



ТЕОРІЯ ТА ПРАКТИКА ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ

Випуск 3

Проблеми формування та реалізації охороноздоровчої політики в сучасних умовах

Матеріали науково-практичної конференції
16 жовтня 2003 р.

Видавництво *ХарПІ НАДУ*
"Магістр"

ISSN 1727-6667

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ
ПРИ ПРЕЗИДЕНТОВІ УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ РЕГІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ

ТЕОРІЯ ТА ПРАКТИКА ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ

Випуск 3

Проблеми формування та реалізації охороноздоровчої політики в сучасних умовах

Матеріали науково-практичної конференції
16 жовтня 2002 р.

Харків
Видавництво *ХарРІ НАДУ*
"Магістр"
2003

Редакційна колегія:

член-кор. АЕН України, проф. *Г.І. Мостовий* (відп. редактор); д-р екон. наук, проф. *О.Ю. Амосов* (заст. відп. редактора); канд. екон. наук, проф. *Г.О. Андрусенко*; д-р екон. наук, проф. *Л.М. Анічин*; канд. мед. наук, доц. *О.Є. Васев*; канд. мед. наук, доц. *Б.О. Волос* (відп. секретар); канд. юрид. наук, доц. *Є.Ф. Глухачов*; канд. екон. наук *О.В. Жадан*; канд. екон. наук, доц. *О.О. Іваницький*; канд. пед. наук, доц. *Т.В. Ковальова*; д-р філос. наук, проф. *В.В. Корженко*; канд. екон. наук, доц. *В.В. Мамонова*; д-р фіз.-мат. наук, проф. *Ю.Г. Машкаров*; канд. екон. наук, доц. *Н.М. Мельтюхова*; д-р фарм. наук, проф. *А.С. Немченко*; д-р екон. наук, проф., акад. АЕН України *Г.С. Одінцова*; канд. філол. наук, доц. *П.О. Редін*; канд. екон. наук, проф. *Б.Г. Савченко*

Рецензент

д-р мед. наук, проф. кафедри сімейної медицини ХМАПО *Є.Я. Ніколенко*

Друкується за рішенням Вченої ради Харківського регіонального інституту Національної академії державного управління при Президентіві України, протокол № 6/72 від 1 липня 2003 р.

Відповідальний за випуск канд. мед. наук, доц. *Б.О. Волос*

Теорія та практика державного управління. Випуск 3: Проблеми формування та реалізації охороноздоровчої політики в сучасних умовах: Матеріали наук.-практ. конференції, 16 жовтня 2002 р. – Х.: Вид-во ХарПІ НАДУ “Magіstr”, 2003. – 168 с.

ISBN 966-7798-47-X.

Проаналізовано державну політику у сфері охорони здоров'я в сучасних умовах, зокрема опрацювання механізмів міжсекторальної взаємодії в інтересах збереження і зміцнення здоров'я населення України.

Досліджено проблеми підготовки кадрів для органів і закладів охорони здоров'я, висвітлено правові, організаційні, медичні соціально-економічні аспекти реформування системи охорони здоров'я та підходи до формування і здійснення стратегії здорового способу життя та технологій профілактики хронічних неінфекційних захворювань як основи нової охороноздоровчої політики.

Для працівників органів державної влади та місцевого самоврядування, державних установ та громадських організацій, фахівців системи охорони здоров'я, науковців і педагогічних працівників, слухачів і студентів, а також всіх, хто цікавиться питаннями формування та реалізації охороноздоровчої політики в сучасних умовах.

ISBN 966-7798-47-X

Національна академія державного управління при Президентіві України ім.як П.Я. Яворського

Бібліотека

Інв. №

120289

ББК 67

© ХарПІ НАДУ, 2003

СУЧАСНА ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ: ВІД ТЕОРІЇ ДО ПРАКТИКИ

Предмет цієї науково-практичної конференції – здоров'я, що, будучи абсолютною людською цінністю, є, водночас, одним із найважливіших показників рівня соціально-економічного благополуччя суспільства, демографічного, культурного та оборонного потенціалу держави.

Сучасний розвиток України супроводжується складними умовами формування громадського здоров'я. У 90-х рр. минулого століття в Україні зросли смертність та захворюваність населення, зменшилась очікувана тривалість життя, спостерігалися високі темпи депопуляції. Загрозливих масштабів набули такі соціально зумовлені захворювання, як туберкульоз, ВІЛ-інфекція, наркоманія.

Об'єктивне зростання медичних потреб населення зараз відбувається на тлі скорочення можливостей системи охорони здоров'я. В умовах дефіциту бюджетних коштів усе більша частка медичних послуг стає платною, що негативно впливає на її доступність для населення.

Разом із тим значна частина державних витрат в охороні здоров'я використовується нерационально:

– переважно на витратне стаціонарне обслуговування, у той час як дешева і високоєфективна амбулаторно-поліклінічна допомога фінансується за “залишковим” принципом;

– на придбання лікарських засобів закордонних фармацевтичних фірм, замість якісних і значно дешевших аналогів вітчизняного виробництва.

Несприятлива медико-демографічна ситуація, нездатність старих командно-адміністративних механізмів до розв'язання нагальних проблем охорони здоров'я зумовлюють необхідність здійснення невідкладних системних перетворень.

Для забезпечення конституційних прав громадян на охорону здоров'я в Україні протягом останніх років здійснено низку заходів: посилено фінансову підтримку галузі, підвищено заробітну платню медичних працівників, стабілізовано показники загальної смертності, знижено рівень материнської та малокової смертності. У державі, зокрема в Харківському регіоні, активно впроваджується інститут сімейної медицини як високоєфективний засіб підвищення якості медичної опіки населення та зміцнення потенціалу громадського здоров'я.

Активну участь у вирішенні проблем охорони здоров'я бере Національна академія державного управління при Президентові України та її регіональні інститути.

Кафедри управління охороною здоров'я НАДУ, що створені як засоби посилення ролі державної влади у збереженні та зміцненні здоров'я населення, вирішують низку проблем, зокрема такі:

– підготовка державних службовців, керівників та майбутніх управлінців галузі охорони здоров'я за спеціальністю “Державне управління” і спеціалізацією

“Управління охороною здоров’я”;

– участь у розробці загальнодержавної та регіональної охороноздоровчої політики, опрацювання, апробація та впровадження у практику нових організаційних форм медичної опіки населення;

– адаптація до умов України стратегічної політики Всесвітньої організації охорони здоров’я “Здоров’я для всіх у XXI столітті”;

– оптимізація підходів до поглиблення процесу валеологізації державної служби та всіх сфер суспільного життя.

Діяльність колективів кафедр повинна здійснюватись таким чином, щоб після відповідної підготовки кожен управлінець усвідомлював загальнодержавне значення категорії “здоров’я”, її детермінант і передумов, умів вирішувати проблеми охорони здоров’я за рахунок удосконалення механізмів міжсекторальної взаємодії, був не лише взірцем культури здоров’я, а й педагогом з питань здорового способу життя.

Підготовка управлінів-медиків має сформувати такого лідера, який у складних умовах функціонування забезпечить подальший розвиток медичної галузі та збереження і зміцнення здоров’я населення.

В Указі Президента України “Концепція розвитку охорони здоров’я населення України” від 7 грудня 2000 р. № 1313/2000 визначено основні напрямки реформування національної системи охорони здоров’я України. Зараз на часі опрацювання механізмів та інструментів перетворень, що дозволить формувати реалістичну й виважену державну та регіональну політику розвитку системи охорони здоров’я, політику збереження і зміцнення громадського та індивідуального здоров’я.

Вирішенню цих проблем і присвячено науково-практичну конференцію, що зібрала в стінах Харківського регіонального інституту Національної академії державного управління при Президентові України представників державної влади та органів місцевого самоврядування, громадських організацій, вчених, медиків, освітан, усіх, хто прагне змінити життя на краще.

Г.І. Мостовий,

*член-кореспондент АЕН України, професор,
директор Харківського регіонального інституту
Національної академії державного управління
при Президентові України*

ПРОБЛЕМИ РЕФОРМУВАННЯ ТА СУЧАСНА ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

УДК 615.4

О.С. ВАШЕВ, Л.А. ІВАНОВА

ВПРОВАДЖЕННЯ ФОРМУЛЯРНОЇ СИСТЕМИ ЯК ЕТАП РЕФОРМУВАННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Розглянуто універсальний інструмент стратегічного державного підходу в галузі охорони здоров'я – формулярну систему.

Концепції формулярної системи, як і самі системи формулярів, суттєво відмінні в різних країнах. При цьому в низці країн формуляри є офіційно визнаними документами, що базуються на переліку життєво важливих засобів. В інших – формуляр, що публікується комерційними організаціями, більше нагадує фундаментальний довідник лікарських засобів (ЛЗ), представлених на ринку країни. У багатьох країнах формуляри готуються і видаються незалежними організаціями і групами. З усіх країн колишнього СРСР до 1996 р. державний формуляр ЛЗ був прийнятий тільки в Естонії, а до кінця 1998 р. уже діяв і в Киргизії, Казахстані, Грузії, Вірменії. Латвія і Литва продовжують розробку своїх державних формулярів, ґрунтуючись на досвіді Британського Національного Формуляра (БНФ).

В основі формуляра лежать погоджені та прийняті на державному рівні практичні рекомендації (стандарти) лікування, доказово обґрунтований підхід до ведення раціональної фармакотерапії, ретельний аналіз структури захворюваності, доказово обґрунтовані дані за клінічно й економічно найбільш ефективні і безпечні лікарські препарати, дані досліджень за рівнем споживання та вартістю курсу лікування кожного захворювання.

Формуляр – це документ що динамічно розвивається, зі змістом окремих розділів і статей, що постійно поповнюються й уточнюються. Він є обмежувальним за характером і заохочує використання лише тих лікарських засобів, що включені в нього. Цим досягається значне скорочення номенклатури використовуваних ліків, підвищується терапевтична ефективність, спрощується процес лікарського забезпечення. Крім того, формуляри здатні демонструвати різні рівні витратної ефективності в реалізації основних цілей.

Створюючи державний формуляр, раціонально скористатися моделлю й організаційною практикою найбільш визнаного видання, відповідного світовим стандартам, – БНФ. Це видання з його спеціальними додатками для лікарів-стоматологів і медичних сестер відіграє істотну роль у доказовому інформуванні

проведення раціональної фармакотерапії у Великобританії та розглядається багатьма міжнародними експертами як світовий зразок регламентаційних документів національного масштабу.

Відсутність авторитетного, незалежного, всебічного й об'єктивного джерела інформації в галузі застосування ЛЗ в Україні може бути одним із бар'єрів на шляху до модернізації сектора охорони здоров'я.

Офіційна державна реєстрація препарату практично означає дозвіл на клінічне використання. Однак це аж ніяк не означає, що держава схвалює широке використання цього препарату і що він повинен бути включений до формуляра. Дозвіл на використання не стосується ключових питань включення ЛЗ до формуляра, наприклад: чи є даний препарат більш ефективним або більш безпечним порівняно з іншими і наскільки виправдано додаткові витрати, пов'язані з упровадженням у лікарську практику нових засобів із незначними перевагами перед відомими.

Відтоді як загальна кількість фармацевтичних альтернатив перевищила 8000, імовірність того, що конкурентні агенти мають рівні показники ефективності й безпеки, дуже невелика. Тому основним завданням кожного формулярного комітету стає визначення 400–500 лікарських засобів, що мають достовірні, доказово обгрунтовані дані ефективності, безпеки і досить успішно зарекомендували себе на практиці. Нездатність під час розробки формуляра виявити терапевтичні пріоритети може призвести до небажаних результатів для пацієнтів і негативно вплинути на роботу системи охорони здоров'я. Якість формуляра може оцінюватися, у першу чергу, широтою представництва в ньому кращих ЛЗ, а також гарантією якості спеціалізованої інформації для лікарів і провізорів.

Ефективний формуляр не обмежує клінічного вибору. Більш того, він лише підтверджує просту реальність, яка полягає в тому, що кожен лікар при призначенні використовує не всі 10000–12000 найменувань препаратів, представлених на ринку, а застосовує лише обмежений набір з 25–400 назв.

Ефективний формуляр не ставить за мету обмежити використання лікарських засобів. Якщо на ринку представлено 18 найменувань нестероїдних протизапальних препаратів, а формуляр сертифікує як препарати для вибору тільки три, то лікар просто використовує у своїй практиці ці три препарати. Таким чином, обмежується не споживання ЛЗ, а використання неефективних (невиправданих, недоведених) альтернатив. Переконливих доказів того, що прийняття формуляра позначиться на зменшенні споживання ЛЗ, не існує.

Однак формуляр не в змозі перешкодити неправильному застосуванню навіть найбільш ефективних лікарських засобів, не може гарантувати медичного обслуговування високої якості, раціонального призначення медичних препаратів, ефективного застосування оглядових даних і контролю за вартістю ліків; виконання розпоряджень формуляра може елементарно спотворюватися неефективним забезпеченням лікувального і діагностичного процесу, але може дати правильний напрямок фармацевтичній політиці. Клінічно раціональна і витратно ефективна лікарська терапія – головна мета введення формулярної системи. Формуляр може стати інструментом управління охороною здоров'я в разі дотримання таких умов:

1. Наявність відповідної адміністративної підтримки.
2. Рішення про виключення чи включення ЛЗ повинне прийматися з урахуванням доказово обґрунтованої наукової інформації щодо основних цілей і принципів формуляра.
3. Нові ЛЗ, що надійшли на фармацевтичний ринок, повинні включатися до формуляра лише після професійно виконаного аналізу доказової інформації про їх унікальну терапевтичну дію.
4. Використання ЛЗ, не занесених до формуляра, може дозволятися лише після ретельного аналізу протоколів ведення хворого.

Література:

1. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні. – В.М. Лехан, Н.М. Лакіза-Сачук, В.М. Войцехівський та ін. – К., 2001. – 174 с.
2. Черненко В.Г., Рудій В.М., Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я. – К., 2002. – 112 с.
3. Шейман И.М. Бюджетно-страховая система здравоохранения / ИНСЭПЭ. Кемерово, 1992. – 123 с.

УДК 616.12–07+35.078.2

*Б.О. ВОЛОС, Ж.М. ГЕРАСИМЕНКО,
О.В. КАНТЕМИР, Т.А. ЛАВРЕНКО,
Н.А. ЯРИНА*

УПРАВЛІНСЬКІ АСПЕКТИ ПОЛІПШЕННЯ КАРДІОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ РЕГІОНУ

Проаналізовано досвід упровадження на рівні регіону управлінського рішення, спрямованого на поліпшення виявлення стенокардії напруги, зниження захворюваності гострим інфарктом міокарда, обговорюється перспективи подальшого використання нововведення в умовах первинної медико-санітарної допомоги.

У зв'язку з високою поширеністю серцево-судинних захворювань, які є основною причиною смертності населення, проблема своєчасної діагностики, профілактики та лікування кардіальної патології заслуговує на особливу увагу [4].

Перспективним інструментом профілактики важких серцево-судинних ускладнень, і в першу чергу інфаркту міокарда, є технологія раннього виявлення стенокардії напруги на основі стандартизованого опитувальника Роуза, рекомендованого Всесвітньою організацією охорони здоров'я для застосування в умовах первинної медико-санітарної допомоги [1].

Попри високі діагностичні можливості опитувальника і наявність наказу

Міністерства охорони здоров'я України № 206, котрий регламентує використання опитувальника лікарями-терапевтами і кардіологами, широкого застосування в установах охорони здоров'я він не знайшов [2].

Основними причинами "незатребуваності" зазначеної технології стало те, що, з одного боку, упровадження її передбачало необхідність стандартизації значної кількості лікарів, з іншого – зумовлювало потенційні втрати робочого часу кваліфікованих медиків первинного контакту на виконання рутинної методики.

Разом із тим низький рівень виявлення стенокардії напруги, що не відповідає справжній поширеності її в популяції, несприятлива динаміка захворюваності гострим інфарктом міокарда в Харківській області зумовили пошук нових організаційно-управлінських підходів до оптимізації діагностики стенокардії, зниження частоти серцево-судинних ускладнень і смертності від них [3].

Зважаючи на те, що виявлення стенокардії напруги на основі клініко-епідеміологічних критеріїв передбачає дотримання стандартних умов опитування, нами була вивчена можливість використання для скринінг-діагностики зазначеної патології спеціально підготовленого середнього медичного персоналу відділень профілактики і кабінетів долікарняного прийому.

З цією метою в Інституті терапії АМН України обстежено 72 хворих, проводилося їхнє опитування для виявлення стенокардії окремо стандартизованим лікарем і медичною сестрою. Надалі діагноз верифікувався в умовах клінічного, біохімічного й інструментального обстеження, результати діагностики зіставлялися з даними опитування на виявлення стенокардії. Відсутність достовірних розходжень у чутливості та специфічності клініко-епідеміологічної методики в умовах виконання її лікарем і медсестрою (відповідно, 92,6; 92,8 і 93,8; 93,3 %, $P > 0,05$), а також висока позитивна передбачувальна цінність її (відповідно, 96,2 і 89,3 %), і негативна передбачувальна цінність (відповідно, 95,7 і 95,5 %), дозволили рекомендувати використання середніх медичних працівників амбулаторно-поліклінічних установ у технології діагностики стенокардії напруги.

Для забезпечення впровадження адаптованої технології виявлення стенокардії у практику на базі Інституту терапії пройшли підготовку за одноденною програмою навчання районні терапевти, завідувачі й медичні сестри відділень профілактики поліклінік міста й області з наступною задачею ними заліків і одержанням офіційного дозволу на використання методики. Усього підготовлено 172 медичних працівники – 50 лікарів і 122 представники середнього медичного персоналу. З дев'яти районів міста пройшли навчання 124 особи, з 17 районів області – 48 осіб.

Відповідно до наказу Управління охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації від 4 квітня 1995 р. № 55 особи, старші 40 років, що вперше звернулися в поточному році в амбулаторно-поліклінічну установу з будь-якого приводу, підлягають опитуванню для виявлення стенокардії напруги на рівні кабінету долікарняного прийому чи відділення профілактики. Опитування проводить спеціально підготовлена медсестра. Завідувач поліклініки чи відділення профілактики, який приймав підготовку, є супервайзером, до обов'язків якого входить здійснення періодичного контролю якості опитування, яке проводить медична сестра [2].

Усі хворі, виявлені під час масового обстеження (позитивний результат опитувальника Роуза), оглядаються дільничним терапевтом і кардіологом для вирішення питання про подальшу тактику обстеження й лікування.

Хворі з верифікованим діагнозом стенокардії напруги підлягають диспансерному спостереженню, що здійснюється залежно від фази захворювання, частоти приступів стенокардії, наявності супутньої патології та факторів ризику.

Аналіз реалізації регіональної програми раннього виявлення стенокардії напруги, проведений у 1995 – 1996 рр. в установах м. Харкова й області, показав, що в поліклініках, які впровадили технологію, виявлення патології зросло у 1,5 – 2 рази, що, однак, не супроводжувалося позитивною динамікою захворюваності на гострий інфаркт міокарда. Останню обставину зумовлено недостатнім періодом диспансерного спостереження і, можливо, якістю проведеної корекції.

Разом із тим забезпечення адекватного лікування хворих на стенокардію сприяє істотному зниженню частоти ускладнень. Так, за даними аналізу, проведеного в поточному році в Балакліївському районі, при зростанні виявлення стенокардії напруги на 3,59 % (з 4062 у 2000 р. до 4208 у 2001 р.) зниження захворюваності на гострий інфаркт міокарда склало 40,7 % (відповідно, 145 і 86 випадків).

Незважаючи на високу функціональність і ефективність запропонованої технології виявлення стенокардії, значна частина керівників лікувально-профілактичних установ не забезпечують її використання в системі первинної медико-санітарної допомоги, що несприятливо позначається на показниках діяльності кардіологічної служби області.

З метою виконання регіональної програми ранньої діагностики стенокардії та зниження захворюваності на гострий інфаркт міокарда органам виконавчої влади галузевої компетенції необхідно налагодити дієвий контроль за виконанням наказу Управління охорони здоров'я Харківської облдержадміністрації № 55, забезпечити постійну стандартизацію медиків первинного контакту з використанням опитувальника Роуза на базі Інституту терапії АМН України, Харківської медичної Академії післядипломної освіти, розробити комплекс заходів щодо підвищення ефективності медикаментозної та немедикаментозної терапії хворих на стенокардію, здійснювати моніторинг виконання програми з висвітленням результатів її реалізації на колегіях управління охорони здоров'я, у медичній пресі, засобах масової інформації.

З огляду на особливо несприятливу ситуацію, що склалася протягом останнього десятиріччя в наданні кардіологічної допомоги сільському населенню, доцільно прискорити впровадження технології виявлення стенокардії напруги також на рівні фельдшерсько-акушерських пунктів.

Література:

1. Про заходи щодо поліпшення організації та підвищення якості кардіологічної допомоги населенню України: Наказ МОЗ України від 30.12.1992 р. № 206.
2. Про впровадження в практику лікувально-профілактичних установ м. Харкова й області кардіологічної анкети ВООЗ "Болі в грудній клітині при фізичному

навантаженні” – опитувальника Роуза для виявлення стенокардії напруги: Наказ Управління охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації від 04.04.1995 р. № 55.

3. Результати впровадження клініко-епідеміологічної методики раннього виявлення стенокардії напруги в амбулаторно-поліклінічних установах / Б.Е. Волос, Ж.М. Герасименко, Н.А. Ярина, Е.В. Кантемир // Укр. терапевт. журн. – 2000. № 1 (Додаток). – С.35-36.

