

УДК 614.2:369.233

Крекотень О. М.

ХАРАКТЕРИСТИКА ІСНУЮЧОЇ СИСТЕМИ ПРОФІЛАКТИКИ ІНВАЛІДИЗАЦІЇ ТА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАЦЮЮЧИХ

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

За матеріалами низки досліджень, головною перепорою для кращого функціонування системи охорони здоров'я в Україні є неефективність її структури на всіх рівнях системи медичного обслуговування, що перешкоджає наданню медичних послуг, які б забезпечували потреби населення в медичній допомозі. Мета. Вивчити й охарактеризувати існуючу систему профілактики та медико-соціального забезпечення працюючих за трьома аспектами системного підходу її організації. Матеріал і методи дослідження. Проведено епідеміологічне дослідження існуючої системи профілактики інвалідизації та медико-соціального забезпечення працюючих за період 2010-2013 років з використанням методу системного підходу за вісьмома аспектами. Результати. Виявлено, що: а) системно-компонентний аспект визначив компоненти, з яких складалась система включаючи національну мережу структур і закладів, їх підрозділів з наявними медичними кадрами всіх рівнів надання медичної допомоги працюючим; б) системно-структурний - дозволив установити, що діяльність кожної структурної одиниці системи здійснювалась за відсутності зворотного зв'язку й наступності, що вказувало на відмежованість її елементів; в) системно-комунікаційний - довів неефективність існуючих зовнішніх зв'язків, причиною яких став однонаправлений характер чинних директивних документів щодо мети, форми і змісту взаємодії підприємств з державними органами та відомствами. Висновки. Виявлені проблемні аспекти стануть підґрунтям для розробки та впровадження оптимізованої системи профілактики інвалідизації працюючих, базуючись на її складових – диспансеризації, профілактичних оглядах, прогнозуванні та моніторингу.

Ключові слова: профілактика, медико-соціальне забезпечення працюючих, системний підхід.

Робота виконувалась згідно планової науково-дослідної роботи кафедри управління охороною здоров'я НМАПО імені П. Л. Шупика «Розробка стратегічних моделей удосконалення управління якістю медичної допомоги та покращення здоров'я населення України» № Держреєстрації 60109U008304.

Вступ

За визначенням ВООЗ, сучасна система охорони здоров'я має забезпечувати доступність медичних послуг для тих, хто її найбільше потребує, характеризуватися високою якістю і безпечністю медичних послуг та забезпечувати максимально можливі результати для здоров'я на популяційному рівні. Сьогодні, за даними ВООЗ, система охорони здоров'я за умови її ефективно організації може забезпечити зниження рівня загальної смертності населення віком до 75 років – на 23% у чоловіків і 32% у жінок [1].

Можливості впливу системи охорони здоров'я на громадське здоров'я використовуються вкрай недостатньо, про що свідчать матеріали широкомасштабного дослідження запобіжної смертності в Україні, проведеного Українським центром соціальних реформ. Так, за період 1995-2006 рр. позитивна динаміка смертності серед населення працездатного віку цілком залежала від немедичної профілактики. Водночас смертність від причин, які можна нейтралізувати діями системи охорони здоров'я не змінилася або навіть зросла. Відсутність позитивної динаміки показників смертності від причин, на які охорона здоров'я, за умов своєчасної діагностики та якісного лікування, може впливати, свідчить, що вплив системи охорони здоров'я не лише не збільшується, а навіть зменшується [2].

За матеріалами низки досліджень [3-4], головною перепорою для кращого функціонування системи охорони здоров'я в Україні є неефективність її структури на всіх рівнях системи медичного обслуговування, що перешкоджає наданню

медичних послуг, які б забезпечували потреби населення в медичній допомозі.

Мета дослідження

Вивчити й охарактеризувати існуючу систему профілактики та медико-соціального забезпечення працюючих за трьома аспектами системного підходу її організації.

