УДК 616-058(091)"71"

О.М. ГОЛЯЧЕНКО, Н.Я. ПАНЧИШИН, В.Л. СМІРНОВА, Л.М. РОМАНЮК, Н.Є. ФЕДЧИШИН, О.Н. ЛИТВИНОВА (Тернопіль)

СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА ЗНОВУ НА РОЗДОРІЖЖІ

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

Перший систематизований курс соціальної медицини під назвою "громадська гігієна" був прочитаний видатним українським громадським лікарем, одним із фундаторів громадської (земської) медицини О.В. Корчаком–Чепурківським у 1906 р. Цілі і завдання нової науки були сформульовані на основі аналізу 30-річної діяльності земських дільничних лікарень, які вперше у світовій історії медицини запровадили суцільну реєстрацію захворюваності населення. За радянських часів політика щодо соціальної медицини коливалася від повної заборони з фізичним знищенням провідних вчених, до напівіснування, коли соціальні фактори визнавалися як визначні у розвитку захворюваності населення, але водночас проголошувалася соціальна однорідність суспільства. Сьогодні соціальна медицина знову фактично опинилась під забороною через закон про персональні дані.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: **соціальна медицина, історія розвитку, захворюваність населення.**

Перший систематизований курс соціальної медицини під назвою "громадська гігієна" був прочитаний видатним українським громадським лікарем, одним із фундаторів громадської (земської) медицини О.В. Корчаком–Чепурківським у 1906 р. в Київському Комерційному інституті. Цілі і завдання нової науки О.В. Корчаком–Чепурківським були сформульовані на основі аналізу 30-річної діяльності земських дільничних лікарень, які вперше у світовій історії медицини запровадили суцільну реєстрацію захворюваності населення. Було доведено, чим хворіє людність, якою є інтенсивність захворюваності і якою має бути мережа лікарняних закладів, щоб медична допомога при захворюваннях була ефективною і доступною для людей. Той факт, що перший курс соціальної медицини був прочитаний поза межами вищої медичної школи, засвідчив, по-перше, консерватизм тодішньої медицини, яка не зразу зрозуміла значення нової науки, по-друге, широту її зацікавлень, з якими мають бути обізнані не лише медики, але й господарники, політики тощо, діяльність яких має вирішальне значення для громадського здоров'я, як виявилось пізніше.

Досвід суцільної реєстрації захворюваності населення, запроваджений земською медициною, досі залишається унікальним у світовій практиці. Так звані цивілізовані країни не спромоглися його запровадити, обмежившись опитуванням вибіркових груп людей.

Поступово горизонти соціальної медицини як науки розширювались, і під сучасну пору їх можна трактувати наступним чином.

Пусковим елементом є дані про здоров'я людності, передусім про її захворюваність і смертність. Ці дані вітчизняна медицина отримує, як сказано вище, шляхом суцільної реєстрації захворювань і смертей.

На підставі даних про громадське здоров'я розвивались засади організації охорони здоров'я, які включали профілактику, діагностику, лікування і реабілітацію хворих. В основу організації охорони здоров'я громадською медициною був запроваджений дільничний принцип. Її уособлював дільничний лікар, який надавав основний обсяг медичної допомоги. Подальша еволюція організаційних засад охорони здоров'я призвела до побудови трирівневої системи медичних закладів, кожний з яких мав чітко окреслені мету і завдання. Для аналізу діяльності цієї системи була запроваджена суцільна реєстрація амбулаторних відвідувань пацієнтів і випадків стаціонарного лікування, що давала змогу отримати дані стосовно потреби в матеріально-кадровому забезпеченні системи.

Ще на початку свого існування соціальна медицина дійшла висновку про соціальну обумовленість здоров'я: кожна хвороба, по суті, є соціальною – таким був її основний постулат. Однак саме це положення зробило соціальну медицину заручницею дій правлячої верстви, відпо-

© О.М. Голяченко, Н.Я. Панчишин, В.Л. Смірнова, Л.М. Романюк, Н.Є. Федчишин, О.Н. Литвинова, 2013

відальної за стан справ у суспільстві. Коли в країні утвердився новий соціалістичний лад, що мав на меті побудову соціального суспільства, в якому кожний працював відповідно до своїх здібностей, а отримував згідно з потребою, охорона здоров'я мала стати чи не найвагомішим аргументом, що мав довести ефективність цього ладу. Докази мала надати соціальна медицина. Перше покоління соціальних медиків, що вийшло з надр громадської медицини, цих доказів не надало, бо дані про захворюваність і смертність людності свідчили про зворотнє.