4. Москаленко В.Ф., Коваленко В.М., Лутай М.І. Статистично-аналітичний довідник стану здоров'я населення України у зв'язку із хворобами системи кровообігу / Акад. медич. наук України; Міністерство охорони здоров'я України; Ін-т кардіології ім. М.Д. Стражеска АМН України. – К., 2000. – 65 с.

УДК 616-082(1-22)(477)

*В.В. ВОЛЧЕНКО, В.П. ЛИСАК,
В.О. КОРШЕНКО*

ДОСВІД НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ СІЛЬСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Проаналізовано досвід надання медичної допомоги населенню Полтавської області в умовах реформування галузі охорони здоров'я. Оцінено перспективи реорганізації первинної медико-санітарної допомоги в області.

Підбиваючи підсумки виконання Указу Президента України “Про заходи щодо поліпшення умов функціонування закладів охорони здоров'я у сільській місцевості” від 28 січня 1999 р. № 95/99, розпорядження Президента України “Про поліпшення проведення диспансерних оглядів та оздоровлення сільського населення” від 13 вересня 1999 р. № 223/99-рп та розробляючи стратегію і тактику реалізації Комплексних заходів щодо поліпшення медичного обслуговування сільського населення на 2002–2005 рр., затверджених Указом Президента України від 3 січня 2002 р. № 8, необхідно проаналізувати, в яких умовах працювала галузь.

Збережено мережу лікувально-профілактичних закладів. В останні два роки відкрито 14 лікарських амбулаторій в сільських населених пунктах із населенням 1000 і більше мешканців. Крім цього, на сьогодні організовано роботу 11 закладів сімейної медицини, більша частина – у сільській місцевості.

Враховуючи реформування агропромислового комплексу, диспропорції в наданні медичної допомоги сільському населенню, несприятливий стан здоров'я сільських мешканців, велику кількість населених пунктів у сільській місцевості, значну віддаленість дільничних лікарень і лікарських амбулаторій від центральних районних лікарень, перед керівниками галузі постала необхідність вишукувати найбільш ефективні форми забезпечення сільського населення висококваліфікованою спеціалізованою медичною допомогою.

Завдяки розумінню проблеми і всебічній підтримці з боку Полтавської обласної державної адміністрації, Української медичної стоматологічної академії (УМСА) було розпочато організаційну роботу із проведення диспансерних оглядів та оздоровлення сільського населення.

Спільним наказом управління охорони здоров'я, Української медичної стоматологічної академії, обласної СЕС було передбачене проведення поглиблених медичних оглядів мешканців села та їх оздоровлення за участю фахівців обласних лікувально-профілактичних закладів та вчених УМСА.

Перед початком проведення оглядів було проведено наради керівництва виконавчої влади всіх рівнів за участю обласного штабу з координації оглядів, членів Полтавської обласної організації Аграрної партії України, керівників колективних та приватних сільськогосподарських підприємств, головних лікарів ЦРЛ, засобів масової інформації.

Візні бригади спеціалістів, із метою проведення необхідних досліджень, було оснащено пересувними флюорографами, стоматологічними установками, апаратами для ультразвукових досліджень, наборами для лабораторних досліджень, фіброгастроскопами.

За період з 15.01.01 р. по 01.01.02 р. цю роботу проведено в 25 районах області, де оглянуто понад 159 тис. осіб, у тому числі 44 тис. дітей. Із загальної кількості оглянутих працівники агропромислового комплексу склали близько 42 %, діти – понад 27 %, пенсіонери – 28 %. У першу чергу, зверталося увагу на охоплення оглядами соціально незахищених верств населення: дітей, пенсіонерів, людей одининок та похилого віку, питома вага яких склала понад 64 %.

Проведено понад 25 тис. флюорографій, по 11 тис. лабораторних та електрокардіографічних досліджень, понад 3 тис. ультразвукових обстежень, проведено санацію ротової порожнини у 3,3 тис. осіб.

Під час комплексних оглядів уперше виявлено захворювання в 40 тис. осіб, що складає в загальній кількості оглянутих близько 27 %.

Під час оглядів фахівцями обласних лікувально-профілактичних закладів та Української медичної стоматологічної академії на місці вирішувалось питання про оздоровлення виявлених хворих та видавались направлення до лікувальних закладів відповідних рівнів (районних, обласних лікувально-профілактичних закладів).

Таким чином, за результатами огляду оздоровлено в стаціонарних умовах 5,8 тис., амбулаторно – 33 тис. хворих.

Станом на 01.07.02 р. медичні огляди проведено у восьми районах області, а саме: Зінківському, Карлівському, Кобеляцькому, Козельщинському, Котелевському, Кременчуцькому, Лохвицькому та Лубенському.

Обстежено 911 осіб, амбулаторне лікування було призначено 154, стаціонарне – 84 особам (з них в обласних ЛПЗ – 57 осіб). Фахівці бригад провели контрольні огляди хворих, виявлених під час попередніх профоглядів населення в 2001 р. Спеціалістам надано рекомендації з обстеження й лікування пацієнтів.

Проведена робота дозволила значно підвищити якість, ефективність профілактичних оглядів та оздоровлення виявлених хворих.

Разом із тим ми побачили свої прорахунки й невикористані резерви. А саме йдеться про недостатню роль фахівців центральних районних лікарень в організації надання спеціалізованої медичної допомоги мешканцям сільської місцевості, недостатню доступність до висококваліфікованої спеціалізованої медичної допомоги, низьку ефективність профілактичної роботи на місцях, недостатній рівень підготовки медичних працівників первинної ланки.

Перебіг реалізації розроблених нами заходів був під постійним контролем обласної та районних державних адміністрацій, спільних колегій управління охорони здоров'я та Вченої ради Української медичної стоматологічної академії.

Вважаємо, що для виконання комплексних заходів щодо поліпшення медичного обслуговування сільського населення на 2002–2005 рр., затверджених Указом Президента України в січні поточного року, потребують вирішення на державному рівні такі питання:

1. Приведення рівня фінансування лікувально-профілактичних закладів сільської місцевості до міського рівня;

2. Внесення поправок до Бюджетного кодексу в частині механізму фінансування сільських закладів охорони здоров'я, тому що на сьогодні органи місцевого самоврядування на селі не в змозі утримувати сільські заклади охорони здоров'я, що суперечить вимогам названих указів Президента України та може гальмувати їхнє виконання;

3. Переведення системи охорони здоров'я на принципи сімейної медицини, особливо в сільській місцевості, потребує відпрацювання системи економічних взаєморозрахунків за надання медичної допомоги на рівні центральних районних лікарень та обласних закладів.

В області таку модель відпрацьовано на базі Комсомольської центральної міської лікарні. Аналогічний принцип зараз впроваджено в обласному навчально-методичному центрі, створеному на базі Степнянської амбулаторії сімейної медицини в Полтавському районі.

Але, на жаль, це не передбачено Бюджетним кодексом, що стримує впровадження надання медичної допомоги на засадах сімейної медицини і підвищення якості надання медичної допомоги на вторинному і третинному рівнях.

Вважаємо за доцільне передбачити створення амбулаторій загальної практики – сімейної медицини у віддалених сільських населених пунктах, у яких мешкає 500 і більше осіб, із частковим фінансуванням за рахунок сільськогосподарських підприємств усіх форм власності.

На сьогодні і в перспективі потребують вирішення соціальні питання медичних працівників сільської охорони здоров'я:

1. Встановлення надбавок за тривалість безперервної роботи;
2. Розв'язання питання про збереження державних гарантій щодо пільг з комунальних послуг;

3. Відновлення, під час підрахунку стажу роботи, порядку, що діяв до 1993 р. (один місяць роботи як 1,2 місяця);

4. Прискорення відпрацювання механізму кредитування на будівництво житла за програмою “Власний дім” та на навчання сільської молоді.

Ірина Іващенко

Система організації медичної допомоги мешканцям села, що її подано до нашої уваги, на наш погляд, є перспективною на наступні роки і відповідає вимогам Указу Президента України від 3 січня 2002 р. № 8/2002 “Про комплексні заходи щодо поліпшення медичного обслуговування сільського населення на 2002–2005 роки”.

Література:

1. Указ Президента України “Про комплексні заходи щодо поліпшення медичного обслуговування сільського населення на 2002–2005 рр.” від 3 січня 2002 р. // Офіційний вісник. – 2002. – № 2.
2. Постанова Кабінету Міністрів України “Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров’я” від 20 червня 2000 р. № 989 // Мед. вестник Украины. – 2000. – № 25. – С. 3
3. Постанова Кабінету Міністрів України „Про затвердження міжгалузевої комплексної програми „Здоров’я нації” на 2002–2011 рр.” від 10 січня 2002р. № 14 // Офіційний вісник. – 2002. – № 9.

УДК: 351.773

О.В. ГАЛАЦАН

КОМУНІКАТИВНІ ЗВ’ЯЗКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я ЯК СКЛАДОВА ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ

Розглянуто комунікативні зв’язки в умовах трансформаційного суспільства. Такі процеси особливо активно проходять на регіональному рівні, де поступово створюється “єдиний медичний простір”.

Набуття Україною незалежності, побудова демократії та правового громадянського суспільства вимагає переходу до принципово нових систем та механізмів у державному управлінні.

Особливість нинішнього трансформаційного періоду в житті суспільства та держави полягає в тому, що завдання управління не лише передбачають необхідність розв’язання конкретних поточних питань, але й вимагають дослідження загальної перспективи управлінської діяльності, впровадження нового ефективного механізму в усіх сферах державного управління. Останнє повинне бути пристосоване й відповідати умовам взаємодії з механізмами ринкової саморегуляції, інститутами громадянського суспільства, враховувати конкретні регіональні особливості тощо [4 – 6].

Це також стосується елементів системи державного управління, у зв’язках між якими реалізується механізм управління, його економічні, мотиваційні, організаційні, політичні та правові аспекти [6].

Проблеми розвитку охорони здоров'я в сучасних соціально-економічних умовах, реалізація державної політики в цій галузі потребують системного впровадження нових засад господарювання та управління.

Безпосередньо галузева державна політика у сфері охорони здоров'я реалізується в регіонах – адміністративних областях [1; 2; 6].

Розглядаючи систему охорони здоров'я на рівні регіону, можна виділити такі її складові: державні органи місцевої виконавчої влади (обласні та районні державні адміністрації), органи місцевого самоврядування – місцеві ради та їх виконавчі органи, медичні установи, заклади та підприємства державної та комунальної власності, недержавні підприємства та установи, приватні підприємці, громадські організації, що діють у сфері охорони здоров'я.

Слід відзначити, що кожен із елементів цієї системи, у свою чергу, є доволі складною системою з багатьма зовнішніми та внутрішніми зв'язками. Вони об'єднані правовим полем держави та єдиною метою – раціональним використанням досить обмежених ресурсів галузі.

Досвід останніх років переконливо свідчить, що прийняття та впровадження управлінських рішень в охороні здоров'я без належного урахування складності нових зв'язків між елементами зазначених систем не лише зменшує ефективність управління та гальмує реалізацію державної політики у цій сфері, але й може негативно позначитися на умовах організації забезпечення необхідного рівня охорони здоров'я населення.

Наприклад, повноваження місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я охоплюють понад 90 % обсягів медичної допомоги, що складають так званий "базовий рівень", який забезпечений відповідними місцевими бюджетними призначеннями.

Згідно з Бюджетним кодексом України 2001 р., бюджети міст обласного підпорядкування та сільських районів забезпечують первинну медико-санітарну допомогу, кваліфіковану спеціалізовану допомогу (амбулаторії, поліклініки), загальну стаціонарну допомогу (багатопрофільні лікарні), стоматологічну допомогу (стоматологічні відділення, поліклініки), допомогу при вагітності та пологах (пологові будинки), швидку та невідкладну медичну допомогу (станції швидкої та невідкладної медичної допомоги).

Одночасно на рівні регіону за рахунок обласного бюджету забезпечується медична освіта I-II рівнів акредитації, спеціалізована медична допомога, медико-соціальна допомога (спеціалізовані лікувальні заклади, дитячі санаторії, будинки дитини, шпитальна допомога ветеранам).

Мешканці області – члени територіальних громад отримують також високоспеціалізовану медичну допомогу в центрах та клініках медичних науково-дослідних інститутів, що розміщені та функціонують у місті та фінансуються за рахунок Державного бюджету України.

Саме зв'язки між зазначеними системами і створюють "єдиний медичний простір" на терені регіону (області).

Збереження тих, що існують, та встановлення нових комунікативних міжсистемних зв'язків – важливе завдання державного управління. Регіональний

перерозподіл обсягів допомоги в умовах сталого фінансування – це чинник, що забезпечує економічну та соціальну ефективність системи охорони здоров'я та дозволяє виконувати покладені на неї функції та завдання.

Але в сучасних умовах існують гальма такого перерозподілу. Вони включають як об'єктивні, так і суб'єктивні причини.

Мережа комунальних закладів охорони здоров'я, що існує, її структура не відповідає повною мірою структурі бюджетного забезпечення. Спеціалізовані служби розміщені в закладах районного та міського підпорядкування, у той же час, численні обласні медичні заклади надають первинну медико-санітарну допомогу та допомогу вторинного рівня – замість спеціалізованої третинної допомоги.

Перебудова та реформування такої складної мережі зумовлює комплекс організаційних, фінансових, соціальних, технічних тощо проблем, у тому числі щодо працевлаштування та забезпечення робочими місцями персоналу, навіть і висококваліфікованих та підготовлених фахівців.

В умовах недостатнього фінансового забезпечення такі дії провокують соціальну напругу в колективах, що позначається на рівні та якості медичної допомоги і послуг, що надаються.

Тобто управління охороною здоров'я за адміністративним принципом “згори”, яке не підкріплене відповідною базою та сприянням і розумінням “знизу”, не може бути ефективним.

Формування сприятливого для проведення відповідних управлінських рішень соціального середовища, отримання підтримки медичної громадськості стає в теперішній час одним із особливо актуальних завдань управління галуззю. Зв'язки системи управління охороною здоров'я з громадськими організаціями й окремими громадянами, які в цілому забезпечують розвиток засад громадянського суспільства та стимулюють перетворення галузі, потребують глибокого аналізу та дослідження.

Законодавство про роботу владних органів зі зверненнями громадян, про громадські об'єднання та організації, функціонування засобів масової інформації забезпечують адміністративні та правові чинники зворотного зв'язку населення з органами управління, дозволяють за певних умов впливати на їх рішення, давати оцінки структурам управління, що існують, закладам та установам, окремим посадовим особам та фахівцям.

У цих умовах використовуються переважно примусові та моральні стимули в управлінні. Матеріальне заохочення, як на рівні окремої особи, так і на рівні всієї системи охорони здоров'я та її підсистем задіяне досить обмежено.

Впровадження економічних засад в систему управління охороною здоров'я в теперішній час реалізується або шляхом розвитку госпрозрахункових форм роботи – окремих структурних підрозділів бюджетних медичних закладів чи самостійних госпрозрахункових підприємств державної та комунальної власності – або в недержавному секторі галузі. Останній поки що забезпечує лише 2 % обсягів медичної допомоги та послуг, які надаються на рівні регіонів. Повноцінний вплив нових економічних важелів разом зі збереженням обсягів медичних послуг та

робочих місць забезпечать саме медичні підприємства, що функціонуватимуть на договірних засадах з органами влади та можуть отримувати певну частку бюджетних коштів за рахунок місцевого замовлення. Загальновизнаний шлях до такого перетворення в значному масштабі – упровадження системи загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування [4], а прийняття відповідного закону, системи інших законодавчих актів дозволять реально діяти ринковим чинникам у медичній галузі, трансформувати адміністративні взаємовідносини в економічно-правові.

Література:

1. Конституція України: Прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 р. – К.: Феміна, 1996. – 62 с.
2. Основи законодавства України про охорону здоров'я. – К.: Б. в., 1999. – 38 с.
3. Указ Президента України “Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України” від 7 грудня 2000 р. № 1313/2000 // Офіційний вісник. – 2000. – № 49.
4. Державна політика та стратегія в галузі охорони здоров'я в Україні / І. Солоненко, В. Піщиков, Ю. Вітренко та ін. // Програма “Україна-2010”. – К.: Вид-во УАДУ, 1999. – С. 139–160.
5. Нижник Н. Р., Машков О. А., Мосов С. Системний підхід до керівництва організацією: організаційна функція // Вісник УАДУ при Президентіві України. – 1997. – № 3-4. – С. 22–27.
6. Нижник Н.Р. Україна – державне управління, шляхи реформування. – К., 1997. – 71 с.
7. Стан здоров'я населення України та результати діяльності закладів охорони здоров'я: Щорічна доповідь: 2000. – К., 2001. – 302 с.

УДК 614.274.1

Л.В. СРМАКОВ

УДОСКОНАЛЕННЯ ДІЯЛЬНОСТІ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ РЕГІОНУ

Висвітлено проблемні питання організації стоматологічної допомоги населенню, зокрема зміцнення матеріально-технічної бази стоматологічної служби.

Здоров'я, будучи абсолютною людською цінністю, є, водночас, одним із найважливіших інтегрованих показників рівня соціально-економічного благополуччя суспільства, його демографічного, культурного та оборонного потенціалу, збереження здоров'я – найбільш важливе завдання держави та

особистості.

Сучасний етап соціально-економічного розвитку України супроводжується кризовими явищами в економіці, розшаруванням суспільства за рівнем життя населення, соціальною нестабільністю, несприятливою екологічною ситуацією, що призвело до погіршення здоров'я людей.

Економічна криза болюче позначилась на стані медичної галузі. Зростання медичних потреб населення відбувається при зменшенні можливостей системи охорони здоров'я. Значне скорочення валового внутрішнього продукту призвело до різкого зменшення бюджетних асигнувань на соціальні потреби, зокрема на охорону здоров'я.

Державний бюджет більше не спроможний задовольнити потреби медичної практики і забезпечити її необхідними ресурсами. В умовах гострої нестачі бюджетних коштів усе більша частка медичної допомоги стає платною, що робить її недоступною для значної частини населення.

Жорсткий розподіл коштів, що надходять до системи охорони здоров'я за статтями кошторису, паралізує пошук внутрішньогалузевих резервів.

Серйозні негативні тенденції відмічено і в стані стоматологічної служби. Більшість технологій та обладнання служби не відповідає сучасним вимогам, недостатнє фінансування стоматологічної допомоги ускладнює функціонування служби, а відсутність належної нормативно-правової бази обмежує пошук ресурсів в умовах ринкової трансформації.

Закриття стоматологічних кабінетів у школах призвело до зменшення обсягу стоматологічної санації дітей, унаслідок чого зросли ризики виникнення загальних соматичних захворювань у дітей через наявність постійного джерела інфекції.

Знизилась увага до питань проведення первинної профілактики стоматологічних захворювань, зменшилися звернення громадян до лікувально-профілактичних закладів стоматологічного профілю для отримання зубопротезної допомоги внаслідок зниження рівня життя, що призвело до зростання загальної стоматологічної захворюваності населення.

Указом Президента України від 7 грудня 2000 р. № 1313/2000 окреслені основні напрямки розвитку охорони здоров'я України [1].

В основу Постанови Кабінету Міністрів України "Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації на 2002–2011 роки" від 10 січня 2002 р. № 14 [3] покладено принципи державної політики у сфері охорони здоров'я та принципи політики ВООЗ "Здоров'я-XXI", проте охороноздоровчі стратегії ще не стали реальним підґрунтям для функціонування усіх секторів суспільства, владних структур, державних службовців. Досі залишаються невизначеними механізми та інструменти перетворень, що не дозволяє формувати реалістичну і виважену державну політику розвитку національної системи охорони здоров'я та збереження і зміцнення здоров'я населення України.

За умов, що існують, на забезпечення доступної кваліфікованої стоматологічної допомоги кожному громадянину України спрямовано заходи Програми профілактики та лікування стоматологічних захворювань на 2002–2007 рр. [1].

Важливою складовою Програми є заходи щодо первинної профілактики

Україна
17

стоматологічних захворювань. Особлива увага приділяється оздоровленню дітей-сиріт, дітей, позбавлених батьківського піклування, та контингентів населення з низьким рівнем соціальної підтримки.

Створення місцевих реєстрів стоматологічної захворюваності населення з урахуванням зон ендемічного флюорозу дозволить не лише планувати та здійснювати активні лікувально-профілактичні заходи, а й забезпечувати постійний моніторинг їхньої ефективності.

Поглибленню профілактичної діяльності служби сприятиме і організація в закладах охорони здоров'я стоматологічного профілю спеціалізованих кабінетів профілактики та гігієни порожнини рота. З метою оперативного впровадження вказаного нововведення у практику охорони здоров'я основні наукові колективи регіону повинні опрацювати відповідні методичні рекомендації; на засоби масової інформації лягає обов'язок забезпечити інформаційний супровід структурно-функціональних перетворень.

Блок заходів, спрямованих на зміцнення матеріально-технічної бази стоматологічної служби, передбачає:

– поетапне переоснащення поліклінік, відділень, кабінетів, у першу чергу дитячих;

– забезпечення центральних районних лікарень пересувними стоматологічними установками для запровадження планової санації населення віддалених сільських районів;

– покращення невідкладної стоматологічної допомоги, стаціонарної допомоги хворим із щелепно-лицьовою патологією та зубного протезування верствам населення, що потребують соціальної підтримки.

Таким чином, Указ Президента України “Про Програму профілактики та лікування стоматологічних захворювань на 2002 – 2007 роки” від 21 травня 2002 р. № 475/2002 є планом дій для реалізації пріоритету профілактичної діяльності медичного сектора та стоматологічної служби, зокрема для забезпечення доступності й рівноправності в питаннях охорони здоров'я, що відповідає основним завданням стратегії всесвітньої організації охорони здоров'я “Здоров'я для всіх у XXI столітті”.

