

## НАПРАВЛЕНИЯ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ ФИНАНСОВО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ОТНОШЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР НАУЧНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ)

*М. В. Шевченко, Е. А. Заглада, Л. А. Карамзина, В. Я. Бойко (Киев)*

Системы здравоохранения всего мира находятся в постоянном процессе реформирования своих структур и служб. И развивающиеся страны, и развитые находятся в поиске путей оптимизации организации и механизмов функционирования системы здравоохранения. В Украине назрела необходимость разработки и внедрения новых механизмов, которые бы позволили более эффективно подойти к решению проблемы обеспечения нужд населения в медицинских услугах. Это возможно при условии рационализации сектора здравоохранения, в первую очередь эффективного и рационального использования имеющихся ресурсов и обеспечения надлежащего качества и доступности медицинских услуг.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** модели организации здравоохранения, социальное медицинское страхование, подушная оплата, глобальный бюджет, диагностически родственные группы (ДСГ).

## DIRECTIONS OF IMPROVEMENT OF FINANCIAL AND ECONOMIC RELATIONS OF HEALTH CARE SYSTEM (SCIENTIFIC LITERATURE REVIEW)

*M. V. Shevchenko, O. O. Zaglada, L. A. Karamzina, V. Ya. Boyko (Kyiv)*

Health care systems in the whole world are in constant process of reforming their structures and services. Both developing countries, as well as developed ones, are in searching for the best possible organizational structures and functional mechanism for their health care system. In Ukraine there is a need to develop and introduce new mechanisms, which allow more effectively approach the problem of the satisfaction of population needs in medical services. This is only possible to achieve through rationalization of the health care sector, starting with rational utilization of available resources, as well as provision of accessible and good quality medical services.

**KEY WORDS:** organizational models of health care system, social health insurance, per capita payment, global budget, diagnostic related groups (DRG).

*Рецензент: к.е.н. І.І. Волинкін*

УДК: 364.444:614.1(477)

*О. М. КРЕКОТЕНЬ (Вінниця)*

## МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ЕКОНОМІЧНО АКТИВНОГО НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

---

Наведено аналітичні дані наукової літератури щодо питання медико-соціальних проблем працездатного населення України.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** інвалідність, чинники ризику, розповсюдженість, структура, економічно активне населення.

---

В сучасних економічних умовах значно підвищується роль виробників матеріальних благ, зайнятих у промисловому виробництві, в першу чергу – великих державних, акціонерних, орендних товариствах, що забезпечують основний внесок у національний прибуток держави. Лише за умови збереження і відтворення виробничих

сил можливий позитивний баланс в економіці, а отже, і реформуванні інших галузей, в тому числі й охорони здоров'я населення [1; 2; 4].

**Мета дослідження:** провести поглиблений систематичний огляд літературних джерел (вітчизняних та іноземних) щодо встановлення медико-соціальних проблем економічно активного населення України та за її межами.

**Матеріали і методи.** Систематичному огляду щодо даної проблематики підлягали 34 періодичних джерела, з них 25 вітчизняних та 9 іноземних, п'ять авторефератів дисертацій (2 – кандидатські і 3 – докторські), дві кандидатські дисертації (Україна, Росія), п'ять докторських дисертацій (2 – вітчизняні, 2 – Росія, одна – Білорусь) з використанням аналітичного та історичного методів дослідження.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Вирішення проблеми охорони здоров'я працівників в сучасних економічних умовах потребує нових нестандартних підходів, найбільш результативними з яких є комплексність, системність в діяльності різних служб і суспільних формувань різних галузей, що забезпечуються створенням ефективних технологій управління [4; 8; 9].

Про необхідність реформування управління системою охорони здоров'я працівників свідчать і результати соціологічного дослідження. Умови праці на своєму робочому місці оцінили як сприятливі лише 38,0%, умови промислового побуту – 61,6% опитуваних. 77,3% працюючих харчуються в їдальнях, 15,1% – на робочих місцях, 35,3% респондентів не встигають під час обідньої перерви прийняти їжу. Багато робітників, особливо основних виробничих цехів і професій, позбавлені можливості одержувати дієтхарчування через трьохемний режим праці та відсутність підміни [4].