Тоді трапилося непередбачуване. Перше покоління фундаторів соціальної медицини було частково знищене, частково відсторонене від роботи, а сама наука заборонена. Було ліквідовано суцільну реєстрацію хвороб і смертей людності; охорона здоров'я почала розвиватись шляхом емпіричних проб, волюнтаристських рішень, заснованих на ідеологічних догмах і припущеннях.

Успіхи поєднувались з прорахунками. Ґрунтуючись на припущенні, що новий лад в короткі терміни призведе до корінного оздоровлення людності і ледве не до масового поширення фізіологічної старості, нове покоління соціальних медиків висуває положення про відмирання стаціонарів і про пріоритетний розвиток поліклінік, які мали забезпечити профілактику (диспансеризацію), діагностику і лікування хвороб. Це ніби само по собі вимагало значно менших затрат на охорону здоров'я, які порівняно із громадською медициною знизились в десятки разів. Найприкрішим стало те, що дільничний лікар, лікар-енциклопедист, який до того ніс основну відповідальність за здоров'я пацієнта, загубився в нетрях поліклініки, перетворився в її упосліджений "гвинтик", і на місце індивідуальної відповідальності за здоров'я пацієнта прийшла колективна, де всі за одного, а один за всіх, де неможливо знайти правого і винуватого.

Іще одним емпіричним організаційним рішенням, яке було прийняте всередині 60-х років минулого сторіччя і мало фатальні наслідки для розвитку охорони здоров'я, став курс на її тотальну спеціалізацію. Цей курс остаточно звів нанівець дільничну медицину і значно поглибив колективну безвідповідальність за здоров'я пацієнта...

Після десятиліть заборони і жорстоких переслідувань всередині минулого сторіччя соціально-медичні дослідження відновлюються, але відповідних умов для розвою соціально-медичної думки не отримують. Ідеологічні марксистсько-ленінські постулати в своєму розвитку сягають теорії утворення єдиної людської спільноти – радянських людей. Саме на підставі цієї "теорії" нове покоління соціальних медиків, не обтяжене моральними принципами своїх фундаторів і настрашене їхньою гіркою долею, висуває положення про соціальну однорідність здоров'я радянських людей [2]. Виникає протиріччя: з одного боку, не спростовується соціальна обумовленість здоров'я, а з іншого утверджується його соціальна однорідність.

Дисонансом з теорією соціальної однорідності здоров'я людності виступає організація його охорони. В її основу ще в 30-і роки, коли були заборонені соціально-медичні дослідження, був покладений не соціально-медичний, а класовий підхід. З позицій цього підходу робітничий клас, як провідний у суспільстві, мав забезпечуватись переважаючою медичною допомогою. До територіальної мережі медичних закладів, яка існувала в містах і селах, у містах, де зосереджувався робітничий клас, додається виробнича мережа (медико-санітарні частини). Нормативи матеріально-технічного забезпечення медичних закладів у містах суттєво вищі порівняно із сільською місцевістю. Крім того, існував ще один соціальний прошарок – правляча номенклатура, яка мала спеціальну закриту мережу медичних закладів під назвою "лечсанупр". Тут були створені значно ліпші матеріальні умови, не існувало фінансових обмежень на медикаментозне забезпечення тощо. Цікава деталь, яка ілюструє повне нехтування теорією соціальної однорідності здоров'я і підкреслює антисоціально-медичну сутність радянської охорони здоров'я: посада дільничного лікаря реєструвалась на 2500 сільських мешканців, 1700 міських і 500 осіб, прикріплених до "лечсанупров".

Після відміни заборони на соціально-медичні дослідження найбільшого розмаху отримує вивчення соціальної обумовленості окремих хвороб, які засвідчують суттєві розбіжності в їхній поширеності залежно від умов і способу життя людей. Прагнучи довести скороминущість цих розбіжностей, дослідники не помічають фальсифікацій в реєстрації захворюваності і смертності та діяльності закладів охорони здоров'я. Безсумнівні успіхи у зниженні смертності немовлят поєднуються зі штучним перебільшенням цього зниження за рахунок підробки медичних документів; обґрунтовується зникнення туберкульозу, сифілісу і гонореї як соціальних хвороб і доведення їх до поодиноких випадків; у звітах про діяльність медичних закладів "досягається" 100% охоплення контингентів профілактичними оглядами і таке ж 100% диспансерне спостереження за хронічними хворими, хоча трапляється, що ці хворі стоять на диспансерному обліку тривалий час після смерті.