Для успішного вирішення завдань Програми в Україні та рівні регіону, необхідно налагодити тісний зв'язок медиків-практиків та науковців, представників центрів здоров'я, громадських організацій та благодійних фондів, забезпечити широке обговорення перебігу та результатів виконання Програми в засобах масової інформації, органам виконавчої влади галузевої компетенції та органам місцевого самоврядування здійснювати функцію координації діяльності партнерів та продовжувати пошук тих, хто зацікавлений в інвестуванні здоров'я.

Література:

1. Указ Президента України “Про Програму профілактики та лікування стоматологічних захворювань на 2002 – 2007 роки” від 21 травня 2002 р. № 475/2002 // Офіційний вісник. – 2002.

2. Указ Президента України „Про концепцію розвитку охорони здоров'я населення України” від 7 грудня 2000 р. № 1313/2000 // Офіційний вісник. – 2000. – № 49.

3. Постанова Кабінету Міністрів України “Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми “Здоров'я нації на 2002-2011 роки” від 10 січня 2002 р. № 14 // Офіційний вісник України. – 2002. – № 9.

УДК 614.255(477.54)

Т.П. ЄФІМЕНКО

ГОТОВНІСТЬ НАСЕЛЕННЯ ТА МЕДИКІВ ДО ВПРОВАДЖЕННЯ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Висвітлено проблеми готовності медиків первинного контакту та населення до впровадження інституту сімейної медицини на селі. Наведено перші результати діяльності амбулаторій сімейної медицини в Харківській області.

Диспропорції в розвитку первинної та спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги стали однією з основних причин реформування галузі охорони здоров'я і визнання пріоритетного розвитку первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) як одного з її стратегічних напрямків [4].

Досвід показує, що лікар загальної практики – сімейний лікар визначає сьогодні багато в чому показники усієї охорони здоров'я [3; 5].

Відповідно до плану поетапного переходу ПМСД на засади сімейної медицини в 2001 р. в Харківській області відкрито 42 амбулаторії сімейної медицини на базі фельдшерсько-акушерських пунктів (ФАП), перепрофільовано у вищезазначені амбулаторії 54 сільські лікарняні амбулаторії та відкрито перші в області відділення сімейної медицини в Балаклійському і Куп'янському районах [1; 2].

Станом на 1 грудня 2002 р. в області працює 155 сімейних лікарів.

Амбулаторії сімейного лікаря надають медичну допомогу 281 тис. населення, що складає 19,3 % усього населення області, у тому числі 180 тис., або 28,9 %, мешканців сільської місцевості.

Сьогодні вже можна підбивати перші підсумки діяльності амбулаторій сімейної медицини, які проводилися за трьома напрямками: соціологічним – шляхом соціологічних досліджень вивчалось ставлення населення і медичних працівників до сімейної медицини, задоволеність медичною допомогою в умовах сімейної медицини; медичним – проводилася оцінка деяких показників діяльності амбулаторій сімейної медицини та стану здоров'я населення, що знаходиться під наглядом сімейного лікаря; економічним – вивчалася економічна доцільність впровадження амбулаторій сімейної медицини.

Під час проведення соціологічних досліджень опитано 164 респонденти з різних районів Харківської області та встановлено, що 90 % опитаних хотіли б, щоб у їхній родині був сімейний лікар, 13 % не визначилися з цього питання, 6 % дали негативну відповідь.

Переважає більшість населення – 63,5 % – хотіла б щоб сімейний лікар наглядав за всією родиною, а 14,8 % вважає, що діти повинні знаходитися під наглядом педіатра.

Деяко інші результати соціологічних досліджень серед медичних працівників.

Лише 41,6 % респондентів на момент впровадження сімейної медицини були прихильниками розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини, 48,7 % не визначилися з цього питання, а 9,7 % дали негативну відповідь.

Слід зазначити, що майже всі прихильники розвитку сімейної медицини не назвали позитивних її рис, попри повне описання і деталізацію в анкетах цих якостей.

Разом із тим противники розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини дуже широко навели недоліки очікуваних результатів унаслідок впровадження сімейної медицини: зниження рівня спеціалізованої медичної допомоги, погіршення фінансування установ охорони здоров'я, велике навантаження на одного сімейного лікаря, погіршення якості медичної допомоги, неможливість забезпечити оптимальний режим праці сімейного лікаря тощо.

Повторне опитування населення та медичних працівників було проведено через шість місяців діяльності амбулаторій сімейної медицини.

Більша частина населення – 78,3 % – задоволена роботою сімейних лікарів. Однак майже 20 % населення вважає, що нічого не змінилося з впровадженням у первинну медико-санітарну допомогу сімейної медицини.

Аналізуючи більш детально анкети цієї частини населення, слід зазначити, що воно мешкало в зоні діяльності амбулаторій сімейної медицини, які дійсно були відкриті, але з деяких причин (тривала хвороба лікаря, декретна відпустка, перебування лікаря на курсах підвищення кваліфікації) фактично продовжували працювати по-старому.

Та частина населення, яка задоволена роботою сімейних лікарів, навела такі позитивні риси, як більш тісне спілкування з сімейним лікарем, зацікавленість сімейних лікарів та середніх медичних працівників у профілактичній роботі, володіння більшим обсягом знань та практичних навичок, бажання хворого розпочати та закінчити лікування саме в амбулаторії сімейної медицини.

Окрім того, майже всі опитані висловлюють задоволення впровадженням позалікарняних форм медичної допомоги – денних стаціонарів – і бажання, у разі необхідності, лікуватися саме в сімейного лікаря в денному стаціонарі.

У даний час в амбулаторіях сімейної медицини Харківської області функціонує 62 денних стаціонари, кількість ліжок у них складає 664, або 23,6 на 10 тис. населення, що втричі вище, ніж середньообласний показник – 7,8 на 10 тис. населення.

В амбулаторіях сімейної медицини сільської місцевості функціонує 58 денних стаціонарів з кількістю ліжок у них – 527. Показник забезпеченості ліжками денних стаціонарів сільського населення з розрахунку на 10 тис. населення становить 8,4.

Проводячи порівняльну характеристику діяльності амбулаторій сімейної медицини за перше та друге півріччя їхнього функціонування, слід зазначити, що кількість стаціонарів, організованих на дому, у другому півріччі збільшилася в 2,7 раза (з 2500 до 6714).

Аналізуючи діяльність амбулаторій сімейної медицини за I та II півріччя їхнього існування, також слід зазначити позитивну динаміку.

У структурі усіх звернень кількість звернень до сімейних лікарів дорослого населення збільшилася з 50,3 до 87,6 %, дитячого населення – з 67,1 до 84,9 %. Змінилася й сама структура звернень до сімейних лікарів. Так, якщо в I півріччі доросле населення з приводу захворювань зверталось до сімейних лікарів у 56,6 % випадків, то в II півріччі питома вага таких звернень становить уже 45 %. Разом із цим зросла кількість звернень, здійснених з приводу диспансеризації (з 10,5 до 11,3 %) та з профілактичною метою (з 15,1 до 20,9 %).

У структурі звернень до сімейних лікарів дитячого населення також спостерігається певна динаміка (з приводу захворюваності – з 12,5 до 37,8, диспансеризації – з 5,5 до 8,3 %, з профілактичною метою – із 33,2 до 32,5 %).

Аналізуючи дані показники, слід відзначити, що, навіть за півроку діяльності амбулаторій сімейної медицини, спостерігається позитивна динаміка у збільшенні обсягів саме профілактичної роботи.

Про більш високу якість профілактичної допомоги населенню свідчить майже удвічі менший відсоток деструктивних форм туберкульозу, що виявляються на дільницях сімейної медицини (28,3 % проти 45,2 % у середньому по районах і 46,9 % серед сільського населення).

Дещо змінилося і ставлення медичних працівників до впровадження в первинну медико-санітарну допомогу сімейної медицини.

Уже 65 % опитаних лікарів первинної ланки з районів області мають бажання працювати сімейними лікарями.

Їх приваблює збільшення заробітної плати, більш висока кваліфікація сімейного лікаря в наданні первинної медико-санітарної допомоги, задоволення роботою, а також безпосередній вплив сімейного лікаря на здоров'я кожного члена сім'ї.

За шість місяців поточного року в області до сімейних лікарів звернулося за медичною допомогою 163620 людей, із них 145662 (89,0 %) розпочали й закінчили лікування безпосередньо в сімейного лікаря, у той час як у дільничних терапевтів цей показник становить лише 40 – 50 %.

Тільки 7,3 % хворих було направлено сімейними лікарями до так званих “вузьких спеціалістів”, собівартість послуг яких вища, ніж у сімейного лікаря, майже в 1,5 раза, лише 3,1 % – госпіталізовано в районні та міські лікарні, ще менше – 0,6 % – в обласні клініки. Причому 88,8 % пацієнтів, що лікувалися в сімейних лікарів, проходили курс лікування амбулаторно, 4,8 % – у денних стаціонарах при амбулаторіях, 4,6 % – у стаціонарах удома, тобто, по суті, також амбулаторно, і лише 1,8 % – у цілодобових стаціонарах дільничних лікарень.

На території дільниць сімейної медицини відзначається суттєве зменшення кількості викликів швидкої медичної допомоги, особливо до хронічних хворих – на 14,2 %, до дітей – удвічі.

Таким чином, деяке збільшення витрат на утримання амбулаторій, порівняно з ФАПами, в декілька разів перекривається економією коштів за рахунок зменшення потреби в консультаціях "вузьких спеціалістів", госпіталізації населення та виїздах бригад швидкої допомоги, при підвищенні якості медичної допомоги та її наближенні до населення.

Література:

1. Постанова Кабінету Міністрів України "Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я" від 20 червня 2002 р. № 989 //Офіційний вісник. –2000. –№ 5.
2. Концепція розвитку охорони здоров'я населення України. – К., 2001. – 30 с.
3. Вибрані матеріали I з'їзду сімейних лікарів України. – К.; Львів, 2001. – 150 с.
4. *Голяченко О.М.* Удосконалення первинної медико-санітарної допомоги населенню в Україні //Соціальна медицина та організація охорони здоров'я. – 1993. –№ 2. – С. 136–150.
5. *Журавель В.И.* Концептуальное видение стратегии и тактики реформирования здравоохранения Украины //Укр. мед. часопис. – 1999. – № 5 (13). – С. 38–42.

УДК 616-085

І.М. ЖОРНИК

ЗАПРОВАДЖЕННЯ СТРАХОВОЇ ТА СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ І ФАРМАЦІЇ

Розглянуто проблеми запровадження та досвід використання і вдосконалення страхової та сімейної медицини і фармації.

У сучасних умовах особливу увагу багатьох громадських організацій, асоціацій учених у галузі фармації та медицини всього світу, у тому числі й України, привертає проблема вдосконалення системи страхової фармації та сімейної медицини і запровадження чи відродження її в країнах, де вже зроблено перші кроки в розробці загальної концепції охорони здоров'я.

Аналіз літературних даних дозволяє зробити висновок про те, що серед західних країн активно вдосконалюється сімейна та страхова медицина, фармація.

На теперішній час у країнах із потужним фінансовим потенціалом сформувався ліберальна модель охорони здоров'я, для якої характерна прив'язаність до виробництва та обігу лікарських засобів (ЛЗ), страхової медицини та фармації, орієнтації медичної та медикаментозної допомоги на оптимальний обсяг за мінімальних витрат (таблиця).

Таблиця

<i>Країна</i>	<i>Витрати на душу населення, дол. США</i>
Австралія	1331
Великобританія	1039
Італія	1426
Канада	1945
Нідерланди	1500
Німеччина	1511
Франція	1869
Швеція	2343
США	2763
Японія	1538
Україна	131

Як видно з таблиці, витрати на потреби охорони здоров'я в Україні в декілька разів менші за такі показники в Австралії, Великобританії, Італії, Канаді, а порівняно з США складають лише 4,7 %.

Останніми роками в системі охорони здоров'я України витрати на одну особу склали 20 – 39 дол., а витрати на придбання ліків на душу населення, враховуючи обсяги реалізації медикаментів, – лише близько 10 дол. США.

Досвід передових розвинених країн світу свідчить про те, що навіть за достатнього фінансування в цих країнах проводиться політика економного, раціонального використання коштів на закупівлю лікарських засобів (ЛЗ) – так звана “формулярна система”. Під формуляром розуміють особливий перелік ЛЗ, який має обмежувальний характер і дозволяє лікарям і фармацевтам використовувати лише ті ліки, які входять до формулярного переліку. Формуляри розробляються окремо для кожного типу лікувального закладу, а на їх базі розробляється формуляр регіону. Відповідно до державних замовлень підприємства спрямовують зусилля на виробництво ЛЗ, у першу чергу, з урахуванням затвердженого формулярного переліку. Причому держава гарантує підтримку власному виробникові ЛЗ.

Стимулювання вітчизняного фармацевтичного підприємства сприяє ротації ліків імпортного виробництва на вітчизняні ефективні, якісні та недорогі ліки, що, як наслідок, безпосередньо заощаджує бюджетні кошти.

Витрати на закупівлю ЛЗ складають суттєву частину бюджету регіону. Передові технології управління такими закупівлями, тобто ефективні методи визначення пріоритетних ліків, розрахунків необхідної потреби, програми відбору та моніторингу діяльності, комп'ютерних програм управління закупівлями тощо тісно пов'язані з управлінням виробництвом ЛЗ. Саме збалансована гармонійна діяльність усіх суб'єктів створення, виробництва і реалізації ліків дозволяє спрямувати політику в галузі фармації та медицини на оптимальне використання бюджетних коштів населення при розробці моделей страхової та сімейної медицини й фармації.

Як видно з досвіду, запровадження страхової медицини і фармації тісно пов'язане з багатьма проблемами, які слід розв'язувати в комплексі. Наприклад, на сьогодні у зв'язку з припиненням централізованого постачання та практики державного замовлення на ЛЗ власного виробництва майже неможливо скласти

програми переліку “формулярів” для забезпечення населення недорогими, якісними та ефективними ліками. До того ж, значну роль відіграють проникнення на фармацевтичний ринок невідомих раніше ліків з усього світу та їх плив’язлива реклама. Така реклама рідко буває об’єктивною, оскільки її характер не інформаційний, а суто рекламний.

Нові ліки іноземного виробництва часто не відрізняються від тих, що вже існують і перевірені, вітчизняних чи імпортованих ЛЗ, але на фармацевтичному ринку України продаються за необґрунтовано завищеною ціною. Інші ЛЗ мають надзвичайно високу токсичність, порівняно з терапевтичним ефектом. Інколи нові ЛЗ просуваються на фармацевтичний ринок України без достатньої інформації щодо їхніх ефективності чи токсичності.

Усе це є надзвичайно важливим для втілення концепції страхової медицини і фармації. Формулярні системи можуть допомогти професіоналам фармації та охорони здоров’я вирішити ці та інші проблеми на шляху до страхової медицини і фармації, для чого потрібно, щоб вони включали: відновлення практики держзамовлення на ЛЗ відповідно до формулярного переліку; обмеження закупівлі імпортованих маловідомих, сумнівних ЛЗ; розподіл та використання ЛЗ, що надходять за гуманітарною допомогою виключно через мережу сімейної медицини та фармації; постійне збільшення кількості терапевтичних альтернатив; запобігання нераціональному призначенню та використанню ЛЗ; сприяння перешкодам щодо надходження на фармацевтичний ринок небезпечних і неефективних ЛЗ; розробку цільових програм навчання та підвищення кваліфікації з проблем страхової та сімейної фармації та медицини.

Як свідчать дослідження, у США лікувальний процес за участю фармацевтів проходить на 20 % ефективніше і дешевше. За рахунок відлагодженої співпраці лікаря і фармацевта хворі на бронхіальну астму в 2 – 3 рази рідше навідуються до лікаря, а лікування коштує на 20–25 % дешевше.

В умовах дефіциту Державного бюджету, складаючи систему виробник-лікар-фармацевт, можна досягти зниження витрат для населення та лікувальних установ при впровадженні страхової та сімейної медицини і фармації.

Таким чином, процес упровадження страхової та сімейної медицини і фармації пов’язаний зі створенням, виробництвом і використанням ЛЗ, особливо в умовах жорсткого дефіциту державних коштів та низької платоспроможності населення.

УДК 614.251

Л. В. ЗЛИВКА

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ОЦЕНКИ ЗАТРАТ НА МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ НА ОСНОВЕ КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИХ ГРУПП

Розглянуто клініко-статистичні групи як основу створення функціонально-вартісної системи (номенклатури) медичних послуг.

Впервые разработка расценок медицинского обслуживания на основе разного рода клинико-статистических групп (КСГ) была применена в США. На основе американской версии КСГ многие европейские страны разработали свои национальные варианты. В Украине, к сожалению, до настоящего времени этой проблеме не уделяется должного внимания.

Клинико-статистическая группировка позволяет оценивать объём работы в зависимости от случаев госпитализации и характера патологии. Эта система определяет также стандарты качества медицинских услуг, учитывающие особенности заболеваний отдельных пациентов. Она позволяет провести анализ деятельности лечебных учреждений по однородным диагностическим группам. При этом срок лечения, технология и объём медицинского обслуживания, включая степень использования вспомогательных больничных служб, а также медико-экономические параметры по однородным КСГ, являются примерно одинаковыми. Полученные на основе обработки огромной статистической информации КСГ являются, по существу, методом измерения общественно необходимых затрат на лечение отдельных заболеваний. Однородность группировок даёт возможность формировать нормативные требования к лечению. Стоимостная оценка этих нормативных требований позволяет проводить соизмерение затрат и результатов. Эти оценки должны лежать в основе условий финансирования стационаров, формирования хозрасчётной деятельности и образования их доходов, расходуемых в дальнейшем на развитие (экономическое и социальное), а также (в соответствии с хозрасчётной моделью) на оплату труда медицинских работников. КСГ можно рассматривать как стандарт оснащённости учреждений здравоохранения лечебно-диагностическим оборудованием, квалификации медицинского персонала, организации лечебно-диагностического процесса.

Возможны отклонения от нормативных требований КСГ, причем отклонения могут быть в лучшую сторону. И это одно из условий материального стимулирования трудового коллектива. Ведь выгода от более эффективного использования ресурсов, в сравнении с нормативными характеристиками, в конечном счёте отражается на величине фонда оплаты труда персонала, образующегося в качестве остатка валового дохода за вычетом материальных затрат, а также расходов на увеличение фонда развития стационаров.

Однако отклонения могут быть и в худшую сторону. Эти отклонения свидетельствуют о недостатках в организации самой работы больницы, которые, в конечном счёте, снижают уровень оплаты труда её работников. Устранение этих недостатков, более рациональное использование ресурсов, выделяемых в соответствии с КСГ на лечение, – все это обеспечивает сокращение затрат и соответствующее увеличение фонда оплаты труда работников больницы. Таким образом, система КСГ способствует эффективному использованию труда работников лечебных учреждений. В соответствии с её требованиями финансирование лечебных учреждений ставится в прямую зависимость от изменения объема и качества реально оказанной медицинской помощи.

КСГ позволяют усовершенствовать организацию аттестации и специализации

медичинських кадрів з урахуванням кваліфікаційних вимог, передбачених стандартами по кожній КСГ.

Будучи не тільки денежним, но і натуральним індикатором обсягу медичинської допомоги, КСГ коренним образом меніює організаційно-матеріально-технічне забезпечення лікувальних закладів. КСГ ретко зменшує обсяг документообігу в лікувальному закладі. Медичинське обслуговування по стаціонарному відділу може бути представлено 450-500 КСГ, які характеризуються двома загальними показателями: нормативним строком лікування і нормативними (денежними) витратами окремих видів ресурсів. При цьому КСГ враховують також і певний відсоток виняткових випадків захворювань, не вкладаються в звичайні (стандартні) межі лікування.

КСГ як стандарти якості і нормативи ефективності значно спрощують проведення аналізу всіх рівнів: "структури", "процеса" і "результатів" системи медичинського обслуговування.

Система КСГ забезпечує впровадження лікарняного і амбулаторно-поліклінічного методів обліку і оцінки результативності діяльності, характерної для організації масового обслуговування. При цьому вона дозволяє оцінити кожен випадок лікування захворювань в денежній формі і на цій основі представити масштаби діяльності стаціонара або поліклініки з допомогою стоимісних показувачів.

Система КСГ може бути використана не тільки як "прейскурант медичинських послуг" (без цього неможливо їх фінансування). З її допомогою можлива об'єктивна оцінка результативності медичинського обслуговування на різних рівнях його організації. Появляється можливість порівняння умов діяльності різних лікарень і поліклінік по їх кінцевим результатам. Крім того, КСГ – це і спосіб денежної оцінки медичинських послуг в межах суспільних фондів споживання. Традиційно використовувалися в цих цілях показувачі витрат з державного бюджету і інших джерел не в повній мірі узгоджені з реальними змінами масштабів медичинського обслуговування. Ці витрати, як правило, зростають, але обсяг і якість медичинських послуг зазвичай зменшуються. Використання КСГ дає їм більш правильну оцінку.

УДК 332.145

В.Ф. ЗОЛОТАРЬОВ

ОРГАНІЗАЦІЙНО-ЕКОНОМІЧНИЙ МЕХАНІЗМ РЕГІОНАЛЬНОГО УПРАВЛІННЯ ЛІТНІМ ОЗДОРОВЛЕННЯМ ДІТЕЙ

Розглянуто проблему запровадження організаційно-економічного механізму регіонального управління процесами підготовки та проведення літнього дитячого оздоровлення на прикладі Харківської області. Зроблено пропозиції до Державної цільової програми оздоровлення та відпочинку учнівської молоді.