Матеріали і методи дослідження

Проведено епідеміологічне дослідження існуючої системи профілактики інвалідизації та медико-соціального забезпечення працюючих за період 2010-2013 років з використанням методу системного підходу за вісьмома аспектами. Науковий пошук здійснювався в типовому регіоні – Вінницькій області (основна група) й групі порівняння (контрольна) – Житомирській області. Науковими базами обрано: 11 підприємств (6 – приватної форми власності і 5 – державно-комунальної форм власності) трьох галузей (аграрної – 3 підприємства; транспортної та промислової – по 4 підприємства); 6 – лікувально-профілактичних закладів (проведення профілактичних оглядів); дві районних й одна обласна санітарно-епідеміологічних станцій основної групи.

Методи дослідження: програмно-цільового планування, епідеміологічний, системного підходу й аналізу.

Результати та їх обговорення

Дослідження існуючої системи профілактики інвалідизації та медико-соціального забезпечення працюючих здійснювалось з використанням методології системного підходу за вісьмома сис-

темно-утворюючими аспектами її організації, направленими на досягнення поставленої перед системою мети.

За допомогою системно-компонентного аспекту визначено компоненти, з яких складалась система профілактики інвалідизації та медико-соціального забезпечення працюючих (далі - Система), включаючи національну мережу структур і закладів соціального забезпечення та охорони здоров'я, їх підрозділів з наявними медичними кадрами всіх рівнів надання медичної допомоги працюючим підприємств різних форм власності визначених галузей.

З'ясовано, що наявність структурного підрозділу – здоров'я пункту та його матеріально-технічне і кадрове забезпечення залежало від фінансової спроможності підприємств та зацікавленості керівної (адміністративної) ланки в його існуванні як такого, незалежно від форм власності. Підґрунтям до такого твердження став порівняльний аналіз діяльності збережених здоров'я пунктів на 8-и підприємствах з 11-ти, з виключенням трьох аграрної галузі обох регіонів дослідження, в результаті їх ліквідації.

Перехід до ринкової економіки, поява приватної форми власності, економічна нестабільність в країні, реорганізація медичної галузі призвели до відособлення здоров'я пунктів від загальної мережі закладів охорони здоров'я та системи в цілому, залишивши їх у підпорядкуванні організацій, єдиним контролюючим органом якого став директор та його замісники.

Лише одне підприємство комунальної форми власності транспортної галузі вінницького регіону зберегло вузькоспеціалізовану кваліфіковану медичну допомогу працівникам, укладаючи угоди з лікарями міської консультативної поліклініки за наступними спеціальностями та ставками: терапевт – 1,0; стоматолог – 0,5; офтальмолог, кардіолог, хірург, ЛОР, уролог, невролог по 0,25. При цьому зайняті штати здоров'я пункту склали: лікар-терапевт вищої категорії – 1,0 ставки (завідувач); стоматолог – 0,5; середній медичний персонал – 10,5 ставок; молодший медичний персонал – 0,5 ставки.

Виявлено, що у штаті приватного транспортного підприємства «Автотранском» перебував лікар-нарколог (1,0 ставки), а на комунальному промислового «Вінницяоблводоканал» - лікар-стоматолог (0,5 ставки за угодою). Медичний персонал здоров'я пунктів інших підприємств основної та контрольної груп мав середню спеціальну освіту фельдшера або медсестри, і розподілювався за кількістю ставок у наступному порядку: транспортна галузь - Бердичівське АТП і Житомирське ТТУ – фельдшер (по 2,0 ставки); «Автотранском» - фельдшер (1,0 ставки); промислова галузь: Бердичівська швейна фабрика - фельдшер (2,0 ставки); Вінницький облводоканал – дві штатних одиниці: фельдшер (1,0 ставки) і медична сестра (1,0 ставки); Вінницька швейна фабрика «Володарка» та Житомирводо-

канал - одна штатна одиниця медичної сестри (по 1,0 ставки).