Дослідження зв'язку між соціальними чинниками і рівнями захворюваності і смертності населення та про те, як цей зв'язок має впливати на організацію охорони здоров'я, залишаються

вузьким місцем соціальної медицини. Наші тридцятирічні спостереження за впливом соціальних чинників на захворюваність людності дозволили зробити два основні висновки: по-перше, вивчення регіональних або територіальних відмінностей в стані здоров'я людей показало, що чим менша за своїм обсягом територія, тим вагоміші відмінності в стані здоров'я людей. Це може бути зумовлено лише одним: чим менша територія і чисельність людності, тим конкретнішим стає сполучення соціальних чинників здоров'я. Оця неповторність і своєрідність кожного такого сполучення визначає рівень здоров'я на конкретній території. Дія соціальних чинників постійно змінюється, що потребує постійного динамічного спостереження за ними або, як тепер прийнято говорити, моніторингу. Так, вищезазначеним 30-літнім моніторингом встановлено, що за ці роки 17 чинників, за якими йде спостереження (стать, вік, сімейний стан, освіта, професія, професійні шкідливості, подушний дохід, матеріальний достаток, житло, режим харчування, переважаючий стан їжі, вживання тютюну, вживання алкоголю, психоемоційні перевантаження, психічні травми в анамнезі, стосунки в сім'ї та колективі, сон) суттєво збільшили диференціацію захворюваності в межах соціальних груп [1].

Звідси випливає, що поодиноких соціально-медичних досліджень, не об'єднаних єдиною методологією і методичними підходами, недостатньо для внесення корисних змін в організацію охорони здоров'я. Потрібна загальнодержавна система на зразок тої, яку запровадили фундатори соціальної медицини. Звісно, налагодити суцільну реєстрацію хвороб і смертей у поєднанні із соціальними чинниками неможливо і нераціонально. Необхідно суцільний збір статистичної інформації доповнити вибірковим.

За основу має бути взято базовий рівень – адміністративний район у місті і селі. За пересічного числа мешканців на цьому рівні у 70–100 тисяч достатньо вибрати репрезентативну сукупність у 4 тисячі осіб, яка дасть змогу отримати достовірні дані щодо здоров'я людності в розрізі основних соціальних чинників, соціальних прошарків і забезпечити провідникам охорони здоров'я базового рівня вкрай необхідну інформацію для прийняття оптимальних управлінських рішень на конкретній території в реальному часі. Накопичення даних в динаміці покаже тенденції соціальної обумовленості здоров'я, а для провідників більш високого рівня (область, держава) слугуватимуть сумарні дані.

Соціальна медицина мусить подати докази для корінного перегляду засад організації охорони здоров'я, які у своїй сутності зберігаються в самостійній Україні з радянських часів. Для цього вбачаються два основні напрями. Перший полягає в тому, щоб сімейний лікар, який іде на заміну дільничному і має охопити не менше 90% усього обсягу медичної допомоги, діяв з позицій соціальної медицини. Враховуючи, що соціальна медицина накопичила достатньо даних стосовно соціальної обумовленості найнебезпечніших хвороб, сімейний лікар має бути забезпечений комп'ютерними програмами, які дозволятимуть йому виділяти з-поміж його пацієнтів групи ризику стосовно цих хвороб і зосередити на них основні зусилля.

Другий напрям полягає в подоланні антисоціально-медичної сутності організації охорони здоров'я на державному рівні, яка з радянських часів в Україні не послабилась, а посилилась. В умовах побудови т.зв. ліберального ринку в Україні і зняття пресу ідеологічних догм соціальна медицина, однак, наштовхнулась на нові суттєві перепони. Основна з них – наукове обґрунтування соціального розшарування суспільства: які його критерії, в якому напрямку воно розвивається, яких меж має досягти і чим керуватись, диференціюючи стан здоров'я нації та обґрунтовуючи шляхи його поліпшення.

Досі запропоновані різні градації соціального розшарування українського суспільства. Градація перша [9]:

1) дуже багаті люди – олігархи, які нажились на паразитарному посередництві, великому експорті-імпорті;

2) багаті люди – власники бізнесу, що займаються переважно імпортом на український ринок зарубіжних неліквідів;

3) бізнесмени середнього достатку, що займаються дрібними торгівлею, виробництвом та сферою послуг;

4) чиновництво, якого стало вдвічі-втричі більше порівняно з радянськими часами;

5) бідні люди, які живуть за рахунок найманої праці;

6) дуже бідні люди, які живуть на мізерну пенсію, допомогу по безробіттю, Христовим іменем.