Згідно зі ст. 49 Конституції України, “Кожен має право на охорону здоров’я” [1, с. 18]. Актуальними питаннями сьогодення в цьому контексті є проблема оздоровлення дітей та підлітків.

На жаль, тенденція щодо скорочення кількості дитячих оздоровчих закладів та зменшення дітей, що мають змогу оздоровитися, набула сталого характеру.

Про ці ж тенденції свідчать і результати соціологічних досліджень, які були проведені Українським інститутом соціальних досліджень. Кожна третя сім’я, яка має дітей віком до 16 років, не може оздоровити дітей. Серед причин значна більшість опитаних зазначили відсутність коштів та неможливість отримати пільгову путівку.

Усе це свідчить про необхідність опрацювання певного механізму управління з метою подолати негативні тенденції в оздоровленні дітей в літній період.

У цьому напрямку Харківська область має певні напрацювання.

Програмою економічного і соціального розвитку області на 2002 р. передбачено, що “протягом року буде продовжена робота по організації оздоровлення дітей, підлітків та студентів на рівні не нижче минулого року” [2, с. 38].

На рівні облдержадміністрації прийнято розпорядження, в якому визначено організаційно-економічний механізм управління оздоровленням та планування оздоровлення дітей.

Як організаційний механізм у вирішенні цього питання слід розглядати визначення координаторів справи – управління у справах сім’ї та молоді разом з об’єднанням профспілок області; з’ясування вимог і завдань управлінь та відділів облдержадміністрації, обласних служб, місцевих державних адміністрацій, міськрайвиконкомів, профспілкових об’єднань щодо забезпечення повноцінного відпочинку, оздоровлення, лікування дітей у літній період, максимального використання можливостей усіх зацікавлених організацій та оздоровчих закладів; вибір пріоритетних форм оздоровлення; планування кількості дітей за районами та містами області, які будуть охоплені активними формами оздоровлення та відпочинку; визначення підходів до підготовки кадрів та проведення семінарів з різноманітними категоріями працівників, форм та методів здійснення контролю за виконанням зазначеної Програми, звітності.

Економічний механізм організації оздоровлення дітей передбачає, по-перше, виділення з обласного бюджету певних коштів на оздоровлення дітей пільгових категорій та проведення відповідного тендеру на використання цих коштів серед замських дитячих оздоровчих таборів та санаторіїв, також коштів міських, районних бюджетів, підприємств та організацій; по-друге – розроблення пакету тендерної документації; по-третє, погодження механізму дольової участі місцевого відділення Фонду соціального страхування України та міських, районних бюджетів, коштів підприємств та організацій у сплаті частини вартості путівок до дитячих оздоровчих таборів; по-четверте, відпрацювання порядку подання та форм звітності з дитячими оздоровчими закладами, органами освіти, статистики.

До початку оздоровлення дітей головою облдержадміністрації були проведені три селекторні наради з цього приводу з керівниками управлінь облдержадміністрації, зацікавлених обласних служб, райдержадміністрацій,

раймських виконкомів, керівниками профспілкових органів, відповідних підприємств та організацій.

За підсумками тендеру серед оздоровчих закладів на право оздоровлення дітей пільгових категорій за кошти обласного бюджету визначені краєві табори. Виходячи з пропозицій з боку районів та міст області складено план оздоровлення дітей, у тому числі тих, які потребують першочергового оздоровлення та санаторно-курортного лікування.

Рішенням обласної ради на оздоровлення дітей пільгових категорій з обласного бюджету виділено 1,5 млн грн. З фонду соціального страхування на оздоровлення дітей направлено близько 4,0 млн грн.

Вжиті заходи дозволили на достатньо високому організаційному та якісному рівні провести дитячу оздоровчу кампанію в області.

Улітку працювало понад одна тисяча оздоровчих закладів, в яких різними видами оздоровлення було охоплено 268 тис. дітей, у тому числі в заміських оздоровчих закладах відпочило понад 34 тис. дітей.

Органами санітарно-епідеміологічної служби та державного пожежного нагляду була перевірена готовність дитячих оздоровчих закладів до роботи в літній період.

Для організації оздоровлення та відпочинку дітей шкільного віку використовувались також такі форми: пришкольні оздоровчі табори, майданчики, профільні табори, табори праці та відпочинку, табори для дітей, схильних до правопорушень, походи, подорожі тощо.

У дитячих дошкільних закладах оздоровлення було організовано шляхом переведення цих закладів на санаторний режим роботи. Оздоровлення включало вітамінізоване харчування, максимальне перебування на повітрі, достатню рухову активність.

Але в цілому слід відзначити, що є певні недоліки та значні ресурси в підвищенні ефективності дії організаційних та економічних механізмів щодо проведення якісного та змістовного оздоровлення дітей.

Необхідна державна цільова програма оздоровлення й відпочинку дітей та учнівської молоді. Як основні завдання програми слід визначити таке: удосконалення нормативно-правової бази, поліпшення якості оздоровчих послуг, зміцнення кадрового потенціалу та підвищення статусу працівників дитячих оздоровчих таборів, збільшення фінансування дитячої оздоровчої кампанії, досягнення інтеграції зусиль та коштів центральних і місцевих органів державної виконавчої влади та органів місцевого самоврядування, установ та організацій у даному напрямку. Так, уже три роки поспіль на ці цілі з обласного бюджету постійно виділяється однакова сума, а сума, виділена з Державного бюджету, у цьому році навіть менша, ніж у 2001 р. Необхідно на центральному рівні визначитися з єдиним переліком звітної документації за підсумками оздоровлення дітей. Корисним було б також надання пільг із ПДВ усім санаторно-курортним оздоровчим закладам, які здійснюють оздоровлення дітей пільгового контингенту, що дозволило б можливість їх оздоровити у більшій кількості. Кабінетові Міністрів України потрібно заздалегідь готувати відповідну постанову, у

Державному бюджеті України на наступний рік – закладати фінансові кошти на оздоровлення дітей.

Запровадження цих заходів дозволить підвищити ефективність виконання Національної програми “Діти України” в частині літнього оздоровлення та відпочинку дітей та підлітків.

Література:

1. Конституція України – основа реформування суспільства. – Х.: Право, 1996. – 96 с.
2. Про програму економічного і соціального розвитку Харківської області на 2002 рік // Рішення XX сесії XXIII скликання від 27 грудня 2001 р. – Х., 2002.

УДК 615.014

Г.В. ІВАНЧАК

СУЧАСНІ ТРАНСФОРМАЦІЙНІ ПРОЦЕСИ У ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ СЕКТОРІ ЕКОНОМІКИ

Проаналізовано діяльність фармацевтичної галузі України в умовах перехідного періоду. Обговорено окремі напрямки її оптимізації.

Фармацевтична галузь – одна з провідних у загальній структурі національної економіки. Основні завдання охорони здоров'я та ключові напрямки трансформаційних процесів у фармацевтичному секторі економіки останніх років визначені такими стратегічними документами: Концепція розвитку охорони здоров'я населення України; Послання Президента України до Верховної Ради України “Україна: поступ у ХХІ століття. Стратегія економічного і соціального розвитку на 2002-2004 роки”; міжгалузева комплексна програма “Здоров'я нації”, Закон України “Про підтримку фармацевтичної промисловості” [1-3].

Виробництво лікарських засобів належить до найбільш пріоритетних та соціально значущих напрямків розвитку і структурної перебудови економіки України. Від стану справ у цій галузі значною мірою залежать можливості держави в підтриманні здоров'я нації та зміцнення економічної незалежності [2].

В Україні фармацевтичне виробництво не належить до лідерів, але, безсумнівно, воно має значний потенціал. Виходячи з Концепції розвитку охорони здоров'я населення України, уряд повинен вкладати кошти, насамперед, у ті галузі промисловості, які можуть забезпечити найшвидшу віддачу. Саме такою є фармацевтична промисловість, яка в змозі повернути у бюджет втричі більше коштів, ніж було вкладено в її розвиток. У всьому світі виробництво фармацевтичних препаратів є однією з найрентабельніших галузей.

Відомо, що фармацевтичне виробництво не є звичайним бізнесом, воно

знаходиться в тісному зв'язку зі сферою охорони здоров'я населення. Тому виробника передусім має турбувати питання забезпечення високої якості лікарських засобів, що випускаються на його підприємстві.

У період переходу до ринкової економіки фармацевтичної промисловості вдалося не лише зупинити падіння обсягів виробництва, але й поступово розширити номенклатуру, обсяг випуску й реалізації лікарських засобів, довівши конкурентоспроможність своєї продукції на ринку із засиллям імпортних препаратів. Фармацевтична сфера, основу якої складає вітчизняна фармацевтична промисловість, в Україні вже сформувалась. Її осердиям є Київ, Харківська, Львівська, Донецька області.

Сьогодні на фармацевтичному ринку України активно працюють вітчизняні виробники: ЗАТ ФФ "Дарниця", ВАТ "Київмедпрепарат", ВАТ "Фармак", НВЦ "Борщагівський ХФЗ", ФФ "Здоров'я", ВАТ "Галичфарм" та ін. Високими темпами зростає вітчизняне виробництво лікарських засобів. Упродовж 2002 р. на фармацевтичних підприємствах України розроблено для впровадження у виробництво 23 нових лікарських засоби.

У 2001 р. обсяг виробництва вітчизняної фармацевтичної продукції становив 1,7 млрд грн, а за шість місяців 2002 р. – 872,7 млн грн, що у фактичних цінах на 5,1 % (або на 42,5 млн грн) більше, ніж за відповідний період 2001 р. [4].

Частина обсягу продукції вітчизняних виробників на українському фармацевтичному ринку нині досягла 45,5 % [3].

У минулому році за рахунок власних коштів підприємств освоєно 90 лікарських засобів десяти фармакологічних груп. Обсяги вітчизняного виробництва лікарських засобів потрібно нарощувати, по-перше, тому, що переважна більшість із них дешевша, порівняно із зарубіжними лікарськими засобами (за деякими позиціями на 20 – 60 %), по-друге, стимулювання вітчизняного виробника – це поштовх для розвитку української економіки. Державою здійснюється політика підтримки вітчизняного виробника, хоча її реалізація ускладнюється низкою об'єктивних і суб'єктивних причин.

Фармацевтична галузь має стратегічний документ, згідно з яким розвиток асортименту лікарських засобів та створення нових виробництв мало б відбуватися інтенсивно. Це Комплексна програма розвитку медичної промисловості на 1998 – 2003 рр., затверджена постановою Кабінету Міністрів від 18 грудня 1996 р. Вона передбачала освоєння 250 нових лікарських препаратів майже всіх фармакологічних груп і потребувала фінансування в обсязі 50 млн грн, у цінах 1996 р. Однак фактично профінансовано трохи більше 3 %. Ще гірше становище склалося зі створенням нових виробництв. Фінансування централізованих капітальних вкладень, що передбачалися Комплексною програмою, а також іншими національними програмами, практично відсутнє з 1998 р. Через нестачу 5 млн грн у 2000 р. так і не було введено в дію виробництво антибіотиків у м. Ладижині. З тієї ж причини не введено в дію державний завод "Львівлікпрепарати" (потрібно близько 12 млн грн). Не реконструйовано Одеський завод бактерійних препаратів, що, до речі, був другим після станції Л. Пастера у світі та єдиним у колишньому Радянському Союзі виробником вакцин. Він міг забезпечити потребу України у вакцинах у

повному обсязі, але на його реконструкцію необхідно 11 млн грн. Важливість львівського та одеського виробництв для України зрозуміла, адже зараз держава на закупівлю вакцини за кордоном витрачає близько 60 млн грн. У минулому році в хіміко-фармацевтичній промисловості обсяг виробництва зріс на 29,9 %. Цей показник був би нижчим на 4,5 %, якби не ввели в дію завод "Індар", що виробив продукції на 82 млн грн. Тільки інсуліни "Індару" забезпечили 43% потреби хворих у цих ліках [4].

Головним чинником підтримки вітчизняного виробника є податкова політика в країні. Визначати її спрямованість – виключно державна прерогатива. Міністерство охорони здоров'я неодноразово подавало до комітетів Верховної Ради України пропозиції щодо Податкового кодексу. Пропозиції стосовно оподаткування спрямовано переважно на здешевлення лікарських засобів у виробничій сфері та відтворення конкурентоспроможності української фармацевтичної промисловості. До речі, Росія цей шлях пройшла ще три роки тому. Йдеться про звільнення від оподаткування: прибутку підприємств, що буде отриманий від реалізації життєво необхідних лікарських засобів; продукції на експорт; прибутку, що спрямовується на розвиток виробництва, реконструкцію і технічне переоснащення, поповнення обігових коштів підприємств.

У разі прийняття цих пропозицій обсяги виробництва продукції підприємствами галузі до 2005 р. зростуть більш ніж на 700 млн грн, а рівень забезпеченості населення доступними за ціною ліками та ефективність використання бюджетних коштів підвищаться в 1,5 раза [5].

Обравши шлях у напрямку інтеграції в європейську спільноту, у питаннях, що стосуються сучасних трансформаційних процесів у фармацевтичному секторі економіки, потрібно цілеспрямовано й послідовно впроваджувати принципи, котрі дозволять вирішити два завдання: захист здоров'я населення та забезпечення на ринку вільного обігу фармацевтичної продукції. Це є міжнародним стандартом, який покладено в основу всіх європейських норм і документів. Сучасні трансформаційні процеси у фармацевтичному секторі економіки, в яких формуються відносини на фармацевтичному ринку, вимагають дальшого вдосконалення процесу державного регулювання діяльності фармацевтичної галузі. Саме під цим кутом зору необхідно оцінювати зроблені кроки.

Література:

1. Закон України "Про підтримку фармацевтичної промисловості" від 10 червня 1999 р. № 1034 // Уряд. кур'єр. – 1999. – 28 жовтня (№ 203). – С. 9.
2. Концепція розвитку охорони здоров'я населення України // Офіційний вісник. – 2000. – № 49. – С. 6–13.
3. Кучма Л. Д. Послання Президента України до Верховної Ради України 2000 р. Україна поступи у XXI століття. Стратегія економічного та соціального розвитку на 2000-2004 рр. // Уряд. кур'єр. – 2000. – 23 лютого (№ 34). – С. 5-12.
4. Москаленко В. Ф. Підсумкова колегія МОЗ України за I півріччя 2002 р. // Аптека. – 2002. – № 29(350). – С. 6.

5. Маргітич В. Україна прискорює вступ до СОТ. Ринок в умовах перехідної економіки // Аптека. – 2002. – № 33(354). – С. 4.

УДК 615.4

Д.В. КАРАМЫШЕВ, А.С. НЕМЧЕНКО

ПРЕДПОСЫЛКИ ВВЕДЕНИЯ ФОРМУЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ В УКРАИНЕ

Висвітлено питання запровадження національної формулярної системи для раціонального використання лікарських засобів.

Существующая в Украине система охраны здоровья в последние годы, к сожалению, не претерпела каких-либо существенных изменений. В результате, на фоне практически полного износа материальной базы, крайне низкого бюджетного финансирования и консервативных подходов к организации, мы, растеряв то, что имели, не создали ничего нового, что могло бы вывести наше здравоохранение из кризиса.

Назначения врачей, как правило, базируются на исторически сложившихся традициях, личных алгоритмах и устаревших сведениях.

Необоснованное прописывание лекарств экономически неоправданно и связано с колоссальными, порой неадекватными затратами на лечение, в то же время на истинное целевое лечение ни у государства, ни у большинства граждан попросту не хватает средств.

Вышеперечисленные проблемы могут быть решены путем государственных, управленческих и образовательных мер, одной из которых является внедрение в практику лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) формулярной системы.

Формулярная система (ФС) – это механизм, основанный на критериях доказательности, обеспечивающий затратно-эффективное рациональное использование лекарственных препаратов в соответствии с установленными стандартами.

Данная система является многоуровневым комплексом взаимосвязанных мероприятий – это качественно новый подход к решению проблемы рационального использования лекарств и элемент государственной политики в сфере обращения лекарств в настоящее время. Внедрение ФС в практику здравоохранения позволит решить ряд проблем в сфере лекарственного обращения. ФС включает в себя ряд компонентов, а именно формулярную комиссию, формулярный список лекарств (формуляр), формулярный справочник, стандарты (протоколы) качества лечения, методику регистрации и анализа побочных действий лекарств, программу оценки использования лекарств.

Основные функции формулярной системы следующие:

– гарантия обеспечения больных качественным лечением;

- определение и разработка проблемно ориентированных и совершенных методов рациональной фармакотерапии распространенных заболеваний;
- определение безопасных, наиболее эффективных с клинической и экономической точек зрения лекарственных препаратов;
- обеспечение контроля правильности использования препаратов и принятие мер по предотвращению и исправлению ятрогенных ошибок фармакотерапии;
- широкое распространение объективной доказательно обоснованной медико-фармацевтической информации среди всех участников процесса здравоохранения;
- введение профессионального системного образования;
- тщательный анализ структуры заболеваемости, доказательно обоснованные сведения по наиболее клинически эффективным, безопасным и экономически выгодным лекарственным препаратам, данные исследования уровня их потребления и стоимости лечения каждого заболевания.

Формуляр является динамически развивающимся документом, с постоянно уточняющимся и пополняющимся содержанием отдельных разделов и статей.

Формуляр носит ограничительный характер и поощряет использование только тех лекарственных средств, которые включены в него. Этим достигается значительное сокращение номенклатуры лекарств, повышается терапевтическая эффективность и упрощается процесс лекарственного обеспечения.

Формулярные списки отличаются от перечня жизненно важных средств своей функциональностью, т.к. они регламентируют закупки и использование лекарственных средств.

Этапы разработки и внедрения ФС в практику ЛПУ на основании опыта ряда стран, в том числе Российской Федерации, можно представить следующим образом:

1. Подготовительный этап;
2. Этап разработки формулярного списка и издания формулярного справочника;
3. Этап обеспечения функционирования ФС.

Успешность согласованной работы всех звеньев ФС зависит от понимания и принятия всех принципов всеми работниками на всех уровнях здравоохранения. Наиболее успешно ФС работает тогда, когда она становится частью концепции и плана развития здравоохранения. Сотрудники органов здравоохранения должны принять идею использования ограниченного числа лекарственных средств (ЛС), врачи должны быть готовы изменить свои модели назначения лекарств. Закупки ЛС должны ориентироваться на формулярный список.

Частью подготовительного этапа являются рабочие совещания с сотрудниками ЛПУ, а также семинары, на которых объясняется текущая обстановка в сфере лекарственного обращения ЛПУ, суть и принципы ФС, этапы ее внедрения, возможные преимущества, которые даст внедрение ФС в практику ЛПУ.

На уровне города (области) это подразумевает создание формулярно-терапевтического комитета, отвечающего за разработку списка лекарственных средств, утвержденных для использования и закупок местными лечебными

учреждениями. В идеале, такой список составляется путем тщательного анализа структуры заболеваемости (по каждой отдельной нозологии). В дальнейшем такой список лекарств может быть издан в виде справочника-формуляра, дающего врачам и провизорам данного региона базовую информацию о применении соответствующих лекарственных препаратов, т.е. должна учитываться региональная специфика.

Формулярная система предполагает разработку формулярных списков разного уровня на основе более широкого национального перечня жизненно важных лекарств.

Основными критериями для принятия решения о включении лекарственного средства в формулярный список являются следующие:

1. Документирование его терапевтической эффективности и безопасности на основе метаанализа данных доказательной медицины;

2. Приемлемый коэффициент затратно эффективного соотношения.

По окончании формирования формулярного списка он утверждается ФК и издается приказ об обязательности использования формуляра врачами и лицами, ответственными за закупку лекарственных препаратов. Таким образом, формуляр становится документом, обязательным для исполнения. Формулярный список пересматривается ФК не менее, чем один раз в год.

Национальная формулярная система является многоуровневой структурой: национальный формуляр, региональный формуляр, формуляр лечебного учреждения.

Развитие социально ориентированного здравоохранения в условиях рыночной экономики диктует наряду с внедрением новых медицинских технологий и создание Национального формулярного комитета. Формулярный комитет – рабочая группа компетентных специалистов, ответственных за все аспекты работы формулярной системы.

Задачами формулярного комитета являются:

1. Разработка и внедрение профессиональной политики отбора лекарственных средств;

2. Определение ограничительного перечня лекарственных средств, для практического применения;

3. Определение критериев оценки лекарственных средств и рекомендации по их включению в формуляр (исключению из него);

4. Планирование и проведение программ постоянного мониторинга и оценки использования лекарственных средств, для обеспечения их рационального применения, ведения закупок, необходимого информационного обеспечения;

5. Разработка оптимальных методов ведения рациональной фармакотерапии распространенных заболеваний (практических рекомендаций – стандартов лечения);

6. Оказание помощи в разработке медико-фармацевтической информации, определении потребности в образовательных программах повышения профессиональной квалификации по вопросам применения лекарственных препаратов.

Национальный формуляр может служить основой политики рационального использования лекарственных средств. Принятие национальной формулярной системы можно сравнить с введением "единой валюты" в здравоохранении.

Таким образом, формулярная система представляет собой информационно-методологическую доктрину, которая поднимет отечественное здравоохранение на качественно новый уровень и будет способствовать интеграции Украины в мировое и европейское сообщество.

УДК 616.12-008.331.1-084-08

*С.Н. КОВАЛЬ, В.С. КОНЬКОВА,
М.М. ДУНАЕВСКАЯ, Л.В. МАСЛЯЕВА*

О ХОДЕ РЕАЛИЗАЦИИ НАЦИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ХАРЬКОВСКОМ РЕГИОНЕ

Висвітлено результати дослідження, що його метою стало вивчення захворюваності на артеріальну гіпертензію, частоти розвитку ускладнень, якості діагностики та адекватності лікарської допомоги в Харківському регіоні в період із 1996 по 2001р.