Надання кваліфікованої медичної допомоги працюючим розпочиналось при їх самозверненні або направленні середнім медперсоналом здоров'я пунктів до лікувально-профілактичного закладу за місцем проживання, тобто сімейного лікаря (I рівень надання медичної допомоги) або приватних клінік, результати діяльності останніх не підлягали оцінці та аналізу державними органами охорони здоров'я та місцевого самоврядування.

При необхідності отримання вузькоспеціалізованої і високотехнологічної консультативно-діагностично-лікувальної або стаціонарної допомоги пацієнт направлявся з первинного рівня до закладів II-го (консультативні поліклініки, районні й міські лікарні) або III-го (обласні лікарні та диспансери) рівнів надання медичної допомоги, результати яких не подавались до здоров'я пунктів підприємств.

Закладом вибору у наданні екстреної позалікарняної медичної допомоги залишалась швидка медична допомога або відділення медицини катастроф державної і приватної форм власності відповідної території обслуговування за власним викликом чи медперсоналу здоров'я пункту у двох досліджуваних регіонах.

Особливістю промислового підприємства приватної форми власності контрольної групи (Бердичівської швейної фабрики) стала діяльність двох здоров'я пунктів за причини наявності двох корпусів, розміщених на значній відстані один від одного, що технічно потребувало прийняття даного управлінського рішення і поєднувалось з існуванням шкідливих умов праці за основними робочими місцями, котрі впливали на стан здоров'я працівників жіночої статі й призводило до необхідності утримання підрозділу максимально доступного за відстанню та наданням першої медичної допомоги.

У структурі здоров'я пункту промислового підприємства комунальної форми власності основної групи (Вінницький облводоканал) крім маніпуляційного кабінету, кабінету для прийому відвідувачів працювали стерилізаційна та стоматологічний кабінет.

Доступність послуг закладів охорони здоров'я санаторно-курортного типу забезпечувалась Фондом соціального страхування за 30% оплати путівок з власних коштів споживача і надавались лише рекомендованій групі працівників після проходження ними профілактичних оглядів. Слід зазначити, що більше половини санаторно-курортних путівок пропонувались не за потребою відповідно до стану здоров'я працюючого (наприклад, із захворюваннями серцево-судинної системи до кардіологічних санаторіїв), а за наявністю місць у державних закладах іншої спеціалізації. Причиною виникнення даної ситуації вбачаємо у зменшенні кількості закладів реабілітаційно-відновного напрямку державного

підпорядкування і розширенні їх мережі приватної форми власності, що вказувало на погіршення стану соціального забезпечення працівників за даним показником, відсутності відновного етапу надання медичної допомоги для 75% працюючого населення з середнім і нижче середнього достатку та накопичення, в зв'язку з цим, хронічної й поєднаної патології з послідувочою інвалідизацією працюючих.

Наступною системо-утворюючою підсистемою у збереженні здоров'я працюючих була мережа санітарно-епідеміологічних станцій (районні, міські, обласні), організація роботи яких з підприємствами регламентована директивними документами незалежно від їх форм власності.

Обов'язковою штатною одиницею на всіх досліджуваних підприємствах була посада відповідального з гігієни праці та техніки безпеки, тісно співпрацюючого з відділом гігієни праці територіальної санітарно-епідеміологічної станції (СЕС).

Аналіз організації системи за системно-структурним аспектом дозволив установити наявність внутрішніх зв'язків і залежностей Системи як по горизонталі, так і по вертикалі, регіональну структурну взаємодію складових якої показано на рис.