В українському підручнику із соціології [7] запропонована така соціальна градація, або стратифікація, українського суспільства: вищий прошарок власників (3%), середній клас (10%), низи (70%). Правда, де поділось ще 17% людності, в підручнику не вказано. Стверджується, що в радянському суспільстві соціальна різниця між прошарками становила 5–7 разів, тепер вона збільшилась до сотень разів.

Вищий клас власників послугами вітчизняної медицини не користується, а лікується за кордоном. Біди вітчизняної охорони здоров'я йому ще більш невідомі, ніж адміністративно-номенклатурній верхівці радянських часів. Середній клас послуговується переважно приватною медициною, яка частково зосереджена в приватних ме-

дичних закладах, а здебільшого під дахом державних медичних закладів, де розвинулась формально незаконна потужна приватна практика. Низи отримують мінімальну медичну допомогу в простих випадках, яку мають змогу оплатити. Дослідження показують, що лише 5% селян, що мають підвищений артеріальний тиск, отримують адекватне медикаментозне лікування, а 95% селян, що викликають швидку медичну допомогу, мусять оплачувати медикаментозне лікування. Більше того, до 30% викликів цієї допомоги до селян просто не доїжджають [4].

З позицій соціальної медицини незрозуміло, чому провідники української охорони здоров'я видають розпорядження, згідно з якими державним і комунальним закладам охорони здоров'я дозволяється за окрему плату виділяти ліжкомісце підвищеної комфортності (як в "лечсануре") та проводити додаткові обстеження і лікувальні заходи. Невже такий підхід сприятиме подоланню соціальних відмінностей в здоров'ї нації та його загальному поліпшенню.

Ще одне завдання, яке має вирішувати соціальна медицина, – це обґрунтування економічних механізмів діяльності охорони здоров'я. Це її найбільш вузьке місце. Громадська медицина досягла пристойного рівня фінансування і не передбачала поділу ліжок за рівнем комфортності. Радянська медицина скоротила обсяг фінансування, зокрема заробітну платню медиків, порівняно із громадською, в десятки разів.

В той час, коли цивілізовані країни довели рівень фінансування охорони здоров'я до 10–15% власного валового внутрішнього продукту і вважають охорону здоров'я найважливішим чинником національної безпеки, в самостійній Україні цей відсоток упав до 2–3. Найприкріше те, що дехто з новітнього покоління соціальних медиків в Україні виправдовує подібне ставлення до охорони здоров'я нації.

І ось ще нове випробування. Виходить Закон України «Про захист персональних даних». Він регулює правові відносини, пов'язані із захистом і обробкою персональних даних, і спрямований на захист основоположних прав і свобод людини і громадянина. Зокрема права на невтручання в особисте життя у зв'язку з обробкою персональних даних. Цей Закон поширюється на діяльність з обробки персональних даних, яка здійснюється повністю або частково із застосуванням автоматизованих засобів, а також на обробку персональних даних, що містяться у картотеці чи призначені до внесення до картотеки, із застосуванням неавтоматизованих засобів. Положення цього Закону не поширюється на діяльність з обробки персональних даних, яка здійснюється творчим чи літературним працівником, у тому числі журналістом, у професійних цілях. За умови забезпечення балансу між правом на невтручання в особисте життя та правом на самовираження.

В цьому Законі вказується, що «обробка персональних даних здійснюється для конкретних і законних цілей, визначених за згодою суб'єкта персональних даних, або у випадках, передбачених законами України, у порядку, встановленому законодавством. Не допускається обробка даних про фізичну особу без її згоди, крім випадків, визначених законом, і лише в інтересах національної безпеки, економічного добробуту та прав людини»(ст. 6, пп.5, 6). Серед особливих вимог до обробки персональних даних належить заборона обробки даних, які стосуються здоров'я чи статевого життя (ст. 7, п. 1) [5].

Результатом цієї законотворчої діяльності стала заборона проводити нам конкретні соціально-медичні дослідження.