Одним из самых распространенных сердечно-сосудистых заболеваний является артериальная гипертензия (АГ) [3]. По данным официальной статистики, в Украине в 1999 г. было зарегистрировано свыше 6,5 млн людей с АГ, что составляет 15,9 %, однако по результатам эпидемиологических исследований повышенное артериальное давление имеют 44,2 % взрослого населения страны [1]. Население Украины недостаточно информировано в отношении АГ и возможности предупреждения ее осложнений. Отмечается низкий процент выявляемости больных АГ. Неудовлетворительно организованы диагностика и лечение заболевания. Не работают механизмы, стимулирующие граждан к бережному отношению к своему здоровью и его укреплению. Таким образом, АГ стала для Украины национальной социальной проблемой. В этой связи Президентом Украины был подписан Указ "О Программе профилактики и лечения артериальной гипертензии в Украине" от 4 февраля 1999 г. № 117/99, послуживший признанием того факта, что борьбу с сердечно-сосудистыми заболеваниями, которые приняли характер эпидемии, нанося обществу значительный ущерб, нужно начинать безотлагательно. Несомненно, эффективность Программы будет определяться, прежде всего, активной ее реализацией на региональном уровне, в связи с чем Институтом терапии АМН Украины инициировано создание Координационного совета по выполнению Программы, создан Харьковский областной центр по профилактике и лечению АГ.

В рамках реалізації Програми проведено дослідження, метою якого стало вивчення захворюваності АГ, частоти розвитку ускладнень, якості діагностики та адекватності лічної допомоги хворим цією хворобою в Харківському регіоні за період з 1996 г. по 2001 г.

В ході здійснення роботи проаналізована медико-статистична документація за 1996 – 2001 гг. [2], проведено анкетування 118 хворих та 62 лікарів (терапевти, кардіологи) для в'яснення їх відношення до профілактики АГ, доступності та якості діагностики та лічної допомоги.

Результати дослідження свідчать про неуклонний ріст в регіоні рівня захворюваності АГ. Так, захворюваність на 100 тисяч населення в 2000 г. склала 1168, в той час як в 1996 г. – 1023 на 100 тисяч населення. Особу тривогу викликає тенденція до зростання захворюваності АГ у підлітків: лише за період 1999-2000 гг. зареєстровано 47 випадків вперше виявленої АГ у підлітків. Як показали дослідження, звертатися населення з-за незначущості захворювання на ранніх стадіях дуже низька і становить менше 10 %, і тому однією з найважливіших завдань першого етапу реалізації Програми є виявлення хворих артеріальною гіпертензією на ранніх стадіях захворювання. З цією метою проводяться широкомасштабні заходи по вимірюванню артеріального тиску у різних шарах населення, починаючи з підліткового віку.

Найбільш несприятлива ситуація по поширеності та захворюваності АГ відзначається в сільських районах Харківської області, особливо Волчанському, Ново-Водолажському, Красноградському.

Проведений аналіз захворюваності цереброваскулярною патологією в Харківському регіоні показав, що за останні десять років цей показник значно зріс: в 1990 г. він становив 389, а в 1999 г. – 720,73 випадків на 100 тисяч населення (в цілому по Україні цей показник був 434,0 і 840,63 на 100 тисяч населення, відповідно). Такі неутішительні цифри можна привести і по показателям смертності населення Харківської області від хвороб серцево-судинної системи: за 1990 г. смертність від цієї патології становила 707,6, в 2000 г. – 1063,2 випадків на 100 тисяч населення. Були проаналізовані причини такого негативного зростання показників захворюваності та смертності. Без сумніву, можна говорити про соціальні причини – підвищення темпів життя, урбанізація, стреси, погіршення матеріального положення населення, безробіття, поява нових факторів ризику серцево-судинних захворювань (екологічних і др.), що, в кінцевому підсумку, впливає на стан здоров'я нації. Відзначено низьку освіченість населення (особливо сільських районів) про наявність у хворого підвищеного артеріального тиску, про необхідність його контролю та своєчасного систематичного лічення АГ. Аналіз стану медичної допомоги хворим АГ показав погіршення ситуації по забезпеченості кардіологами населення Харківської області – з 0,6 до 0,47 на 10 тисяч населення. Відзначено також зниження числа кардіологічних коек – з 3,2 до 2,7 на 10 тисяч населення. Якість діагностики есенціальної та симптоматичних АГ в сільських районах області залишається дуже низькою з-за

неудовлетворительной диагностической базы.

Существующие в настоящее время трудности в амбулаторно-поликлиническом звене делают проблематичным проведение лечебно-профилактических мероприятий в полном объеме всем больным артериальной гипертензией. Помощь в этом вопросе могут оказать кабинеты и центры профилактики, но число их явно недостаточно.

По данным опроса больных, распространенность факторов риска АГ составила: низкая физическая активность – 76 %, злоупотребление поваренной солью – 14 %, избыточная масса тела – 29 %, курение – 39 %. Приверженность больных АГ к постоянному лечению отмечена лишь у 5 % опрошенных, 69 % пациентов лечатся нерегулярно и еще 26 % вообще не принимают антигипертензивных препаратов. К наиболее “популярным” антигипертензивным препаратам отнесены: в сельских районах – адельфан (67 %) и антагонисты кальция короткого действия (14 %), в городе – ингибиторы АПФ (23 %), бета-блокаторы (8 %) и препараты второго ряда и короткодействующие антагонисты кальция (более 40 %).

Анализ качества диагностики АГ показал, что симптоматические АГ в поликлинических условиях выявляются крайне редко (1,8 %), при этом, как правило, при подозрении на симптоматический характер гипертензии больной направляется для дообследования в специализированные отделения стационаров. До 2000 г. статистический учет вторичных гипертензий в поликлиниках Харькова проводился крайне неудовлетворительно. Опрос врачей городских поликлиник показал, что на первом месте по частоте назначаемых антигипертензивных препаратов находятся ингибиторы АПФ и фиксированные формы ингибитора АПФ + диуретик (48,7 %), бета – блокаторы и антагонисты кальция (продолжительные формы) занимают второе место (29 %), однако, как отмечают участковые терапевты, приверженность к систематическому лечению у больных АГ (особенно пожилого возраста) низкая – в среднем лишь 20 % больных лечатся регулярно.

В связи с этим в рамках выполнения Национальной программы профилактики и лечения артериальной гипертензии в Харьковской области налажена работа пунктов бесплатного измерения артериального давления. Намечен план первоочередных мероприятий, начата разработка методических материалов, в частности по системе динамического контроля за эпидемиологической ситуацией (мониторинг), разослана информационная справка о деятельности по реализации Программы на местах, проводится организационно-методическая помощь врачам практического здравоохранения. Оказывается высококвалифицированная диагностическая и лечебная помощь населению сельских районов силами врачей-кардиологов ведущих клиник Харькова и сотрудниками научно-исследовательских институтов. В 2001 г. областным Управлением охраны здоровья предприняты конкретные шаги по укомплектованию штатов и укреплению материальной базы кардиологической службы Харьковской области, внедрению в практику здравоохранения системы принципов семейной медицины. Проводятся циклы лекций, дни терапевта и кардиолога для врачей практического здравоохранения,

где постоянно освещаются проблемы диагностики и лечения АГ, необходимость модификации образа жизни больных АГ с учетом имеющихся у них факторов риска.

Программа профилактики и лечения АГ в Харьковском регионе стала единым методическим руководством для проведения широкой информационно-просветительской работы в средствах массовой информации, развернута пропаганда здорового образа жизни в печати, на радио и телевидении, проводится работа по организации и функционированию школ для больных артериальной гипертензией.

Литература:

1. Смірнова І.П., Горбась І.М., Кваша О.О. Артеріальна гіпертензія: епідеміологія та статистика // Укр. кардіологічний журн. – 1998. – № 6. – С. 3–8.
2. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні: Довід. – К., 2001.
3. Hypertension control.: Report of a WHO Expert Committee. – WHO Geneva. 1996; 86.

УДК 615.15:37

Т.В. КОЖУХОВА

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПОДГОТОВКЕ И ПОВЫШЕНИЮ КВАЛИФИКАЦИИ РУКОВОДИТЕЛЕЙ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ПРЕДПРИЯТИЙ

Розглянуто питання професійного добору на основі діагностування професійно важливих якостей особистості майбутнього керівника у світлі функціонування системи професійної фармацевтичної освіти, зокрема підвищення кваліфікації керівників.

Современный период развития общества – это время радикальных перемен всех сфер человеческой деятельности. Нынешнему обществу нужны не просто специалисты в традиционном понимании этого слова, а профессионалы. Сегодня резко возрастает спрос на компетентность и инициативу, самостоятельность и нестандартность мышления каждого специалиста. Чтобы человек был востребован как профессионал, он должен:

- владеть имеющимися средствами производства;
- уметь овладевать новыми средствами производства;
- создавать собственные средства для достижения производственных целей.

Такое непрерывное профессиональное развитие делает практическую деятельность человека более гибкой, подвижной, чувствительной к любым

изменениям в непрекращающемся технологическом процессе. Этим обусловлено усложнение задач, которые ставятся в профессиональном образовании руководителей предприятий и учреждений фармацевтической отрасли.

Управление, или менеджмент, – это, с психологической точки зрения, деятельность, направленная на создание у других людей (подчиненных, партнеров, других руководителей) таких психологических состояний, качеств, которые способствуют достижению цели управления. Любую задачу руководитель решает через свое взаимодействие с людьми. Таким образом, руководитель фармацевтического предприятия должен быть профессиональным управленцем, человеком, который, имея соответствующий уровень профессиональной компетентности, сознательно использует научно обоснованные приемы, способы воздействия на других сотрудников.

Управленческая деятельность, независимо от должности, имеет следующие основные (универсальные) функции: разработка и принятие управленческого решения (планирование), организация его выполнения, коррекция и регулирование, учет и контроль [1].

Анализ психологических аспектов содержания каждой из вышеперечисленных функций указывает на наличие таких компонентов процесса управления, как диагностический, прогностический, проектировочный, организаторский, коммуникативный, мотивационный, сравнительно-оценочный, эмоционально-волевой, гностический.

Все эти компоненты позволяют выделить ряд психологических характеристик, определяющих психологический портрет управленца. На основании психодиагностики таких качеств обычно и делается окончательный вывод о перспективности сотрудника на предмет использования его на управленческой должности. Профессионально значимые качества (ПЗК) руководителя определяют его управленческий потенциал, т.е. основанную на знаниях психологии способность видеть причины и следствия происходящих событий, умение влиять на их развитие и разрабатывать стратегию и тактику взаимодействия с сотрудниками, партнерами и конкурентами в нынешних нестабильных экономических условиях, когда постоянно возникают проблемные ситуации [3].

Основной тенденцией, характеризующей современный этап развития непрерывного фармацевтического образования, является ориентация на личность. Это позволяет предположить, что подготовке и переподготовке специалистов для руководящих должностей в фармации должен предшествовать профессиональный подбор претендентов на управленческие должности на основе профессионально важных качеств личности будущих руководителей [2].

Реализация такого подхода возможна при соблюдении следующих условий:

1. Анализ деятельности будущего управленца должен быть сфокусирован на тех моментах деятельности, которые вызывают проблемы, трудности, неудачи, а не охватывают всю совокупность его профессиональных функций;

2. Среди профессионально важных характеристик будущего управленца выделяются качества, которые необходимы для решения профессионально-управленческих задач, однако они трудно развиваются у взрослых и плохо

компенсируются в профессионально-управленческой деятельности. Эти качества и должны являться параметрами при профотборе к управленческой деятельности в фармации;

3. Профессионально важные характеристики, которые можно развивать и формировать путем обучения и тренингов, необходимо учитывать при разработке специальных учебных курсов при подготовке и повышении квалификации руководителей фармацевтических учреждений;

4. Профессионально важные качества личности руководителя, которые компенсируются за счет индивидуального стиля деятельности, могут являться основанием для рекомендаций конкретному претенденту уровня управленческой должности.

Подготовка управленческих кадров для фармации может быть реализована через несколько этапов:

I. Подготовка специалиста по одной из фармацевтических специальностей и получение соответствующей квалификации.

II. Получение второй специальности (фармацевтической) на основе высшего образования (переподготовка).

III. Психодиагностика претендентов на должность руководителя фармацевтического учреждения. Задача этого этапа – выявить среди претендентов лиц с явными противопоказаниями к управленческой деятельности, т.е. профессионально непригодных.

IV. Обучение на получение квалификации “менеджер фармации”.

V. Повышение квалификации руководителей фармацевтических предприятий по программам на основе сочетания комплекса модулей. Содержание модулей состоит из блоков и определяется результатами диагностики, цель которой – определение “слабых мест” в профессиональной деятельности управленца. Основной задачей этого этапа являются выработка конкретных профессионально-управленческих умений и навыков.

Реализация данного подхода требует коррекции системы подготовки и повышения квалификации менеджера фармации: введение курсов и тренингов по развитию и формированию организационных, коммуникативных и других профессионально важных психологических качеств личности, осуществления “диагностической службой” психологического мониторинга обучающихся. Эти мероприятия требуют вложения немалых средств, усилий и времени, однако их осуществление может проходить постепенно и позволит осуществлять подготовку и переподготовку с использованием современных технологий обучения.

Литература:

1. Самыгин С.И., Столяренко Л.Д. Психология управления. – Ростов н/Д.: Феникс, 1997. – С. 195–201.

3. Шпалинский В.В. Социальная психология менеджмента. – Х.: ИМВО “ХК”, 1998. – С. 75–235.

2. Основи професіографії / С.Я. Карпіловська, Р.Й. Мітельман, В.В. Синявський та ін. – К.: МАУП, 1997. – С. 46–60.

УДК 616-082:614.254.3

В. М. МИХАЛЬЧУК, Є. Є. ЛАТИШЕВ

СТАН РОЗВИТКУ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ

Проаналізовано передумови реорганізації первинної медико-санітарної допомоги, висвітлено роль державної влади, громадських організацій у впровадженні інституту сімейної медицини в загальну лікарську практику, проаналізовано стан та перспективи подальшої реалізації концепції розвитку сімейної медицини в Україні.

Пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги викликає необхідність реструктуризації медичної допомоги за рівнями її надання і відповідної раціоналізації спеціалізованої та стаціонарної допомоги.

Починаючи з 2000 р., спостерігається щорічне збільшення номінальних обсягів фінансування охорони здоров'я як із Державного, так і з місцевих бюджетів. Загальні обсяги фінансування галузі протягом цих років зросли на 63,4 %, у тому числі видатки з місцевих бюджетів у 1,5 раза, з Державного бюджету – в 4,7 раза, але, на жаль, це не спричинило зростання питомої ваги рівня фінансування, що забезпечує потреби первинної медико-санітарної допомоги.

Диспропорція в розвитку первинної та спеціалізованої медичної допомоги стала однією з головних причин, які вимагають реформування системи охорони здоров'я в Україні.

Хоча шлях до широкого впровадження сімейної медицини був складний і нелегкий, нормативно-правова, методична й організаційні підготовка, яку було проведено в останні 1,5 рока, дала певні результати.

Передусім, зросла кількість закладів охорони здоров'я, в яких первинна медико-санітарна допомога надається на засадах загальної практики – сімейної медицини, і чисельність лікарів загальної практики – сімейних лікарів.

Якщо кількість закладів, в яких первинна медико-санітарна допомога населенню надавалась на засадах загальної лікарської практики – сімейної медицини, у 2000 р. налічувала лише 192, у тому числі 69 закладів у містах і 123 – у сільській місцевості, то вже через рік після прийняття постанови Кабінету Міністрів [2] і вжитих заходів їх стало в 3,5, а на селі – в 4,5 раза більше.

Про необхідність та доцільність об'єднання зусиль науковців і практичних працівників у галузі сімейної медицини, про важливість і ефективність спільної роботи свідчить успішне проведення I з'їзду сімейних лікарів України, який став переломним моментом у розвитку даного напрямку реформування.

На цьому форумі не лише було заслухано й обговорено спеціальні проблеми сімейної медицини, а й схвалено науково обгрунтовані документи, які сприяють подальшому вдосконаленню організації сімейної медицини, її впровадженню в систему охорони здоров'я, поліпшенню діяльності закладів сімейної медицини.

У прийнятій делегатами з'їзду Концепції розвитку сімейної медицини в Україні

чітко викладені мета, завдання і принципи реорганізації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини, основні проблеми її розвитку і шляхи їх вирішення.

Протягом часу, що минув після з'їзду, було створено галузевий науково-методичний центр загальної практики – сімейної медицини, основними завданнями якого є формування бази даних законодавчих та інших нормативно-правових актів, проведення аналізу стану реорганізації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини, організація та участь у проведенні наукових досліджень із зазначених проблем.

Аналіз наукового забезпечення розвитку сімейної медицини показав, що в Україні наукові дослідження виконуються лише за сімома темами, тому наукова тематика на 2003 р. скорегована Міністерством охорони здоров'я України (МОЗ) з визначенням пріоритетних напрямів.

Нами були проаналізовані зведені плани вищих навчальних медичних закладів та науково-дослідних установ, підпорядкованих МОЗ, за останні п'ять років (1998–2002 рр.), зокрема наукова тематика 11 кафедр сімейної медицини, що функціонують при вищих навчальних медичних закладах.

Відповідно до затверджених Комплексних заходів щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я необхідно зосередити наукові розробки на таких основних напрямках:

1. Проведення клініко-епідеміологічних досліджень ефективності профілактичних, діагностичних та лікувальних процедур при наданні первинної медико-санітарної допомоги сімейними лікарями;

2. Наукове обґрунтування, розробка та впровадження системи оцінки та контролю якості надання первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини;

3. Наукове обґрунтування принципів, розробка структури організації та управління первинною медико-санітарною допомогою, апробація та впровадження моделі надання ПМСД на засадах сімейної медицини у містах і сільській місцевості.

Основним суб'єктом сімейної медицини є сімейний лікар, якого слід розглядати як лікаря загальної практики, зорієнтованого на сім'ю, що має забезпечувати лікувально-профілактичною допомогою при найбільш поширених захворюваннях всіх членів родини від народження.

Існує два способи, якими має здійснюватись організація первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини.

Один із них полягає в тому, що в міру підготовки лікарів загальної практики – сімейних лікарів ними замінюються посади дільничних терапевтів і педіатрів.

За другим способом створюються осередки сімейної практики у вигляді амбулаторій (відділень) лікарів загальної практики – сімейних лікарів шляхом добровільної приписки до них пацієнтів на принципі вільного вибору лікаря.

Таким чином, поступово має розширюватись мережа закладів загальної лікарської практики – сімейної медицини і, відповідно, скорочуватись кількість терапевтичних і педіатричних дільниць.

Обидва способи мають право на існування і можуть використовуватись залежно від конкретних умов.

Виходячи з того факту, що обсяг роботи лікаря загальної практики – сімейного лікаря значно ширший, ніж дільничних терапевта і педіатра, бо включає багато функцій лікарів “вузьких” спеціальностей, цілком обґрунтованим є зменшення нормативів його навантаження, виражене чисельністю прикріплених пацієнтів, порівняно з навантаженням лікарів інших спеціальностей.

Враховуючи особливості роботи лікаря загальної практики – сімейного лікаря, його відповідальність за весь обсяг профілактичної роботи і стан здоров'я прикріпленого населення в основу оплати його праці має бути покладено принцип розрахунку на одного мешканця.

Міністерство охорони здоров'я своїм наказом установило базовий оклад сімейного лікаря на рівні посадового окладу оперуючого хірурга.

Організована система моніторингу, що дає можливість отримувати оперативну інформацію про стан впровадження сімейної медицини та проводити її аналіз.

За неповний рік після I з'їзду вдвічі збільшилась кількість закладів на засадах сімейної медицини, число штатних посад та фізичних осіб сімейних лікарів. За перше півріччя 2002 р. ці дані становлять, відповідно, 841 заклад, 1529 штатних посади і 1352 лікарів.

Найактивніше створення закладів відбувається в Закарпатській, Харківській і Львівській областях. Недостатній стан впровадження сімейної медицини залишається в Чернігівській, Херсонській та Дніпропетровській областях.

У Закарпатській області з населенням приблизно 1,3 млн людей зареєстровано 223,0 посади, у Житомирській області з 1,4 млн – 177 посад, в АР Крим і Дніпропетровській області – 2,1 млн та 3,7 млн, відповідно, введено в штат лише по п'ять посад.

Сімейними лікарями надається медична допомога 2,5 млн осіб, у тому числі – 1,1 млн у містах і селищах міського типу та 1,4 млн – у сільській місцевості, що становить 5,2 %, 3,4 і 9,1 % відповідного населення.

Проте якщо в Закарпатській області сімейними лікарями обслуговується 30,6 % населення, Харківській – 19,4, Волинській і Житомирській – понад 18, Кіровоградській – 15,6 %, то в решті областей цей відсоток незначний.

47,0 % лікарів загальної практики – сімейних лікарів працюють у самостійних амбулаторіях, з них 28,6 % – на основі індивідуальної, а 18,4 % – групової практики. На жаль, індивідуальна практика переважає і в сільській місцевості, що погіршує взаємозамінність лікарів за випадку хвороби, відпустки та з інших причин.

35,5 % лікарів працює у відділеннях сімейних лікарів поліклінік різного типу, а в містах цей відсоток зростає до 63,2 %.

Лише 35,5 % лікарів офіційно займають штатні посади сімейних лікарів, а 40,2 % вважаються лікарями загальної практики. У сільських умовах 33,3 % лікарів обіймають посади завідувачів (головних лікарів) сільських амбулаторій.