Зменшився інтерес до різних форм фізкультурно-оздоровчої роботи. 93,3% респондентів відповіли, що виробнича гімнастика в їхніх цехах не проводиться. Фізичною культурою займаються 36,2% опитаних, спортом – 17,5%, групи здоров'я відвідують 4,6% респондентів. Основні причини: нестача часу, втома після тяжкої шкідливої праці, відсутність умов для занять. Якщо врахувати, що 48,2% опитаних курять, 51,1% вживають алкоголь, то говорити про здоровий спосіб життя робітників передчасно [4].

Установлено, що за тридцятирічний період рівні професійної захворюваності пневмоконіозами і хронічним пиловим бронхітом від 1,0-3,0 випадків збільшилися до 11,0 випадків на 10000 працюючих. У структурі найбільшу питому вагу займають захворювання органів дихання ( $47 \pm 4,6\%$ ). У півтора разу зросла кількість випадків захворювань з тимчасовою втратою працездатності (з  $82,93 \pm 12,5$  до  $129,75 \pm 13,6$  на 100 працюючих), більш ніж у два рази збільшилась кількість днів тимчасової непрацездатності (з  $1037,81 \pm 56,4$  до  $2372,62 \pm 73,6$ ) [7].

Медична допомога робітникам зі шкідливими умовами праці обсягом і якістю за останнє десятиліття погіршилась, що пов'язано, насамперед, зі скороченням на 60% медичних уста-

нов і на 25,0% чисельності медичного персоналу, який надає медичну допомогу робітникам зі шкідливими умовами праці, значним зменшенням (майже на 70%) медичних ресурсів для реабілітації [6; 7; 9].

Спадкоємність між стаціонарами міських лікарень та амбулаторно-поліклінічними відділеннями, медично-санітарними частинами, санаторіями-профілакторіями, цехами здоров'я здійснюється формально. Рекомендації лікарів стаціонарів виконуються лише в 25,0% випадку. В основному, з причини погано організованої спадкоємності як між установами, так і в повному обсязі і з високою ефективністю (повне одужання) становить лише 5,7%. Кількість випадків та тривалість загострень основної хвороби після виписки із стаціонару детерміновані частотою лікарських рекомендацій ( $r_{xy} = -0,93$ ;  $p < 0,05$ ) та повнотою проведення реабілітаційних заходів ( $r_{xy} = -0,94$ ;  $p < 0,05$ ). Як встановлено дослідженнями, потреба спадкоємності між окремими ланками системи реабілітації може бути реально вирішена шляхом оцінки результатів діяльності спеціалістів за показниками здоров'я кожного пацієнта, що одержав реабілітаційну допомогу на окремих етапах функціонування системи [4].

Деструктивні процеси в організації лікувально-реабілітаційної допомоги та відсутність коштів у більшості хворих на лікування та відновну терапію призводять до інвалідності навіть у тих випадках захворювань, при яких якісне лікування і проведення реабілітаційних заходів у повному обсязі раніше давали змогу відновити працездатність хворого [3].

Вивчення динаміки інвалідності населення працездатного віку показало, що, на відміну від дорослого населення, для якого за період 1995-2004 рр. характерна тенденція до зниження, у працездатному віці встановити таку тенденцію неможливо ні методом вирівнювання динамічного ряду, ані методом згладжування через вплив комплексу соціально-економічних причин, які не є випадковими. До цих причин належать безробіття серед економічно активної частки населення, встановлення інвалідності з соціальних причин (через відсутність можливості працевлаштування хворого), стимулюючий вплив підвищення розміру пенсій за інвалідністю, розміру пільг [3; 10; 12].

За результатами вивчення вікових особливостей інвалідності серед осіб, які були вперше визнані інвалідами, встановлено, що середній вік виходу на інвалідність дорівнює  $44,4 \pm 13,7$  року, як серед чоловіків, так і серед жінок. З урахуванням того, що пенсію за віком жінки отримують у 55 років, чоловіки – у 60 років, збитки держави та суспільства через передчасне пенсіювання

на утримання інвалідів (особливо це стосується інвалідності дітей, інвалідності з дитинства, осіб у молодому віці та продуктивної частки населення у працездатному віці), що підкреслює пріоритетність завдання щодо запобігання інвалідності.