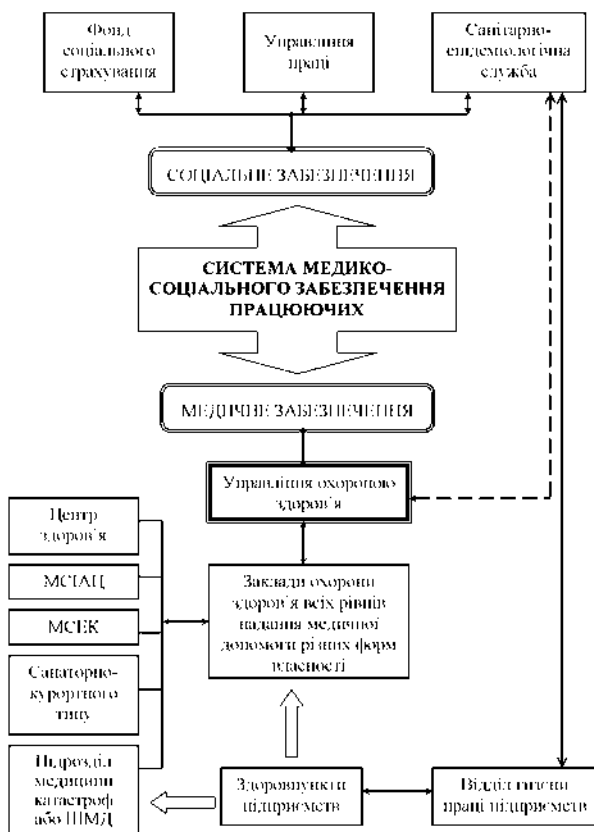


Рис. Регіональна структурна взаємодія складових системи медико-соціального забезпечення працюючих.

Діяльність кожної структурної одиниці системи здійснювалась за відсутності зворотного зв'язку й наступності, що вказувало на відмежованість її елементів та фрагментарне виконання

своїх функціональних обов'язків без проявів співпраці у досягненні кінцевої мети системи. Так, проведення профілактичних медичних оглядів закладами охорони здоров'я завершувалось лише складанням «Заключного акту» у 3-х екземплярах не забезпечуючи: відповідних рекомендацій для оглянутих; обговорення спільних дій з санітарно-епідеміологічною службою щодо виявлення впливу виробничих чинників на стан здоров'я працюючих та заходи їх усунення; обговорення результатів обстеження з керівною ланкою підприємств; консультативної допомоги та навчання медичних працівників здоров'я пунктів тощо.

Співпраця з СЕС побудована на перевірці умов праці та вимірах шкідливостей на визначених робочих місцях з наданням заключного документу «Припису», де вказано виявлені недоліки і терміни, в які необхідно їх ліквідувати. Надання будь-якої зворотної допомоги, в тому числі консультативної, не проводилось.

Відрахування коштів до Фонду соціального страхування не забезпечувало моніторингу та контролю за збереженням здоров'я працюючих і оздоровлення умов праці, взаємодія з яким відбувалась через надання інформації фінансово-економічним відділом підприємств, незалежно від форм власності, галузі і регіону, кількості днів непрацездатності за групами: по хворобі; по догляду за дитиною; по вагітності та пологах, а підрозділом охорони праці - даних щодо кількості встановлених випадків професійних захворювань, виробничого травматизму та отруєнь (нещасних випадків) за звітний період.

Центр здоров'я співпрацював лише з підприємствами, які уклали відповідний договір за вибраними видами діяльності, наприклад, лише надання консультативної допомоги або забезпечення друкованою літературою, або прочитанням лекцій бажаної тематики тощо.

Досліджувані об'єкти основної і контрольної груп угод з Центром здоров'я не підписували за фінансової неспроможності або, на нашу думку, неосвіченості щодо можливості отримання оперативної професійно підготовленої інформації з питань профілактики захворювань, виробничого травматизму й інвалідизації на робочому місці та за його межами, з використанням дистанційно-комунікаційної форми співпраці між організаціями.