Окремим предметом уваги Міністерства охорони здоров'я України є медична допомога в сільській місцевості, яка спрямована на виконання Указу Президента України “Про Комплексні заходи щодо поліпшення медичного обслуговування

сільського населення на 2002–2005 роки” від 03.01.2002 № 8/2002. Наказом від 08.02.2002 № 48 затверджено „Заходи МОЗ щодо поліпшення медичної допомоги сільському населенню на 2002–2005 роки”.

Важливим елементом забезпечення якості надання медичної допомоги є розробка та впровадження державних соціальних стандартів первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини. Ця робота проводиться за участю Українського інституту громадського здоров'я, головних спеціалістів МОЗ. Недостатньою в цьому напрямку залишається діяльність профільних кафедр вищих навчальних медичних закладів.

Економічні проблеми в галузі охорони здоров'я є актуальними та складними, без розв'язання яких неможливе покращання медичної допомоги населенню.

Одним зі шляхів залучення додаткових коштів для діяльності галузі є впровадження системи загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування (проект Закону пройшов друге читання у Верховній Раді України), що дозволить створити правову базу дійсно багатоканального фінансу-вання галузі. Запровадження системи медичного страхування дозволить збільшити обсяги асигнувань на охорону здоров'я, забезпечити виконання програми з на-дан-ня гарантованої державою безоплатної медичної допомоги та покращити оснащення медичних закладів.

Реформування системи охорони здоров'я не може обмежуватись удосконаленням правової бази та фінансуванням галузі.

Перед нами стоїть ще чимало проблем. Це і розробка та впровадження в практику новітніх ефективних медичних технологій, і поліпшення підготовки та використання медичних кадрів, і вдосконалення інформаційного забезпечення та управління галуззю на всіх рівнях, і створення сучасної матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я, і забезпечення профілактичної спрямованості в діяльності всіх служб.

Для подальшої реалізації комплексних заходів щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я та Концепції розвитку сімейної медицини в Україні необхідно:

– активніше розширювати мережу закладів сімейної медицини, реалізуючи повною мірою завдання, визначені Державною програмою розвитку інфраструктури села, якою передбачено на період до 2005 р. поетапне відкриття сільських лікарських амбулаторій на засадах сімейної медицини. Запровадження принципів сімейної медицини в діяльність амбулаторно-поліклінічних закладів міст потребує конкретних дій керівництва управлінь охороною здоров'я на місцях;

– до штатного розкладу закладів охорони здоров'я максимально вводити посади сімейних лікарів, урахувавши норми завантаженості й користуючись правом перепрофілювання посад за відомостями їх заміни;

– удосконалювати наукові дослідження про порядок і механізми пріоритетного фінансування, кадрового і матеріально-технічного забезпечення сімейної медицини з обґрунтуванням забезпечення якісного та ефективного надання медичної допомоги населенню;

– завершити розробку принципів, форм і методів професійної діяльності

сімейних лікарів та середнього медичного персоналу з урахуванням соціально-демографічних, медико-біологічних, психологічних та інших характеристик сім'ї;
– налагодити співпрацю з громадськістю, засобами масової інформації та Товариством Червоного Хреста для підвищення грамотності населення щодо розуміння необхідності самостійно піклуватися про своє здоров'я, дотримуючись здорового способу життя.

Література:

1. Указ Президента України “Про комплексі заходи щодо поліпшення медичного обслуговування сільського населення на 2002–2005 рр.” від 3 січня 2002 р. // Офіційний вісник України. – 2002. – № 2.
2. Постанова Кабінету Міністрів України “Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я” від 20 червня 2000 р. № 989 // Мед. вестник України. – 2000. – № 25.
3. Постанова Кабінету Міністрів України „Про затвердження міжгалузевої комплексної програми „Здоров'я нації” на 2002-2011 рр.” від 10 січня 2002р. № 14// Офіційний вісник України. – 2002. – № 9.

УДК 614.39:364.463

Г.М. НАДУТА

ОКРЕМІ АСПЕКТИ МІЖСЕКТОРАЛЬНОЇ ВЗАЄМОДІЇ У ВИРІШЕННІ ПРОБЛЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Розглянуто досвід реформування системи охорони здоров'я м. Комсомольська Полтавської області, висвітлено роль органів державної влади.

Місто Комсомольськ є одним із молодих міст України, де процеси демократичних перетворень і реформування ідуть за багатьма напрямками.

Реформування сфери охорони здоров'я міста Комсомольська розпочалося в 1997 р. з ініціативи міського голови О.П. Попова на підставі вивчення суспільної думки мешканців міста, яке засвідчило невдоволеність населення станом справ із наданням медичної допомоги.

У 1997 р. було прийнято “Концепцію із забезпечення населення м. Комсомольська медичною допомогою та раціоналізації системи охорони здоров'я в період фінансово-економічної кризи”, затверджено заходи з її реалізації.

У 1998 р. було прийнято міську програму “Сімейна медицина”, а наказом “Про затвердження медичних закладів м. Комсомольська Полтавської області експериментальною базою з організації медико-санітарної допомоги населенню на засадах сімейної медицини” від 6.09 1998 р. № 242 Міністерство охорони здоров'я

дало дозвіл на проведення експерименту в галузі надання первинної медико-санітарної допомоги населенню міста. У 1999 р. було проведено аудит діяльності комунальної системи охорони здоров'я Незалежною консультативно-експертною групою MEDMA (Медичний менеджмент і аудит), унаслідок чого в 2000 р. було ухвалено "Першочергові заходи з оптимізації діяльності комунальних медичних закладів відповідно до "Концепції із забезпечення населення м. Комсомольська медичною допомогою".

У 2000 р. засновано міську лікарняну касу, через яку виконуються програми соціального захисту непрацюючих пенсіонерів і вагітних жінок, запроваджено інноваційну форму організації надання первинної медико-санітарної допомоги на принципах сімейної медицини сімейними лікарями приватної практики – на підставі договору з територіальним медичним об'єднанням м. Комсомольська.

Зміни в галузі охорони здоров'я відбувалися в рамках загальноміського процесу реформ і розвитку місцевого самоврядування. Комсомольськ першим в Україні отримав Статут міста, громадяни були залученні до стратегічного планування розвитку міста. У 2001 р. Комсомольськ отримав диплом Асоціації міст України з наданням йому статусу муніципальної майстерні кращого досвіду реформування комунального господарства і впровадження сімейної медицини. У 2001 р. відбулися громадські слухання на тему "Стратегія розвитку м. Комсомольська до 2010 р.", в якому "Розвиток громади" визначено як один із трьох пріоритетних напрямків стратегічного плану розвитку міста.

Усе це сприяло заснуванню Асоціації "Сімейна медицина" м. Комсомольська (АСІМЕД), яка фактично існувала вже декілька років як неформальне об'єднання однодумців, а юридично була зареєстрована у квітні 2001 р. До АСІМЕД увійшли найбільш соціально активні лікарі різних галузей медицини, а також студенти Української медичної стоматологічної академії м. Полтави.

Своєю місією АСІМЕД визначила сприяння охороні та зміцненню здоров'я населення, участь у вирішенні медичних проблем міста, сприяння професійному зростанню членів Асоціації, їх правовому та соціальному захисту, а також залучення громадян до вирішення проблем громадського здоров'я.

У суспільно спрямованій частині місії визначено два основних напрямки.

Перший напрямок – проведення просвітницької роботи серед молоді і підлітків щодо збереження репродуктивного здоров'я, спрямованої на пропагування здорового способу життя, виховання у молоді свідомого ставлення до шлюбу, народження дітей, запобігання небажаній вагітності, хворобам, які передаються статевим шляхом. Ця робота була підтримана грантом Каунтерпарт Інтернешнл у рамках проекту "Молодіжний центр-клуб збереження репродуктивного здоров'я "АІСТ" і базувалась на міжсекторальній взаємодії між медиками, освітянами, владою і громадськими організаціями.

АСІМЕД протягом року роботи в даному напрямку було проведено 80 тренінгів за тематикою репродуктивного здоров'я, підготовлено 21 тренера-консультанта з числа медиків, освітян і соціальних працівників. Своєю діяльністю у цьому напрямку АСІМЕД охопила чотири райони Полтавської області – Лубенський, Хорольський, Гадяцький і Глобинський, де було створено осередки центру "АІСТ",

і ця робота була підтримана громадськістю та владою. Підсумком річної роботи було проведення Всеукраїнської конференції „Репродуктивне здоров'я молоді – важлива складова загального здоров'я населення. Багатосекторальна відповідальність за збереження репродуктивного здоров'я молоді”. На конференції було висвітлено проблеми, що існують, і здобутки щодо вищезазначеної теми та узагальнено думки і пропозиції вчених, практиків, представників громадських організацій з усіх регіонів України – людей небайдужих до майбутньої долі країни.

Унікальність конференції полягає в об'єднанні зусиль різних суспільних сил і груп для вирішення проблем громадського здоров'я.

Зроблено наголос на необхідності налагодження міжсекторальної співпраці влади, медицини, освіти, та громадськості для спрямування зусиль на досягнення спільної мети – здоров'я нації, покращення демографічної ситуації в Україні.

Другий важливий напрямок діяльності АСІМЕД – залучення громадян до участі у процесах розвитку системи громадської охорони здоров'я.

Ця діяльність була підтримана грантом Міжнародного фонду “Відродження” в рамках проекту “Громадський нагляд за медициною і громадська підтримка реформи охорони здоров'я”. Унаслідок реалізації проекту сформовано територіальні громадські комітети нагляду за медициною, розпорядженням міського голови затверджено „Положення про Громадську раду з питань охорони здоров'я” (далі – Рада) як представницького дорадчого органу територіальних комітетів при міському голові.

Протягом року проводилась підготовча робота зі створення громадських комітетів.

Опитування громадської думки, проведене АСІМЕД у листопаді 2001 р., засвідчило достатньо високий інтерес населення до можливостей впливу на прийняття рішень у галузі охорони здоров'я.

56,3 % опитаних хотіли б мати можливість впливати на те, як витрачаються бюджетні кошти, виділені на охорону здоров'я, при цьому як об'єкт довіри в даному питанні майже 65 % опитаних обрали конкретного лікаря або підрозділ лікарні.

77 % опитаних зацікавлені організаційними формами захисту прав пацієнтів, 54 % підтримують створення громадських комітетів нагляду за медициною, 9 % бажають узяти участь у їхній роботі.

Усе це створило підґрунтя для пошуку людей, зацікавлених у практичній роботі з громадського нагляду за медициною.

Кількамісячна робота складалася з такого:

1. Інформаційної кампанії в ЗМІ;
2. Роз'яснювальної роботи через сімейних лікарів;
3. Проведення сумісних із громадськими організаціями заходів;
4. Індивідуальної консультаційної роботи з громадянами.

Як наслідок, було відібрано певну групу громадян і створено громадські територіальні комітети нагляду за медициною, підтримки реформування охорони здоров'я (ОЗ).

Найефективнішим методом залучення до комітетів виявилися рекомендації сімейних лікарів. Спонтанна активність громадян була значно нижчою, ніж

очікувалося згідно з результатами опитування. Слід зважити на те, що люди здебільшого не мають навичок співпраці з системою ОЗ, а мають навички і стереотипи лише користування нею. Також у людей ще недостатньо впевненості в собі, відчуття громадянства, відповідальності й причетності до процесів, які відбуваються в суспільстві, зокрема в галузі ОЗ. Виділення групи громадян, свідомих щодо своїх громадянських обов'язків і значущості проблеми ОЗ, подальша цілеспрямована організаційна і просвітницька робота з ними є, на нашу думку, найефективнішим на сьогодні шляхом залучення громадськості до вирішення проблем розвитку й функціонування галузі ОЗ.

Усього на цей час до роботи в комітетах залучено 26 осіб (23 жінки і троє чоловіків) віком від 23 до 62 років різних (не медичних) спеціальностей, посад, освіти, які усвідомили необхідність і висловили бажання займатися громадською діяльністю у визначеному нами напрямку – сприяння розвитку ОЗ.

Під час попередніх співбесід з волонтерами з'ясовано їхні мотиви, серед яких домінували: по-перше, бажання допомогти медицині у виправленні скрутного становища, в якому вона опинилася; по-друге, забезпечити реальний громадський вплив на якість і доступність первинної медико-санітарної допомоги населенню; по-третє, забезпечити вплив громадської думки на прийняття організаційних і політичних рішень.

Концепція розвитку охорони здоров'я населення України, затверджена Президентом 7 грудня 2000 р. (№ 1313/2000), заклала нову модель державної охорони здоров'я населення України, яка включила міжгалузевий підхід, а також активну роль громадян [1].

Діяльність АСІМЕДзі створення комітетів і Ради відповідає завданням Концепції, міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації", міжнародному досвіду та політиці ВООЗ "Здоров'я – XXI" [2–4].

Асоціація "Сімейна медицина" м. Комсомольська отримала грантову підтримку МФВ на продовження роботи комітетів і Ради, для опрацювання механізмів впливу громадськості на підготовку, прийняття та контроль виконання управлінських рішень органами місцевого самоврядування в галузі охорони здоров'я.

Ми впевнені що комітети і Рада дедалі більше ставатимуть факторами функціонування в Комсомольську збалансованої, саморегульованої регіональної системи охорони громадського здоров'я, з розвиненими механізмами міжсекторальної взаємодії.

Література:

1. Концепція розвитку охорони здоров'я населення України / Затв. Указом Президента України від 7 грудня 2000 р. № 1313/2000.
2. Міжгалузева комплексна програма "Здоров'я нації" на 2002–2011 рр. / Затв. Постановою Кабінету Міністрів України від 10 січня 2002 № 14. – К.: МОЗ України, 2002. – 84 с.
3. Охорона громадського здоров'я: управлінські аспекти: Навч. посіб. /

Л.І. Жаліло, І.М. Солоненко, Б.О. Волос та ін. – К.: Вид-во УАДУ, 2001. – 187 с.

4. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні: Моногр. / За ред. В.М. Леха. – К.: Сфера, 2001. – 176 с.

УДК 615.1:338.5

*А.С. НЕМЧЕНКО, Н.М. МОРОЗ,
В.С. МИХАЙЛОВ, В.Д. ЧЕРЕДНІЧЕНКО*

ДЕРЖАВНЕ УПРАВЛІННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЮ ГАЛУЗЗЮ В УКРАЇНІ

Науково обґрунтовано основні критерії національної політики лікарського забезпечення населення. Розглянуто функції державного управління фармацевтичною галуззю та її регулювання на регіональному рівні, а також особливості фармації Харківщини.

Сучасний стан економічного розвитку України позначений насиченням фармацевтичного ринку, високим рівнем конкуренції, формуванням нових ринкових структур господарювання та управління, реструктуризацією фармацевтичних підприємств та аптечної мережі, проблемами доступності та якості лікарських засобів. При цьому практично відсутня державна політика розвитку фармацевтичної галузі та лікарського забезпечення населення: недосконалими залишаються процедури регулювання фармацевтичної діяльності, перш за все, ліцензування, акредитація та патентування, ціноутворення та оподаткування, управління з боку республіканських та місцевих органів управління підприємствами фармацевтичного сектора економіки.

Згідно з теорією управління фармацевтичною діяльністю її регулювання здійснюється на макро- та мікроекономічному рівнях, але, з погляду на чинну структуру управління, державне регулювання треба розглядати на республіканському та регіональному рівнях виходячи із законодавства про самоврядування, у частині гарантій медикаментозної допомоги, а також зважаючи на характер власності та регіональне бюджетне фінансування лікарського забезпечення населення.

Державну політику лікарського забезпечення населення на мікроекономічному рівні треба розглядати згідно з міжнародними нормами за такими напрямками:

1. Законодавчі та нормативно-правові гарантії одержання громадянами доступної та якісної медикаментозної допомоги;

2. Єдність медичної та лікарської допомоги, що визначається, як правило, нормативним співвідношенням кількості лікарів та провізорів (9,5-10:1), а також програми з їхньої підготовки і підвищення кваліфікації;

3. Державні принципи розвитку та розміщення аптечної мережі, які

покладаються в основу нормативно-правових документів. У світі існують спеціальні нормативи: кількість мешканців, які обслуговуються однією аптекою (вони значно відрізняються, наприклад у США – 10-12 тис. осіб, у Великобританії та Франції – 4-5 тис., у Японії – 1,7 тис. осіб) а також норматив віддаленості від інших аптек чи пішохідної доступності між аптеками (наприклад, у містах від 200 до 400 м);

4. Державні вимоги до виробництва та реалізації наркотичних і психотропних лікарських засобів, які, як правило, повинні бути узгоджені з міжнародними конвенціями;

5. Державна політика регулювання ціноутворення на лікарські засоби, котра, як правило, передбачає обмеження цін та їхній контроль;

6. Державні пріоритети, як правило, у галузі інвестування, фінансування розвитку фармацевтичної галузі, пільгового кредитування та оподаткування.

Визначальним у формуванні державної політики щодо лікарського забезпечення та розвитку фармацевтичної галузі є створення чіткої, стабільної та прозорої нормативно-правової бази, що неможливо без гармонізації чинних законодавчих та нормативних актів, перш за все проекту нової редакції Закону України “Про лікарські засоби”, стосовно міжнародних норм, у т.ч. законодавства ЄС – директиви 2001/83/ЄС Європейського парламенту та Ради ЄС “Про зведення законів Союзу відносно лікарських препаратів для людини”. Основним принципом національної політики розвитку фармації повинне стати формування відповідних пріоритетів з урахуванням наявних проблем та міжнародних вимог до якості медикаментозного забезпечення населення. При цьому головним критерієм, на нашу думку, має бути таке: забезпечення доступності в якісних та ефективних ліках, перехід в пріоритетах від кількісних показників (зарєєстрованих лікарських засобів, обсягів виробництва та імпорту, кількості оптових фірм, кількості аптек та роздрібноі аптечної мережі) до високої якості медикаментозного забезпечення населення згідно з міжнародними нормами.

Аналіз проблемних питань у системі лікарського забезпечення населення України дозволив нам виділити систему складових національної політики розвитку фармацевтичної галузі:

– вирішення проблеми комунальної форми власності аптек як закладів охорони здоров'я, їх приватизації за обов'язкового збереження державного сектора;

– створення ефективної організаційної структури управління фармацевтичною галуззю на державному та регіональному рівнях;

– регулювання фармацевтичної діяльності згідно з міжнародними нормами за сферами діяльності: виробництвом – GMP, клінічними випробуваннями – GCP, сертифікацією та лабораторною практикою – GLP, дистрибуцією та оптовою реалізацією – GDP, фармацевтичною та аптечною практикою – GPP, реальний погляд та обґрунтування терміну їхнього впровадження;

– визначення основних принципів державної політики щодо виготовлення екстемпоральних ліків та міжлікарняних аптек;

– розробка та упровадження ефективної системи ціноутворення, що дозволить забезпечити населення доступними та якісними ліками;

Фармацевтична галузь: проблеми реформування та сучасна державна політика

- обґрунтування та впровадження формулярної системи, фармацевтичних стандартів та страхової рецептури;
- проведення обов'язкових фармакологічних досліджень ефективності тих, що є, та нових ліків, створення інформаційної бази доказової медицини;
- впровадження концепції самолікування та безрецептурних ліків;
- оптимізація системи оподаткування виробництва та реалізації ліків.

Недосконалими залишаються функції державного управління та регулювання підприємствами фармацевтичної галузі, передусім на регіональному рівні. В областях України діють розрізнені структури управління: комунальні підприємства чи об'єднання, акціонерні товариства, фармацевтичне управління (єдине в Харківській області) та інші, які мають різну організаційно-правову основу та здійснюють різні функції.

У фармацевтичній галузі Харківський регіон має унікальну особливість, що відрізняє його від інших регіонів України.

– Харківщина має шість фармацевтичних заводів із виробництва лікарських засобів.

– Підготовку фахівців з вищою та середньою фармацевтичною освітою здійснює Національний фармацевтичний університет.

– В області працює державне підприємство “Науково-експертний фармакологічний центр”, що підготувало Державну Фармакопею України.

У власності територіальних громад Харківської області знаходиться майно 99 юридичних осіб – комунальних підприємств охорони здоров'я, до складу яких входить 278 аптек.

Управління діяльністю аптек комунальної форми власності здійснює фармацевтичне управління згідно з розпорядженням облдержадміністрації.

Слід зазначити, що більшість аптек комунального сектора знаходиться у складному фінансово-економічному становищі, в основному, з таких причин:

– організаційна розрізненість невеликих аптек, які неспроможні конкурувати з недержавними великими фірмами, що одночасно здійснюють оптову та роздрібну торгівлю та мають значну аптечну мережу;

– обмеженість коштів державного фінансування, що змушує аптеки надавати лікувально-профілактичним закладам постійний товарний кредит, позначається на значній заборгованості, відволікає власні кошти;

– недостатній рівень сучасної економічної та правової підготовки керівного складу багатьох аптек.

Таке становище призводить до скорочення асортименту лікарських засобів, особливо в сільській місцевості, зростання цін, скорочення штатних працівників та до відмови у виготовленні екстемпоральних ліків.

Негативні тенденції, що склалися в аптечній мережі комунальної власності, вимагають обґрунтування та запровадження нової ефективної системи управління комунальним сектором фармації в регіоні.

Згідно з Постановою КМУ “Про затвердження нормативів мінімального забезпечення населення державними та комунальними закладами охорони здоров'я, що здійснюють реалізацію лікарських засобів” від 19 січня 1998 р. № 40

встановлено такі нормативи для міст, чисельність мешканців яких сягає понад 1 млн осіб:

- 42 тис. осіб на один аптечний заклад без права виготовлення лікарських засобів;
- 60 тис. осіб на один аптечний заклад із правом виготовлення лікарських засобів.

