів первинного рівня (електрокардіографи, пульсоксиметри, тест-системи для лабораторних аналізів, спеціальний інструментарій тощо), питома вага амбулаторій, оснащених відповідно до табеля оснащення та забезпечених Е-реєстром, із підключенням до мережі Internet, значно зросла, але воно усе ще залишається недостатнім і потребує більшого фінансування з боку держави та місцевої влади. Зокрема забезпеченість автомобілями, на жаль, має негативну тенденцію (що обумовлено необхідністю у мобілізації автотранспорту на потребу АТО, зношеністю та іншими факторами).

З реформуванням первинної ланки докорінно змінилося ставлення населення до ЦПМСД та до

конкретного сімейного лікаря. Збільшення протягом 2014–2015 рр. обсягу надання допомоги сімейними лікарями дозволило охопити кваліфікованою медичною допомогою на первинному рівні до 70% населення регіону. Але для повноцінного функціонування системи охорони здоров'я області необхідно відкрити (переважно у містах) ще 131 амбулаторію і 63 ФАП. Керівництво регіону чітко визначило розвиток ПМД як пріоритетний напрям розвитку галузі охорони здоров'я. Затверджена регіональна програма розвитку мережі амбулаторій, її модернізація в містах та районах, яка допоможе вивести надання ПМД на новий якісний рівень.

Висновки. Реформа первинної ланки Донеччини – це вдала спроба змін у медицині, яка відповідає завданням сьогодення, являючи собою найефективнішу модель надання медичної допомоги населенню. Розвинена первинна допомога дає можливість отримувати кращі результати з меншими витратами і вищим рівнем задоволеності пацієнтів. Ретельно проведений аналіз розвитку мережі закладів первинного рівня дозволив виявити деякі проблеми, такі як недостатня інфраструктура, кадровий та ресурсний потенціал, а також недостатнє оснащення і матеріальне забезпечення. Департамент охорони здоров'я знаходить оптимальні шляхи вирішення проблемних питань разом із місцевими органами влади, медичною спільнотою та громадськістю регіону.

О.М. Ціборовський

ЛІКАРСЬКО-ЕТИЧНІ ПРАВИЛА ТОВАРИСТВА КИЇВСЬКИХ ЛІКАРІВ

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна
Всеукраїнське лікарське товариство, м. Київ, Україна

Роль лікаря, від діяльності якого часто залежало життя і здоров'я людей, з давніх-давен у суспільстві вважалася надзвичайно важливою та відповідальною. Люди вимагали від лікаря не лише кваліфікованої допомоги, але й турботи про пацієнта, високої моралі та шляхетності. Усі ці вимоги і чесноти знайшли свій вираз у лікарській присязі Гіппократа. Проте вона не могла охопити весь обсяг багатосторонніх і складних стосунків між лікарем і пацієнтом та взаємостосунків між лікарями.

Товариство київських лікарів, створене у 1840 р., як одне з найперших лікарських товариств Російської імперії, яке охопило більше половини лікарів Києва і очолювалося провідними спеціалістами – професорами Київського університету св. Володимира, не могло залишитися осторонь від завдань з узаконення цих стосунків. Тому спеціальна комісія на чолі з президентом Товариства проф. Н.А. Хржонцевським, у складі членів комісії – віце-президента Товариства проф. П. Морозова, першого секретаря А.Ф. Флейшера, почесного члена

Товариства І.Т. Щербини, другого секретаря М.С. Сім'яновського, бібліотекаря К. Шадека, помічника інспектора Київського губернського лікарського відділення М.Н. Подрізна, складала «Лікарсько-етичні правила», які 7 жовтня 1893 р. були затверджені на засіданні Товариства.

Ці правила мали підзаголовок «Обов'язки та права лікарів» і склалися з двох частин:

I. Ставлення лікарів до публіки.

II. Взаємостосунки лікарів.

У першій частині в розділі «Обов'язки лікарів щодо хворих» зазначено, що лікар мав відвідувати хворого так часто і стільки часу, скільки треба і за згодою хворого (п. 1).

У сумнівних випадках лікар має призначити консультацію. Якщо лікування потребувало спеціаліста, то лікар був зобов'язаний поради хворому запросити його (п. 3).