Первинна інвалідність є проблемою молодого та працездатного віку за 10 класами хвороб, при яких їхня питома вага перевищує 80,0% [5; 6; 12].

У цілому інвалідність населення у працездатному віці зумовлена переважно інвалідністю працюючого населення (12,0%).

Переважну частку структури первинної інвалідності населення у працездатному віці традиційно формують хвороби системи кровообігу (ХСК) – 19,8-21,3% з незначним коливанням у відсотковому вираженні, новоутворення – 15,5 -16,9%, травми та отруєння – 13,1%, хвороби кістково-м'язової системи – 8,2-9,8%, що зумовлюють близько 60,0% усієї первинної інвалідності в цьому віці (58,1-58,7%). У віці до 39 років включно перші п'ять місць посідають: травми (17,6%), розлади психіки та поведінки (16,1%), хвороби нервової системи (10,1%), новоутворення (9,4%), деякі інфекційні та паразитарні хвороби (8,3%, у тому числі туберкульоз – 7,8%) [12].

Вплив місцевих умов позначається не тільки на рівнях інвалідності у працездатному віці, але й на її структурі. Так, в областях, населення яких потерпіло від аварії на ЧАЕС, новоутворення посідають перше місце за хворобами системи кровообігу (Житомирська – по 11,3 випадку), або випереджають ці хвороби (Київська область – 11,1 проти 9,8 випадку внаслідок хвороб системи кровообігу) [10-12].

У Донецькій області з високим рівнем побутового та виробничого травматизму інвалідність внаслідок травм випереджає інвалідність внаслідок хвороб системи кровообігу і новоутворень та посідає перше місце у структурі інвалідності у працездатного віці – 12,0 проти 9,0 випадку внаслідок хвороб кровообігу та внаслідок новоутворень – 8,2 випадку [10-12].

У ряді областей, переважно Західного регіону України інвалідність внаслідок хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини випереджає не тільки серед дорослого населення, але й серед осіб працездатного віку інвалідність внаслідок травм: у Житомирській, Закарпатській, Чернігівській областях.

Первинна інвалідність внаслідок травм серед осіб працездатного віку протягом останніх 10 років постійно перевищує рівні серед дорослого насе-

лення, хоча її показники дещо стабілізувалися. Високі рівні інвалідності внаслідок травм постійно спостерігаються переважно у великих промислових та вугільних регіонах; уповільнює зниження показників інвалідності внаслідок травм зменшення числа продовження листків непрацездатності та зниження його ефективності [10-12].

Первинна інвалідність формується переважно за рахунок міських жителів, які становлять 68,2% у працездатному віці, за винятком областей з низьким рівнем урбанізації, де питома вага сільського населення переважає над міським (Закарпатській, Івано-Франківській, Тернопільській, Чернівецькій областях). Але в останнє десятиріччя показники первинної інвалідності сільського населення працездатного віку постійно перевищує показники міського населення. Таке перевищення спостерігається також з основних інвалідизуючих захворювань: внаслідок хвороб системи кровообігу – на 15,5%, новоутворень – на 19,6%, травм та захворювань кістково-м'язової системи та сполучної тканини – на 53,1%, з туберкульозу – на 33,3% [11-13].

#### **Висновки**

Існують різноманітні погляди на формування інвалідності. Одні дослідники розглядають інвалідність виключно як соціальні наслідки захворювань та патологічних станів, інші вважають її похідною від захворюваності, тобто перебіг патологічного процесу у частки хворих призводить до формування інвалідності. Більшість характеризує формування інвалідності як результат взаємодії комплексу факторів. Розуміння багатофакторності проблеми інвалідності від різних чинників громадського життя має велике значення для цілеспрямованого впливу на чинники, що її формують, та проведення відповідних заходів з профілактики і зниження інвалідності. Особливий інтерес підлягає вивчення впливу медичних факторів на формування і профілактику інвалідності [5; 8].