Виходячи з чисельності мешканців Харківської області необхідно залишити в комунальній власності 67-70 аптек, у т.ч. з правом виготовлення екстемпоральних ліків – 47 аптек.

Враховуючи, що законодавчі гарантії з медикаментозного забезпечення населення покладено на органи виконавчої влади в області, доцільно упрощення об'єктами комунальної власності – аптечними закладами покласти на господарську структуру, яка була б підвідомча облдержадміністрації. Нами пропонується створення державної акціонерної компанії (ДАК) усіх розрізаних комунальних та орендних підприємств – аптек регіону або тільки міжлікарняних аптек (МЛА). Контроль за діяльністю пропонуваної ДАК буде здійснюватись Наглядовою радою на рівні облдержадміністрації.

При цьому приміщення, в яких розміщуються МЛА, та майно доцільно передати на баланс самих аптек, а також відновити чітке закріплення МЛА за лікарнями, що дозволить зробити процеси використання майна комунальної власності (або колективної, заснованої на комунальній власності) та медикаментозне забезпечення хворих контрольованим з боку держави.

Література:

1. Фармацевтический сектор: основы современного законодательства в Европейском Союзе / Н.А. Ляпунов, В.А. Усенко, А.Л. Спасокукоцкий и др. – К.: Морион, 2002. – 96 с.

УДК 369.068

Є.Я. НИКОЛЕНКО, Ж.М. ГЕРАСИМЕНКО,

Д.Д. ЖУК, А.С. БЕСЕДИНА

Фотоневжурд.жл

СТВОРЕННЯ ЕФЕКТИВНОЇ МОДЕЛІ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

Проаналізовано результати діяльності однієї зі створених у Харківському регіоні амбулаторій загальної практики сімейної медицини, обговорюються перспективи формування та впровадження ефективної системи обов'язкового медичного страхування в умовах впровадження інституту сімейної медицини.

Минулий десятирічний період у реформуванні вітчизняної охорони здоров'я більш доцільно визнати як адаптацію наявної моделі охорони здоров'я до реального державного фінансування в сучасних умовах, підсумок якого – нерациональна організація медичної допомоги, диспропорції в розвитку амбулаторно-

поліклінічної та стаціонарної, первинної та спеціалізованої допомоги.

Збереження і зміцнення здоров'я населення, удосконалення системи охорони здоров'я, поліпшення медичної допомоги, передусім, пов'язані з розвитком економіки. Деструктивні процеси в економіці, скорочення виробництва, зменшення ВВП, дефіцит бюджету і, як наслідок, погіршення фінансування охорони здоров'я зумовили зниження рівня і якості життя населення, погіршення стану здоров'я населення України. Галузь охорони здоров'я в цей час не відповідає основним вимогам – забезпечити збереження і зміцнення здоров'я населення, гарантувати якість кваліфікованої медичної допомоги – і тому вимагає реформування.

Однією з головних проблем реформування охорони здоров'я України є питання про доцільність, найбільш ефективну модель, оптимальні терміни впровадження обов'язкового медичного страхування (ОМС) як одного зі шляхів розв'язання проблеми, залучення додаткових позабюджетних джерел фінансування галузі.

Однак, поряд із основним питанням, спрямованим на залучення коштів для реалізації системи ОМС, існують не менш важливі організаційно-технологічні питання щодо структури первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), зокрема в напрямку сімейної медицини.

Організація перших осередків сімейної медицини дозволила вже сьогодні отримати попередні результати відповідних обсягів та якості ПМСД та ОМС на регіональному та місцевому рівнях.

У 1999-2000 рр. на Харківщині розпочато створення амбулаторій сімейної медицини.

Однією з перших в регіоні амбулаторію загальної практики – сімейної медицини (с. Революційне) було організовано за рішенням сесії Харківської обласної ради, а також рішенням ХУП сесії ХХІІІ скликання від 14 листопада 2001 р. Революційної сільської ради Вовчанського району (відповідно до п. 26 ст. 30 Закону України "Про місцеве самоврядування в Україні").

На території цієї сільської ради мешкає 1272 особи, з них дітей та підлітків 293 (до одного року – вісім; одного – 14 років – 232; 15 – 17 років – 53 особи); дорослих працездатного віку 546 (чоловіків – 236, жінок – 310); дорослих непрацездатного віку 446 (чоловіків – 205, жінок – 241); жінок фертильного віку 352 особи. Громада, яку обслуговує амбулаторія, нараховує 488 сімей, з них 40 сімей нараховують одну особу, 145 сімей – дві, 293 сім'ї – три та 12 сімей – чотири та більше осіб.

За дев'ять місяців 2002 р. об'єми первинної допомоги населенню зросли, проти аналогічного періоду минулого року, удвічі та складають 3700 відвідувань в амбулаторії та 600 відвідувань удома. З моменту організації денного стаціонару (травень 2002 р.) у ньому проліковано 100 хворих, а 30 осіб – у межах стаціонару вдома.

Зареєстровано 253 випадки захворювань: 120 – захворювання серцево-судинної системи, 15 – шлунково-кишкового тракту, 12 – пульмонологічні хвороби, 10 – отоларингологічні, 57 – офтальмологічні, 22 – неврологічні, 6 – хірургічні, 3 – онкологічні, 8 – гінекологічні. Ці дані є свідченням необхідності якісної підготовки сімейного лікаря з відповідних вузьких спеціальностей.

Обсяги обслуговування населення розподіляються таким чином: сімейна

амбулаторія – 79,5 %; висококваліфікована та спеціалізована медична допомога щодо кардіологічного, офтальмологічного, гінекологічного, ЛОР-профілів на рівні ЦРЛ – 12,6, у лікувально-профілактичних закладах Харкова – 7,9 %.

Зрозуміло, що така напружена робота на рівні первинної ланки потребує адекватної моделі. За нашою думкою, оптимальною моделлю, яка реалізована у с. Революційне, є комунальний заклад охорони здоров'я, що забезпечує безпосередній зв'язок із громадою, керівниками місцевих агропідприємств та органами місцевого самоврядування.

Така модель дозволяє здійснювати:

- 1) пряме фінансування діяльності амбулаторії;
- 2) оптимальне планування бюджету та розподіл кошторису амбулаторії на поточний рік;
- 3) введення платних послуг, ефективну співпрацю з благодійними фондами, лікарняними касами та іншими юридичними та фізичними особами.

Функціонування такої моделі потребує відповідного кадрового штату амбулаторії (із розрахунку на 1200 осіб громади) у складі шість одиниць: головний лікар – сімейний лікар – 1; фельдшер – 1; акушерка – 1; сімейна медична сестра – 1; молодша медична сестра – 1; водій – 1.

Такий кадровий потенціал забезпечує якісну первинну медичну допомогу населенню. Дозволяє вести амбулаторний прийом, обслуговувати виклики та консультації вдома, патронаж дітей, здійснювати лікування в денному стаціонарі, стаціонарі вдома, супроводжувати хворого на консультації та стаціонарне лікування у ЦРЛ та лікувальних закладах Харкова, проводити реабілітаційні та профілактичні заходи. Щодо лабораторного забезпечення, то, на нашу думку, воно повинне охоплювати клінічні аналізи крові (“трійку”) та сечі, встановлення рівня глюкози крові, аналіз калу на яйце-глист, зіскоблювання на ентеробіоз. Для цього фельдшер (медична сестра) повинні пройти відповідне навчання та підготовку з наступним отриманням дозволу (ліцензії) на відповідний вид діяльності.

Головний лікар амбулаторії виконує свої функціональні обов'язки в межах взаємодії як із громадою, так і з іншими структурами. Приблизно 50 % свого часу він безпосередньо працює в амбулаторії, 15 – із закладами місцевого самоврядування, 15 – на рівні ЦРЛ, 10 – із керівництвом місцевих підприємств, закладів освіти та районною адміністрацією, ще 10 % – із ЛПЗ Харкова та структурами Облуправління охорони здоров'я. Таким чином, здійснюється міжсекторальна взаємодія лікарських, освітянських та адміністративних ланок громади.

Отримані результати дозволяють попередньо уявити коло проблем, що постають перед розробниками системи ОМС.

Не менш важливою проблемою є створення системи сучасних інформаційних технологій для вирішення завдань ОМС. Останні передбачають аналіз, узагальнення і використання як результатів наукових досягнень (у т.ч. на рівні винаходів), так і передового досвіду, що є в світі щодо розв'язання конкретних практичних завдань охорони здоров'я. Науковому аналізу передують пошук випереджальної (прогнозної) інформації, а результатом є створення інформаційної моделі проблеми ОМС, яка

згодом повинна бути адаптована до реальної ситуації в Україні. Використання таких підходів, зокрема під час створення найбільш ефективної моделі ОМС в Україні, підвищує ймовірність напрацювання оптимальних рішень, зменшує економічні втрати за їхньої реалізації, забезпечує можливість прогнозування кінцевого результату.

У зв'язку з цим урахування й використання позитивного і негативного досвіду становлення ОМС у Російській федерації (РФ), як найбільш порівнянній з Україною за низкою соціально-економічних показників, типом попередньої системи охорони здоров'я країни, може мати велике значення на етапах планування реформи та опрацювання самої моделі ОМС.

Іншими словами, дана методологія дозволяє на практиці реалізувати загальновідомий принцип: учитися на чужих помилках ефективніше і дешевше, ніж на власних.

УДК 614.2

А.М. НОВОСАД

МІЖСЕКТОРАЛЬНА ВЗАЄМОДІЯ В ПРОЦЕСІ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ

Розглянуто теоретичні та практичні питання міжсекторальної взаємодії в контексті ефективного використання благодійних надходжень під час реалізації медичних програм. Наведено схеми ресурсного та нормативного забезпечення благодійних медичних програм.

Скромні за обсягом та за різновидом вирішуваних завдань матеріальні засоби, які, за рахунок благодійності, сьогодні залучаються до сфери медико-соціальної допомоги, природно, не вирішують, та й не можуть повною мірою вирішувати проблем надання медико-санітарної допомоги на первинному, вторинному та третинному її рівнях.

Проведений нами у процесі виконання дослідження конвент-аналіз структури зведеного бюджету, порівняно з іншими (позабюджетними) надходженнями до лікувально-профілактичних закладів, показує, що питома вага надходжень від благодійних організацій за аналізований період збільшилась практично вдвічі (з 0,7 до 1,2%). У цілому ж позабюджетні кошти становлять 8,8–13,2% консолідованого бюджету.

Розвиток благодійності, як значущого джерела позабюджетного фінансування закладів охорони здоров'я, на наш погляд, можливий за умов: 1) напрацювання медичних програм, орієнтованих на благодійницьке фінансування; 2) наявності чіткої та прозорої системи витрат залучених коштів; 3) координації роботи лікувально-профілактичних закладів різних рівнів надання медичної допомоги та формування пріоритетних напрямків у медичних благодійних програмах;

4) розвитку структури благодійних організацій.

Зазначимо основні завдання, вирішення яких здатне, на наш погляд, наблизити міжсекторальне співробітництво у питаннях моніторингу ефективності використання ресурсів благодійних організацій з одночасним забезпеченням необхідної якості медичної допомоги за рахунок благодійних коштів:

1. Аналіз тенденцій благодійництва: форми, види, заклади-учасники та програми благодійної діяльності; 2. Визначення принципів та формування системи державної статистики залучених благодійних коштів; 3. Сегментація благодійних програм у галузі охорони здоров'я, переважно – у первинній медико-санітарній допомозі населенню; 4. Розроблення експертних технологій оцінки ефективності використання благодійних коштів зі стандартизацією лікувально-профілактичних технологій; 5. Формування моніторингової ради регіонального рівня з питань благодійництва в галузі охорони здоров'я.

Нами опрацьовано схему нормативного, інформаційно-комунікаційного та ресурсного забезпечення компонентної структури благодійних програм профілактичної та лікувальної спрямованості: договір, який укладається між лікувально-профілактичним закладом та благодійною організацією, передбачає складання програми благодійної діяльності та її ресурсозабезпечення. Саме вказаною програмою координується ресурсне та інформаційне забезпечення, спрямоване на ефективне використання благодійних надходжень.

Таким чином, виходячи з необхідності міжсекторальної взаємодії, як найбільш ефективного механізму використання благодійних надходжень, актуальним є опрацювання програм благодійної діяльності, що базуються на стандартизованих лікувально-профілактичних технологіях.

УДК 338.5:615.2/3

*Е.П. ПИВЕНЬ, Л.П. ПОПОВА,
Л.Н. БРАЖНИКОВА*

**СТРУКТУРИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ЦЕНООБРАЗОВАНИЯ
НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА**

Розглянуто результати досліджень у галузі формування цін на лікарські засоби та виробу медичного призначення із використанням методології системного аналізу.

Ценообразование на лекарственные средства и изделия медицинского назначения относится к одной из наиболее сложных организационно-экономических систем, действующих на фармацевтическом рынке. В мировой практике сложились две основные системы ценообразования [5; 6]:

– централизованная, предполагающая формирование цен государственными органами на основе издержек производства и обращения (регулируемая система

ценообразования);

– рыночная, основанная на взаимодействии спроса и предложения (свободная система ценообразования).

Смешанная система ценообразования основана на сочетании свободно назначаемых и регулируемых цен. Системе такого типа присущ вид управления, при котором государственные органы создают эффективную систему регулирования цен, не нарушая, однако, механизма рыночного регулирования. Как показывает международный опыт, в большинстве стран на ЛСИМН используются именно смешанные системы ценообразования [3; 4].

Огромное число факторов, влияющих на процесс формирования цен и необходимость управления этим процессом с целью не допустить стихийности ценообразования и роста цен определяют важность проведения системных исследований в данной области на основе использования методологии системного анализа.

Исходя из Концепции развития охраны здоровья населения Украины [2], основную цель системы ценообразования в области ЛСИМН можно сформулировать как достижение гарантированной экономической доступности эффективных лекарственных средств для всех слоёв населения при одновременном обеспечении условий развития отечественного производства путем гармонизации рыночных механизмов и механизмов социальной защиты населения. Поэтому функционирование всех подсистем, входящих в структуру рассматриваемой системы ценообразования, и решение стоящих перед этими подсистемами задач должно быть направлено на обеспечение реализации поставленной цели.

Нами предлагается концептуальная организационно-функциональная модель системы ценообразования на ЛСИМН смешанного типа, которую можно представить в виде взаимосвязанных подсистем (рисунок). Рассматриваемая система является подсистемой более крупной системы, включающей ценовые процессы национальной экономики в целом.

Одно из центральных мест в системе ценообразования занимает подсистема цен. Эта подсистема состоит из отдельных блоков взаимосвязанных и взаимодействующих цен. В условиях введения системы государственной регистрации цен на лекарственные средства (ЛС), включенные в Национальный перечень основных (жизненно необходимых) ЛСИМН, важное значение приобретает создание блока регистрируемых цен [6]. Аналогично в условиях функционирования системы медицинского страхования и возмещения стоимости лекарств возникает необходимость в создании блока эталонных (референтных) цен. Это обеспечит возможность косвенного регулирования цен, стоимость которых подлежит возмещению, и оптимизировать расходы Министерства здравоохранения Украины на приобретение ЛС.

В рассматриваемой системе ценообразующие факторы (ЦОФ) и проведение фармакоэкономического анализа ЛС выделяются как самостоятельные подсистемы лежащего ниже уровня иерархии, по сравнению с подсистемой цен.

В настоящее время основными направлениями реформирования здравоохранения во всех цивилизованных странах является социализация,

повышение роли государства в процессах обеспечения доступности качества медицинской помощи, в том числе лекарственных средств. Так как в большинстве стран мира нет достаточных финансовых ресурсов для покрытия потребностей национального здравоохранения, оптимизация расходов средств становится всеобщей мировой проблемой. В то же время фармакоэкономические исследования, являясь инструментом контроля цен на ЛС, позволяют оптимизировать планирование ресурсного обеспечения здравоохранения. Поэтому создание в системе ценообразования на ЛС в Украине подсистемы фармакоэкономического анализа лекарственных препаратов позволит перевести процесс оптимизации затрат на лекарственное обеспечение на научно обоснованную базу не только без потерь, но и с повышением качества оказания медицинской помощи населению. Реализация данного блока подсистемы позволит при установлении цен на ЛС учитывать их потребительскую стоимость, фармакоэкономическую эффективность.

В предложенной концептуальной организационно-функциональной модели системы ценообразования (рисунок) на одном иерархическом уровне с подсистемой цен располагаются нормативно-правовая, информационно-справочная и организационно-контрольная подсистемы.



Рисунок. Концептуальная организационно-функциональная модель системы ценообразования на ЛСИМН

Нормативно-правовое обеспечение данной системы ценообразования основано на совокупности нормативно-правовых актов и нормативных документов в данной области. Информационно-справочная подсистема включает в себя информацию, необходимую и достаточную для решения поставленных задач в

рамках розглядаваної системи ціноутворення. Використовуються як внутрішні, так і зовнішні джерела інформації.

Для забезпечення реалізації організаційно-контрольної підсистеми необхідно наявність двох входять в неї підсистем: підсистеми, основу якої складають органи виконавчої влади, і підсистеми, включаючої в себе органи контролю за ціноутворенням.

Виконання постановлення Кабінету Міністрів України від 16 листопада 2001 р. № 1499 [1] необхідно створення відповідної підсистеми державної реєстрації цін. На цю підсистему повинні бути покладені функції по погодженню (експертизі) реєструваних цін, проведенню державної реєстрації цін, проведенню моніторингу реєструваних цін на ЛСІМН.

Принципальне значення в сучасних умовах набуває розробка і прийняття концепції формування системи ціноутворення на ЛСІМН в Україні, розробка методичної бази державної реєстрації цін на ЛСІМН, опрацювання механізму реєстрації цін, розробка методичної бази формування цін на лікарські препарати з урахування їх споживчої вартості і фармакоекономічної ефективності і ін. Розробка даної методичної бази здійснюється лабораторією маркетингових і техніко-економічних досліджень ГНЦЛС. Даний пакет документів в даний час знаходиться на розгляді в Державному департаменті по контролю за якістю, безпекою і виробництвом лікарських засобів і виробів медичного призначення.

Таким чином, реалізація запропонованої концептуальної організаційно-функціональної моделі системи ціноутворення на ЛСІМН буде сприяти як узгодженню ринкових механізмів з соціальною захистом населення, так і оптимізації витрат бюджетних коштів.

Література:

1. Постанова Кабінету Міністрів України „Про внесення змін до деяких постанов Кабінету Міністрів України” від 16 листопада 2001 р. № 1499 // Провізор. – 2001. – № 23. – С. 2.
2. Концепція розвитку охорони здоров'я населення України // 36. офіц. матеріалів МОЗ України. – К.: Моряк. – 2001. – С. 9–28.
3. Півень О.П. Дослідження основних підходів, використовуваних у світовій практиці, до формування систем ціноутворення на лікарські засоби // Фармацевтичний журнал. – 2002. – № 4. – С. 16–24.
4. Півень О.П., Нестеренко Л.Л. Ціноутворення на готові лікарські засоби в країнах Центральної та Східної Європи // Фарм. журн. – 2002. – № 3. – С. 19–27.
5. Цeny и ціноутворення / Под ред. И.К. Салимжанова. – М.: ЗАО “Финстатинформ”. – 2001. – 304с.
6. Экономическая энциклопедия / Под ред. Л.И. Абалкина. – М.: ОАО “Изд-во Экономика”. – 1999. – С. 939–990. – 1055 с.

*М.В. ПОДКОЛЗІНА, Р.І. ПОДКОЛЗІНА,
А.С. НЕМЧЕНКО*

КОНЦЕПЦІЯ УПРАВЛІННЯ ЛІКАРСЬКИМ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯМ ЗА УМОВ УПРОВАДЖЕННЯ ОБОВ'ЯЗКОВОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

Обґрунтовано концепцію підвищення ефективності управління лікарським забезпеченням на основі створення моделі фармацевтичного формуляра, до складу якого входять блоки фармакоекономічних стандартів терапії захворювань (на прикладі стенокардії).

Удосконаленню концепції розвитку охорони здоров'я (ОЗ) на основі відродження бюджетно-страхової системи соціальних гарантій приділяється постійна увага вітчизняних і зарубіжних фахівців [1; 2; 5; 7]. Аналіз літературних даних показав, що відхід від державної монополії у сфері виробництва, торгівлі та фінансів створив в Україні умови для розвитку страхового процесу в системі ОЗ. Але моделі медичного страхування, що вони існують, спрямовані лише на надання санітарно-медичної допомоги і не гарантують достатнього регламентованого контролю за організацією і фінансуванням фармацевтичної допомоги, що набуває особливої ваги при небезпечних захворюваннях, які потребують тривалого або постійного лікування. До таких зараховують стенокардію.

За таких умов необхідна структурна перебудова, що створить можливість узгодження державних гарантій із реальним фінансовим забезпеченням медикаментозної допомоги. Визначення її напрямку проведено на основі аналізу законодавчої бази з цих проблем. Так, уже в перші роки переходу до ринкової економіки (1992 р.), держава враховує зміни, що відбулися в суспільстві й економіці, і передбачає надання платних медичних послуг. Визначено, що в період 1993 – 1998 рр. відбулася надмірна комерціалізація галузі. Знову виникла колізія, коли держава зобов'язує себе надавати медичні та фармацевтичні послуги на підставі централізованого підходу, що історично склався в Україні, а економічні умови не забезпечують відповідного фінансування системи ОЗ, що не зазнає змін. У результаті погіршилися демографічна ситуація та стан здоров'я населення України - збільшилися захворюваність і смертність осіб працездатного віку, у т.ч. від ішемічної хвороби серця (ІХС), яка становить 298 випадків на 100 тис. населення і 37,3 – 39,3 % від загальних даних. До найчастішого прояву ІХС відносять стенокардію. Її лікування потребує постійної гарантованої медикаментозної допомоги, яку може забезпечити система медичного страхування (МС), і в першу чергу обов'язкового (ОМС).