У розділі «Б. Вимоги лікарів від публіки» зазначено, що лікар може вимагати від хворих довіри до нього і

виконання всього, що він вважає корисним для хворого (п. 7).

Довіра хворого до лікаря полягала: а) у повному і правдивому повідомленні йому всіх причин, що впливають на здоров'я; б) у виконанні всіх призначень лікаря; в) в одержанні допомоги інших лікарів без відома лікуючого лікаря (п.8).

Лікар мав право вимагати від хворих поваги до його праці, збереження його праці і часу (п. 10). В інтересах самих хворих лікарі могли вимагати, щоб хворі зверталися до них раніше (п. 11), але при цьому намагалися не викликати їх без потреби раптово, особливо вночі, а краще заздалегідь, письмово, із зазначенням точної адреси (п. 12).

У розділі "В. Винагородження за працю" зазначено, що лікар має повне право вимагати винагороду за всяку виконану ним лікарську працю (п. 13). Лікарська допомога бідним, нарівні з іншими їхніми потребами, належить опікуванню міських і сільських громад та інших установ (п. 14). Безкоштовна лікарська допомога бідним належала добрій волі лікаря, проте особи, які знаходилися під опікою Олександрівського комітету про поранених, мали право на безкоштовну лікарську допомогу (п.15). Нічні візити, зроблені за викликом хворого, мали оплачуватися подвійно (у час з 9 години вечора до 7 години ранку).

Дуже цікавим були пункти другої частини про взаємостосунки лікарів.

Так, у п. 19 було зазначено, що лікар повинен відмовлятися від нагороди за допомогу колезі-лікарю та його родині, що було вже давно освячено звичаєм.

У розділі «Б. Лікарські поради (консультації)» було зазначено, що кожний лікар, який одержав диплом, має право на них (п.20).

У цих порадах слід було уникати навіть тіні суперництва і треба було проводити їх в умовах товарищескості, довіри, відвертості, правдивості та делікатності (п.21). Бесіди лікарів мали проходити без свідків, в окремій кімнаті (п.22). Результати консультації мав повідомляти лікуючий лікар, якщо він сам не попросить про це консультанта. Якщо в консультації

брали участь кілька лікарів, то вони самі мали домовитися, хто буде оголошувати результати (п. 23).

У розділі «В. Ставлення до хворих інших лікарів» було чітко визначено, що в стосунках з хворими колега лікар не повинен переходити за межі знайомства, не має права критикувати лікування і своєю поведінкою зменшувати довіру хворого до свого лікаря (п.30). Ніколи і ні під яким виглядом лікар не повинен лікувати одночасно і таємно від колеги того ж самого хворого (п. 31). Лікар, який замінив колегу, у жодному разі і нічим не повинен сприяти становленню поганої думки про свого попередника (п. 34).

У всіх пунктах наголошувалося про солідарність і колегіальність лікарів та формах і методах їх дотримання.

Важливим здається розділ «Г. Реклами», де чітко зазначено, що у всіх об'явах про прийом хворих лікар не повинен містити нічого, крім прізвища, наукового ступеня, спеціальності, місця і часу прийому (п. 37 – Циркуляр Мед. департаменту МВС №9821 від 21 грудня 1882 р.). Лікар не повинен був давати порад без огляду хворого і не приписувати ліки таємними знаками за згодою з аптекарем, а також ліки секретного, ним вигаданого, складу, не опублікованого у наукових працях (п. 38).

Лікар не повинен був сприяти поширенню похвал про свою лікарську діяльність шляхом преси або будь-яким іншим (п. 39). Він не повинен був дозволяти хворим друкувати подяку собі, а також збирати свідчення про успішно виконані операції (п. 40).

У розділі «Д. Сутички між лікарям» викладено, що при умові таких у сфері професійної діяльності вони розглядаються «третейським» судом у складі п'яти лікарів, обраних Товариством у складі одного військового, одного професора, одного цивільного і одного вільнопрактикуючого лікарів, із запрошенням, за необхідності, спеціалістів (п. 42). У випадку, якщо запрошений не згодиться на рішення третейського суду, то пошукувач має право звернутися до суду (п. 42).

Зміст цих правил свідчить, що, незважаючи на їх лаконічність і зміну умов життя та діяльності системи охорони здоров'я, вони можуть складати основу Кодексу честі сучасного лікаря.