За інформацією директора Вінницького обласного центру здоров'я, реформа медичної галузі забезпечила комп'ютеризацією заклади охорони здоров'я всіх рівнів для створення сучасних інформаційних потоків у двох напрямках, що полегшило б роботу, в т. ч. Центру здоров'я, по наданню регіонально-територіальним підрозділам законодавчо-нормативної документації, наказів, рішень, розпоряджень Кабінету Міністрів України, Міністерств, відомств, відділів облдержадміністрації та інших структур, підготовленої інформації самого центру щодо збереження і

зміцнення здоров'я населення; епідеміологічного нагляду; контролю за розповсюдженням хвороб та їх профілактикою; здійснення дистанційного консультування; підготовкою та розповсюдженням інформаційно-друкованого матеріалу за світовими стандартами (тематичних брошур) через мережу Інтернет тощо.

Відсутність взаємодії підприємств з даною організацією призводило до втрати часу медпрацівниками здоров'я пунктів, за їх словами, на пошук та підготовку матеріалів для санітарно-просвітницької роботи, які формувались середньою медичною ланкою без відповідної підготовки та освіти з указанного напрямку.

Системно-комунікаційний аспект системного підходу довів неефективність існуючих зовнішніх зв'язків, причиною яких став однонаправлений характер чинних директивних документів щодо мети, форми і змісту взаємодії підприємств з державними контролюючими органами та відомствами. При цьому дослідженням не виявлено ні однієї форми вертикально-низхідної заохочувальної співпраці держава→регіон→підприємство через використання адміністративно-економічних важелів мотивування роботодавця щодо діяльності в напрямку охорони здоров'я працюючих. Це, в свою чергу, не забезпечувало надійності й результативності комунікаційних процесів між визначеними структурними елементами системи (див. рис.) та іншими відомчими й галузевими системами, що впливало на її діяльність в цілому у досягненні кінцевої мети – збереження і зміцнення здоров'я економічно активної верстви населення.

Висновок

Існуюча система профілактики інвалідизації та медико-соціального забезпечення працюючих за трьома представленими аспектами системного підходу характеризувалась:

- а) системно-компонентний - наявність структурного підрозділу – здоров'я пункту та його матеріально-технічне і кадрове забезпечення залежало від фінансової спроможності підприємств та зацікавленості керівної ланки в його існуванні;
- надання кваліфікованої медичної допомоги працюючим розпочиналось при їх самозверненні або направленні середнім медперсоналом здоров'я пунктів (за виключенням Вінницького ТТУ) до лікувально-профілактичного закладу за місцем проживання, тобто сімейного лікаря (I рівень надання медичної допомоги) або приватних клінік;

Реферат

ХАРАКТЕРИСТИКА СУЩЕСТВУЮЩЕЙ СИСТЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ ИНВАЛИДИЗАЦИИ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ТРУДЯЩИХСЯ

Крекотень Е. Н.

Ключевые слова: профилактика, медико-социальное обеспечение трудящихся, системный подход.

По материалам ряда исследований, основной преградой для лучшего функционирования системы здравоохранения в Украине является неэффективность ее структуры на всех уровнях системы медицинского обслуживания, которая препятствует предоставлению медицинских услуг, которые бы обеспечивали потребности населения в медицинской помощи. Цель. Изучить и охарактеризовать существующую систему профилактики и медико-социального обеспечения трудящихся за тремя аспектами

- при необходимости получения вузькоспеціалізованої і високотехнологічної консультативно-діагностично-лікувальної або стаціонарної допомоги, пацієнт направлявся з первинного рівня до закладів II-го (консультативні поліклініки, районні й міські лікарні) або III-го (обласні лікарні та диспансери) рівнів надання медичної допомоги;

- закладом вибору у наданні екстреної поза-лікарняної медичної допомоги залишалась швидка медична допомога або відділення медицини катастроф державної і приватної форм власності;

- доступність послуг закладів охорони здоров'я санаторно-курортного типу значно знизилась за причини зменшення їх кількості державного підпорядкування і розширенні мережі приватної форми власності;

б) системно-структурний - дозволив установити, що діяльність кожної структурної одиниці системи здійснювалась за відсутності зворотного зв'язку й наступності, що вказувало на відмежованість її елементів та фрагментарне виконання своїх функціональних обов'язків без проявів співпраці у досягненні кінцевої мети системи;

в) системно-комунікаційний - довів неефективність існуючих зовнішніх зв'язків, причиною яких став однонаправлений характер чинних директивних документів щодо мети, форми і змісту взаємодії підприємств з державними контролюючими органами та відомствами.