**Перспективи подальших досліджень.** Доцільними стають розробка ефективних шляхів удосконалення умов праці, методичних основ проведення періодичних медичних оглядів та використання інших сучасних профілактичних заходів як сукупності взаємопов'язаних послідовних методів та дій, спрямованих на отримання найбільш ефективних процесів та результатів з метою збереження здоров'я економічно активного населення.

### Список літератури

1. *Абдулнагимов И. Г.* Сравнительная оценка первичной инвалидности трудоспособного населения, проживающего на территориях с различной экологической нагрузкой [Текст] / И. Г. Абдулнагимов // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2008. – № 1. – С. 39-41.
2. *Анализ* инвалидности населения трудоспособного возраста в Республике Башкортостан за 2000-2007 гг. [Текст] / Ю. С. Томилов [и др.] // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2009. – № 4. – С. 24-27.
3. *Вяльцин С. В.* Мнение врачей первичного звена здравоохранения о проблемах инвалидности [Текст] / С. В. Вяльцин, Н. Е. Вяльцина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины : Науч.-практ. журн. – 2009. – № 6. – С. 17-19.
4. *Єрошкіна Т. В.* Наукові основи системи охорони здоров'я працівників промислових підприємств : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.33 / Т. В. Єрошкіна / Дніпропетровськ, 1993. – 48 с.
5. *Иванова Л. Е.* Состояние здоровья и инвалидность [Текст] / Л. Е. Иванова, Э. В. Кондракова // Общественное здоровье и профилактика заболеваний. – 2006. – № 2. – С. 15-27.
6. *Карасаева Л. А.* Нерешенные проблемы в системе профессиональной реабилитации инвалидов [Текст] / Л. А. Карасаева // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2008. – № 2. – С. 10-14.
7. *Латишев Є. Є.* Гігієнічна характеристика умов праці та ризиків розвитку професійних захворювань гірників вугільних шахт в сучасних умовах : автореф. дис. канд... мед. наук : 14.02.01 / Є. Є. Латишев – Донецьк, 2003. – 16 с.
8. *Лехан В. М.* Характеристика якості медичного обслуговування хворих у період до встановлення інвалідності [Текст] / В. М. Лехан, А. В. Іпатов // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2007. – № 1. – С. 65-70.
9. *Лучкина В. В.* Медико-социальное состояние лиц трудоспособного возраста, имеющих хронические заболевания, и совершенствование системы их реабилитации (на примере Читинской обл.) : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.33 / В. В. Лучкина – Красноярск, 2009. – 131 с.
10. *Молодцова Л. О.* Динамика первичной инвалидности у лиц трудоспособного возраста в Тульской области за 1998-2007 гг. [Текст] / Л. О. Молодцова, О. И. Литвяк, Н. И. Жернакова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2009. – № 4. – С. 28-33.
11. *Пугиев Л. И.* Сравнительный анализ структуры первичной и общей инвалидности по классам болезней у лиц молодого возраста в Российской Федерации [Текст] / Л. И. Пугиев // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2008. – № 1. – С. 27-28.
12. *Сучасний стан* первинної інвалідності населення працездатного віку в Україні [Текст] / А. В. Іпатов, О. В. Сергієні, Т. Г. Войтчак, В. В. Коваленко // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2006. – № 1. – С. 32-37.
13. *Шумов А. В.* Потери здоровья населения за счет смертности и инвалидности [Текст] / А. В. Шумов, А. Г. Ивановский // Общественное здоровье и профилактика заболеваний. – 2006. – № 6. – С. 46-52.

### МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЭКОНОМИЧЕСКИ АКТИВНОГО НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ

*Е. Н. Кречотень* (Винница)

Приведены аналитические данные научной литературы по вопросу медико-социальных проблем трудоспособного населения Украины.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** инвалидность, факторы риска, распространенность, структура, экономически активное население.

### THE MEDICAL AND SOCIAL PROBLEMS OF ECONOMICALLY ACTIVE POPULATION OF UKRAINE

*O. M. Krekoten* (Vinnytsya)

The analytical data of the scientific literature on a question of the medico-social problems of able to work age population Ukraine are resulted.

**KEY WORDS:** disability, risk factors, spreading, structure, economic active population.

*Рецензент* : д. мед. н., проф. Голяченко О.М.