Не пройшло і 50-ти років, як історія із забороною соціальної медицини повторилася в нових соціально-економічних умовах. Що ж трапилось? Минуло 50 із понад 100 років існування соціальної медицини, як вона знову попала під заборону під іншим приводом. Воістину правий був видатний німецький філософ Гегель: події, що трапляються, як трагедія, потім повторюються, як фарс. Понад 50% чинників здоров'я належать до соціальних. Замість того, щоб розширювати застосування їх на практиці, ми фактично ліквідуємо їх отримання. Як в часи А. Везалія, соціальна медицина працює на органному рівні, в той час як інші фундаментальні науки працюють на рівні генному. Але чи дадуть щось медицині генні дослідження, якщо вплив соціальної природи не буде відображено в обумовленості здоров'я? Таким чином, наш студент, орієнтуючись глибоко у фізіології та інших фундаментальних науках, залишиться невігласом в їх соціальній обумовленості. Буде навпомацки або емпіричним способом шукати їх відображення на практиці. Сподіватимемося, що із цієї ситуації буде знайдено цивілізований вихід.

Список літератури

1. *Голяченко О. М.* Соціальна медицина / О. М. Голяченко, К. М. Сокол, Г. О. Слабкий. – Тернопіль : Лілея, 2009. – 188 с.
2. *Лисицин Ю. П.* Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения / Ю. П. Лисицин. – М. : Медицина, 1987. – Т.1. – 432 с.
3. *Оцінка* виконання Міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації" на 2002-2011 роки. – К., 2006. – 204 с.
4. *Побережний А.* Організація швидкої медичної допомоги сільському населенню / А. Побережний. – Тернопіль : Лілея, 2007. – 95 с.
5. *Про* захист персональних даних : Закон України із змінами, внесеними згідно із Законами № 4452-VI від 23.02.2012. та № 5491-VI від 20.11.2012 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.rada.gov.ua. – Назва з екрану.
6. *Славіна Н. Г.* Доказова медицина – нова клінічна парадигма XXI століття? / Н. Г. Славіна // Мед. реабілітація, курортол., фізіотерапія. – 2005. – № 4. – С. 48–52.
7. *Танчин І. З.* Соціологія / І. З. Танчин. – К. : Знання, 2008. – 351 с.
8. *Чому* вимирає українська людність // О. М. Голяченко, Г. О. Слабкий, І. Ю. Андрієвський [та ін.] // Нов. медицини и фармации. – 2008. – № 9. – С. 21–27.
9. *Шульман Л.* Ринковий фундаменталізм / Л. Шульман // Універсум. – 2002. – № 11–12. – С. 13–17.
10. *Щорічна* доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію. 2007 р. – К., 2008. – 283 с.

СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА ОПЯТЬ НА РАСПУТЬЕ

А.М. Голяченко, Н.Я. Панчишин, В.Л. Смирнова, Л.Н. Романюк, Н.Е. Федчишин, О.Н. Литвинова (Тернополь)

Первый систематизированный курс социальной медицины под названием "общественная гигиена" был прочитан выдающимся украинским общественнным врачом, одним из фундаторов общественной (земской) медицины А.В. Корчаком–Чепурковским в 1906 г. Цели и задания новой науки были сформулированы на основе анализа 30-летней деятельности земских участковых больниц, которые впервые в мировой истории медицины внедрили сплошную регистрацию заболеваемости населения. В советское время политика относительно социальной медицины колебалась от полного запрета с физическим уничтожением ведущих ученых, до полусуществования, когда социальные факторы признавались как определяющие в развитии заболеваемости населения, но в то же время провозглашалась социальная однородность общества. Сегодня социальная медицина снова фактически оказалась под запретом из-за закона о персональных данных.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **социальная медицина, история развития, заболеваемость населения.**

SOCIAL MEDICINE AGAIN AT THE CROSSROADS

O.M. Golyachenko, N.Ya. Panchyshyn, V.L. Smirnova, L.M. Romanyuk, N.E. Fedchyshyn, O.N. Lytvynova (Ternopil)

The first systematic course of social medicine called "public hygiene" has been read by an outstanding Ukrainian community physician, one of the founders of the public (zemska) medicine O.V. Korchak-Chepurkivsky in 1906. Purposes and problems of new science have been formulated based on analysis of 30 years activity of rural (zemska) district hospitals, for the first time in world history of medicine have introduced continuous registration of morbidity. In Soviet period policy in social medicine fluctuated from complete prohibition with physical destruction of leading scientists to semiexistence when social factors are recognized as points in the development of morbidity, but social uniformity of society was simultaneously proclaimed. Today the social medicine again has actually appeared under ban because of the personal data law.

KEY WORDS: **social medicine, history of development, morbidity**.

Рукопис надійшов до редакції 19.04.2013
Рецензент: д-р.мед.н., проф. В.А. Кондратюк