Перспектива подальшого розвитку наукового дослідження

Результати проведеного епідеміологічного дослідження стануть підґрунтям для розробки та впровадження оптимізованої системи профілактики інвалідизації працюючих, базуючись на її складових – диспансеризації, профілактичних оглядах, прогнозуванні та моніторингу.

Література

1. Лехан В.М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір [Текст] / В.М. Лехан, Г.О. Слабкий, М.В. Шевченко // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 1. – С. 5-14.
2. Камруззаман Сайед. Влияние здравоохранения на преждевременную смертность населения [Текст] / Сайед Камруззаман // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2010. – № 4. – С. 7-11.
3. Москаленко В.Ф. Принципи побудови оптимальної системи охорони здоров'я : монографія [Текст] / Москаленко В.Ф. – К., 2008. – 320 с.
4. Орлова Н.М. Регіональна системи охорони здоров'я: концептуальні підходи до формування її сучасної політики : монографія [Текст] / Орлова Н.М. – К., 2010. – 186 с.

системного підходу її організації. Матеріали і методи дослідження. Проведено епідеміологічне дослідження існуючої системи профілактики інвалідизації і медико-соціального забезпечення трудящих за період 2010-2013гг. з використанням методу системного підходу за восьм'ю аспектами. Результати. Виявлено, що: а) системно-компонентний аспект визначив складові компоненти системи, включаючи національну мережу структур і установ, їх підрозділів з наявними медичними кадрами всіх рівнів надання медичної допомоги трудящимся; б) системно-структурний - дозволив встановити, що діяльність кожної структурної одиниці системи здійснювалась при відсутності зворотного зв'язку і преемственности, що вказувало на відмежування її елементів; в) системно-комунікаційний - довів неефективність існуючих зовнішніх зв'язків, причиною яких став однонаправлений характер діючих директивних документів відносно цілей, форм і змісту взаємодії підприємств з державними органами і відомствами. Висновки. Виявлені проблемні аспекти стануть основою для роботи і впровадження оптимізованої системи профілактики інвалідизації трудящих, базуючись на її складових – диспансеризації, профілактичних оглядах, прогнозуванні і моніторингу.

Summary

CHARACTERISTICS OF PRESENT-DAY SYSTEM OF DISABILITY PREVENTION AND MEDICAL AND SOCIAL MAINTENANCE OF WORKING POPULATION

Krekoten Ye. N.

Keywords: prevention, medical-social provision of employees, integrated approach.

Based on materials from a number of studies, the main obstacle to better functioning of health care system in Ukraine is the inefficiency of its structure at all levels of medical provision, which prevents the delivery of health services, which would provide the needs of the population for health care. The purpose of the research is to study and characterize the present-day system of disability prevention and medical and social maintenance of working population according to three aspects of the integrated approach of its organization. Materials and methods. An epidemiological study of the existing system of disability prevention and medical and social maintenance of working population for the period 2010-2013 involving a method of systematic approach by eight aspects has been carried out. Results. It has been revealed that: a) the system-component aspect determined the constituents of the system, including a national network of setting and institutions and their subdivisions with available medical personnel at all the levels of medical care; b) systemic and structural aspect revealed that the activities of each of the structural units are carried out in the absence of the feedback and continuity, that indicates the dissociation of its elements; c) system-communication aspect showed inefficiency of existing external relations, the cause of which was the one-way nature of the existing policy documents regarding the purpose, form and content of interaction between enterprises and government agencies and departments. Conclusions. Identified problematic aspects will form the basis for the development and implementation of an optimized system for disability prevention among working population, based on its components as medical examination, preventive examinations, forecasting and monitoring.