Фахівці вважають, що нинішній проект Закону України "Про соціальне медичне страхування громадян" торкається питань виключно соціального страхування і не реалізує положень п. 1 ст. 6 Закону України "Про страхування", де одним із видів обов'язкового страхування визначене медичне страхування. Відсутня також

організаційно-нормативна база фармацевтичного забезпечення лікувально-профілактичних процесів.

У визначеній нами структурі блоків моделей функціонування ОМС моделі систем медичної та фармацевтичної допомоги тісно пов'язані, працюючи на одну проблему – охорону здоров'я, але мають і відповідний ступінь свободи і можуть розвиватися незалежно в межах МС. Логічною основою схеми взаємодії блоків управління фармацевтичною допомогою є страхові переліки лікарських засобів (ЛЗ), що стали основою формування економіко-інформаційної підтримки прийняття рішень з управління фармакоекономічним забезпеченням процесу медикаментозного лікування і створення бази даних на лікарські засоби антиангінальної дії (програма "Допомога лікарю", програмування - М.В. Володимирової) [5].

Вихідними даними для вивчення стану фармацевтичної допомоги хворим на стенокардію став аналіз історій хвороб кардіологічних відділень 32 лікувальних закладів 27 населених пунктів 12 областей України та Автономної Республіки Крим. Базою досліджень були науково-дослідні інститути, обласні, районні та міські лікарні. Досліджуваний масив склав 3309 історій хвороб дорослих осіб, у діагнозі яких було визначено стенокардію. Далі об'єктом дослідження стали історії хвороб із діагнозом стабільна стенокардія II-IV ФК (2511), що є найбільш поширеною і потребує невідкладного і постійного медичного втручання, нагляду і медикаментозного лікування.

За даними досліджень, серед захворювань, що супроводжують стенокардію, домінують недостатність кровообігу (майже 100 % хворих), кардіоваскулярний кардіосклероз та аритмії (65,6 і 63,0 %, відповідно), понад третина – інфаркт міокарду і гіпертонія й т. ін. [6].

Для розрахунку нормативів призначення лікарських засобів спеціальної терапії стенокардії та визначення витрат на курс лікування одного хворого, пролікованого за схемою-моделью [4; 6], нами обрано методичний підхід, згідно з яким в основу моделі покладено результати дослідження історій хвороб за наступними показниками: асортимент ЛЗ, тривалість і вартість курсу лікування, споживання призначених препаратів на одного пролікованого. Взято до уваги і призначення на період амбулаторного лікування цих хворих.

За результатами аналізу було сформовано клініко-статистичні групи, що являють собою систему, в яку об'єднано випадки госпіталізації на основі клінічних проявів із фактично однаковим терміном перебування в стаціонарі. У нашому дослідженні цей термін залежав від тяжкості перебігу захворювання, що збігається з функціональним класом. Отримані дані порівняно і узгоджено з новітніми технологіями лікування стенокардії в нашій країні. Враховано також результати досліджень міжнародних центрів серцево-судинних захворювань і публікацій, присвячених фармакотерапії ІХС та стенокардії.

Дані з аналізу асортименту ЛЗ, що призначалися досліджуваній сукупності хворих, свідчать про застосування 120 препаратів (86 міжнародних назв) 14

фармакологічних груп. Серед них основну групу визначають ЛЗ антиангінальної дії (37,5 %). Їх призначають усім хворим незалежно від функціонального класу стенокардії. Від усієї сукупності препаратів, що одержували проліковані в стаціонарі, антиангінальні засоби становили 35,4 %, а від засобів серцево-судинної дії – 69 %. Найбільш поширено хворі приймали нітропрепарати, на другому місті блокатори кальцієвих каналів і на третьому – блокатори в-адренорецепторів (43,9, 36,6, 19,5 %, відповідно).

Результати аналізу асортименту ЛЗ, їх призначуваності та експертної оцінки з урахуванням даних соціологічного опитування (анкетування, інтерв'ювання) кардіологів, результати експериментальних досліджень, що враховують думки фахівців-кардіологів Інституту терапії АМН України, Харківського інституту удосконалення лікарів і Харківського обласного відділу охорони здоров'я та узгоджені з відповідними джерелами наукової медичної інформації, покладено в основу схем-моделей фармакотерапії стенокардії [6].

В основу моделей стандартів фармакотерапії покладено узагальнені дані експериментальних досліджень, розроблені моделі схем медикаментозної терапії та результати аналізу світового досвіду зі створення формулярної системи. Вирішення цієї проблеми, дозволить впорядкувати лікарське забезпечення фармацевтичними препаратами і створити еталон для його оцінки.

Запропонований нами стандарт фармакотерапії стенокардії [3; 4; 6] є моделлю і має тимчасовий характер. Це зумовлено об'єктивною необхідністю періодичного (не менше одного разу на рік) перегляду і вдосконалення з урахуванням досягнень медичної та фармацевтичної науки і соціально-економічних умов, що змінюються.

Для розрахунку стандартів споживання ЛЗ взято середньодобову дозу і кількість днів лікування в умовах стаціонару.

Для втілення в практику досліджень, що проведені в цьому напрямку, була потрібна також розробка інформаційного забезпечення, що є важливим етапом впровадження системи страхових формулярних переліків в умовах дії ОМС. У деяких країнах їх називають формулярними довідниками. Такий довідник створений нами для ЛЗ антиангінальної дії [5].

Запропонована концепція пройшла апробацію на науково-практичних конференціях працівників фармації, медицини і страхових компаній, а її складові – моделі організаційно-економічні, фармакоеконімічні (схеми, стандарти) та інформаційні (формулярний довідник) упроваджено в практичну діяльність фармацевтичних підприємств, медичних установ та страхових компаній.

Таким чином, розроблено концепцію підвищення ефективності управління лікарським забезпеченням в Україні на основі формулярної системи надання медикаментозної допомоги за умов впровадження ОМС.

Література:

1. Журавель В.И. Концептуальное видение стратегии и тактики реформирования здравоохранения Украины // Укр. мед. часопис. – 1999. – № 5 (13) – IX/X. – С. 38–42.
2. Немченко А.С., Подколзіна Р.І., Подколзіна М.В. Проблеми доступності лікарської допомоги амбулаторним хворим при серцево-судинних захворюваннях // Сучасні проблеми фармації: Матеріали наук.-практ. конф., 1994 р. – X., 1994. – С. 125.
3. Немченко А.С., Подколзіна М.В. Фармакоекономіка: методичні підходи до визначення моделі фармацевтичного формуляра // Ліки України. – 2001. – № 3. – С. 9–12; № 4. – С. 14–16.
4. Подколзіна М.В., Немченко А.С., Дмитриевский Д.И. Определение страхового перечня препаратов (основного и дополнительного) специальной терапии стенокардии // Провизор. – 1999. – № 13. – С. 24–27.
5. Подколзіна М.В., Немченко А.С., Володимирова М.В. До питання про формування бази даних при вирішенні проблеми фармацевтичного забезпечення в умовах страхової медицини // Досягнення сучасної фармації – в медичну практику: Матеріали наук.-практ. конф., присвяченої 75-річчю УкрФА: 3-4 жовтня 1996 р. – X., 1996. – С. 409.
6. Фармакоекономічні аспекти визначення стандартів терапії стенокардії: Метод. рекомендації / А.С. Немченко, М.В. Подколзіна, Д.І. Дмитрієвський та ін. – X., 2000. – 51 с.
7. Bemer M.S., Gerald N. Canadian Medical Association new Guide to prescription and over-the-counter Drugs // Canadian Family Physician. – 1997. – № 5. – P. 954–956.

УДК: 614.2.001.7(353)

О.І. СЕРДЮК

РЕГІОНАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

Визначено основні напрямки реалізації Концепції розвитку охорони здоров'я населення України на регіональному рівні.

Необхідність реформування традиційної для держав пострадянського простору системи охорони здоров'я, що диктується політичними, соціально-економічними та демографічними чинниками, в останнє десятиріччя відзначається в багатьох публікаціях відомих фахівців [1 – 4; 6; 8]. Пропонуються певні підходи до реформування на загальнодержавному рівні [5; 9].

Безумовно, головні загальні напрямки реформування вітчизняної системи охорони здоров'я на сучасному етапі визначені Концепцією розвитку охорони здоров'я населення України, затвердженою Указом Президента України від 7 грудня 2000 р. № 1313/2000.

На підставі моделей реструктуризації системи медичної допомоги населенню, розроблених на основі даної Концепції В.Ф. Москаленком (2001) [7], у Харківській області опрацьовано основні напрямки реформування галузі на регіональному рівні, які передбачають:

1. Збереження та розвиток мережі закладів первинної долікарської медичної допомоги на селі, зміцнення матеріально-технічної бази фельдшерсько-акушерських пунктів, доукомплектування їх сучасною медичною апаратурою, обладнанням, кваліфікованим персоналом.

2. Розвиток та переведення на засади сімейної медицини первинної ланки лікарської медичної допомоги населенню:

а) перетворення терапевтичних і педіатричних дільниць у поліклінічних закладах міста Харкова, райцентрів та міст обласного підпорядкування на дільниці (відділення) сімейної медицини;

б) відкриття амбулаторій сімейної медицини в міській місцевості шляхом вилучення їх зі складу територіальних поліклінік та наближення до населення;

в) трансформацію сільських лікарських амбулаторій та дільничних лікарень, що існують, в амбулаторії сімейної медицини в сільській місцевості;

г) додаткове відкриття амбулаторій сімейного лікаря на базі фельдшерсько-акушерських пунктів, що обслуговують понад 1 тис. населення.

3. Наближення швидкої і невідкладної медичної допомоги до користувачів, її зміцнення та реформування:

а) відкриття пунктів невідкладної допомоги при амбулаторіях сімейної медицини, що створюються на базі реформованих дільничних лікарень;

б) виділення зі складу центральних районних лікарень відділень швидкої та невідкладної допомоги та перетворення їх на станції з відповідним переоснащенням та укомплектуванням кваліфікованим персоналом;

в) розвиток та зміцнення матеріально-технічної бази служби медицини катастроф з відділенням екстреної консультативної допомоги.

4. Розвиток таких форм медичної допомоги, що замінюють стаціонари:

а) розширення мережі та потужності денних стаціонарів в амбулаторно-поліклінічних закладах міста Харкова, райцентрів та міст обласного підпорядкування;

б) відкриття ліжок денного перебування при амбулаторіях сімейної медицини;

в) розвиток "хірургії одного дня".

5. Упорядкування ліжкового фонду стаціонарів у бік його зменшення та більш ефективного використання:

а) скорочення та переведення в режим денного перебування більшої частини ліжкового фонду дільничних лікарень;

б) скорочення ліжок у багатопрофільних районних та міських лікарнях з виділенням фіксованих спеціалізованих ліжок у складі хірургічних та терапевтичних відділень;

в) оптимізацію ліжкового фонду спеціалізованих стаціонарів із забезпеченням дальшої диференціації сучасної спеціалізованої медичної допомоги населенню.

6. Упровадження та розвиток високотехнологічних видів спеціалізованої

медичної допомоги з відкриттям та зміцненням матеріально-технічної бази відповідних центрів (судинної хірургії, трансплантології, тканинної терапії та кріотерапії тощо).

7. Зняття навантаження з бюджету та запровадження багатоканальності фінансування витрат на медичну допомогу населенню:

а) максимальне сприяння впровадженню на території області добровільного медичного страхування у вигляді лікарняних кас;

б) переведення частини високотехнологічних стаціонарів, що користуються великим попитом, на госпрозрахункові засади;

в) організація палат, відділень платного перебування з підвищеним рівнем комфортності та системою санаторного харчування за замовленням;

г) переведення медикаментозного забезпечення хворих у стаціонарах через мережу бюджетних лікарняних аптек;

д) завершення програми облаштування лікувально-профілактичних закладів приборами обліку енергоносіїв та водопостачання.

8. Реформування системи управління галуззю на регіональному рівні, шляхом організації районних і міських відділів (управлінь) охорони здоров'я в структурі місцевих органів виконавчої влади та самоврядування та реструктуризації медичних об'єднань з метою:

а) розмежування відповідальності за організацію надання медичної допомоги населенню та забезпечення функціонування медичних закладів;

б) впровадження договірної форми взаємовідносин, з одного боку, органів влади, а з іншого – юридичних та фізичних осіб, що надають медичні послуги;

в) організації окремого фінансування первинної, амбулаторно-поліклінічної, стаціонарної ланок та служби швидкої й невідкладної медичної допомоги на рівні міст і районів із забезпеченням відповідних пріоритетів;

г) реального створення єдиного медичного простору в адміністративно-територіальних одиницях регіону на основі багатоканальності та договірних відносин.

Література:

1. *Голяченко О.М., Голяченко А.О.* Економіка української здравоохорони. – Вінниця: Б.В., 1996. – 100 с.

2. *Джорбенадзе А., Кобеладзе А.* Вопросы реформирования здравоохранения в Грузии // Наше здоровье. – 1994. – Т. 2. – № 5. – С. 6–7.

3. *Дробышевская И.М.* Проблемы здравоохранения Беларуси в переходный период // Здравоохранение. – 1995. – № 9. – С. 3–5.

4. *Крыштопа Б.П., Андреева И.М.* Менеджер в здравоохранении. – К.: Добродій МК, 1995. – 180 с.

5. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні / В.М. Лехан, Н.М. Лакіза-Сачук, В.М. Войцехівський та ін.; За заг. ред. В.М. Лехан. – К.: Сфера, 2001. – 176 с.

6. *Мереуцэ И.Е.* Социально-экономическое формирование здравоохранения

Республіки Молдова. – Кишинєу: Штиинца, 1994. – 207 с.

7. Москаленко В. Ф. Підгрунття розробки, прийняття та реалізації Концепції розвитку охорони здоров'я населення України // Охорона здоров'я України. – 2001. – № 1. – С. 4–7.

8. Овчаров В. К., Щетин В. О. Необходимость структурных перемен и их медико-экономические тенденции в здравоохранении // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. – 1996. – № 4. – С. 25–32.

9. Пономаренко В. М., Ціборовський О. М., Євсєєв В. І. Програма реформування системи охорони здоров'я України і перспективи її реалізації // Вісн. соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 1999. – № 2. – С. 57–61.

УДК 35.084.6:159.0:159.923

В. М. ТОЛОЧКО, І. В. МИЩЕНКО

СПРЯМОВАНІСТЬ РОЗВИТКУ ЛІДЕРСЬКИХ ЯКОСТЕЙ КЕРІВНИКІВ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПІДПРИЄМСТВ

Досліджено ставлення керівників фармацевтичних підприємств до розвитку лідерських якостей.

Провідні психологи вважають, що успішність здійснення керівного впливу значною мірою залежить від свідомої продуктивної поведінки лідера – людини, яка є координаційним центром певної групи, соціальної системи [2]. Специфіка соціальної ролі лідера, однак, не завжди достатньо усвідомлюється самими суб'єктами управління, що може спричиняти розвиток ентропійних руйнівних процесів як у внутрішньому середовищі соціально-економічних систем, на чолі яких постають такі лідери, так і у взаємодії цих систем із зовнішнім оточенням – клієнтами, іншими організаціями, діловими партнерами, установами контролю тощо.

Суттєву допомогу в розвитку самосвідомості може надати отримання фахівцями відповідних систематизованих спеціальних знань через систему післядипломної освіти. Керівники фармацевтичних підприємств мають змогу підвищувати свою професійну кваліфікацію і вдосконалювати управлінські вміння та навички в державній системі післядипломної фармацевтичної освіти на циклах підвищення кваліфікації: передатестаційних та тематичного вдосконалення за визначеними окремими напрямками.

Проте щоб навчальний процес найщільніше був наближений до актуальних потреб фахівців, зміст навчальних планів і програм та їх конкретні форми реалізації мають спиратися на об'єктивний аналіз вихідного рівня знань та умінь фахівців, а також на їх конкретні інформаційні запити.

На кафедрі УЕФ ІПКСФ НФаУ попередньо нами проводились дослідження стосовно доцільного застосування форм зворотного зв'язку зі слухачами циклів підвищення

кваліфікації, якими була виявлена корисність широкого впровадження таких форм у складі методичної роботи на кафедрах системи післядипломного навчання [1].

Зважаючи на провідну роль керівників та лідерів у поліпшенні соціально-економічного становища нашої країни, ми вважали за доцільне в наших подальших дослідженнях звернутися до можливостей удосконалення лідерських якостей керівників.

Слід зазначити, що на вибір мети наших досліджень суттєво вплинули міркування щодо провідної ролі самосвідомості в управлінні поведінкою людини. Факт усвідомлення робить можливими: об'єктивний аналіз поточного стану особистості, ефективно управління його розвитком і надання доцільної допомоги ззовні, у тому числі через навчальний процес. Те ж, що не усвідомлюється, контролю і управлінню не підлягає.

Тому на першому етапі досліджень було поставлено мету визначити, які саме труднощі в реалізації лідерства керівники організацій свідомо визнають, а також яким шляхом, через розвиток і вдосконалення яких рис вони сподіваються підвищити ефективність реалізації управлінських функцій.

Дослідження проводили за методом анкетних опитувань у групі слухачів передатестаційного циклу для провізорів-організаторів. Характеристика групи: 22 слухачі, з них 18 жінок, і чотири чоловіки; середній вік – 45 років; середній стаж роботи – 22 роки; середня кількість підлеглих, підвладних керівникові, – 29 осіб. Слід зауважити що з даної групи слухачів ніхто не мав диплома менеджера, тобто не отримував спеціальної вищої освіти з управління. Однак у тій чи іншій формі певну інформацію з теорії управління вони все ж отримували: 4,55 % – на кафедрі менеджменту й маркетингу вузу, 4,55 – в інтернатурі, 54,55 – на курсах підвищення кваліфікації, 50,0 % – шляхом самоосвіти.

Результати опитувань аналізували за трьома напрямками.

1. *Ставлення до практичної реалізації формального і неформального лідерства.* Було виявлено, що всім опитуваним так чи інакше подобається бути лідером (100 % респондентів), але є випадки негативного ставлення до окремих різновидів лідерства. Так, формальне лідерство негативно сприймається 13,64 % опитуваних, а неформальне – 18,18 %. Водночас ними ж позитивно сприймається інша форма лідерства, тому здійснення керівного впливу не відкидається в цілому, як неприйнятний для цих людей вид діяльності.

Отримані результати можуть свідчити про те, що, по-перше, опитувані свідомо розрізняють роль і функції формальних і неформальних лідерів, а по-друге, досить значний відсоток керівників демотивований у виконанні ролі лідера, відтак, ці люди виконують управлінські функції за рахунок руйнування власних особистостей, до того ж, недостатньо ефективно.

2. *Характер труднощів у здійсненні лідерства.* На це питання опитувані відповіли таким чином: 27,27 % респондентів не визначили свого ставлення до обох форм лідерства, 9,09 – до формального, 18,18 – до неформального; 31,82 опитуваних диференціювали труднощі формальних і неформальних лідерів, у той же час 13,64 % – вважають їх однаковими.

У реалізації формального лідерства опитувані назвали труднощі за такими видами діяльності, як організація виробництва, критика підлеглих та індивідуальний підхід до них, робота з людьми, здійснення неформального лідерства. У

неформальному лідерстві утруднення викликали: вантаж відповідальності; ставлення з боку оточення – заздрість, лестощі; уміння бути дійсно компетентним, уміння переконати партнера. Рівнозначними для обох видів лідерства було названо такі труднощі: взаємодія з іншими людьми, утримання позицій лідерства, критика партнерів, необхідність прийняття рішення без упевненості в його правильності.

Вищенаведені результати можуть свідчити про те, що переважна більшість усвідомлюваних керівниками труднощів стосується не організаційних питань (4,55 %), а психологічних аспектів управлінської діяльності й реалізації неформального лідерства (68,18 %).

Слід зазначити, що лідерами формальними усвідомлюється різниця з лідерством природним, тобто неформальним, досягнення якого респонденти вважають бажаним із метою вдосконалення керівного впливу на підлеглих.

Найбільше труднощів у методах керівного впливу викликає доцільна для визначених управлінських ситуацій критика підлеглих чи застосування інших штрафних або обмежувальних санкцій (31,82 %).

Виявлений конкретний спектр труднощів в практичній реалізації управлінських функцій потребує звернути увагу на ці аспекти при організації навчального процесу в системі післядипломного навчання. За нашою думкою, було б доцільно не тільки згадувати про них на лекціях, а й відпрацьовувати певні навички на практичних заняттях та через інші активні форми навчання: вирішення ситуаційних задач, проведення ділових ігор, тренінгів тощо.

Відсутність усвідомлених труднощів за умов позитивної мотивації керівників щодо реалізації лідерства може свідчити про досягнутий високий рівень управлінської майстерності, коли можливі труднощі усвідомлюються як чергові завдання для виконання, що характерно для рівня цільового управління, а не управління за відхиленнями. Певним підґрунтям до такого припущення може бути якісна характеристика групи опитуваних: зрілий вік і досить значний досвід роботи.

3. Напрямок розвитку лідерських якостей керівників. Ця частина анкетного опитування містила найбільшу кількість конкретних відповідей (100 % респондентів), що засвідчує високу цілеспрямованість опитуваних, а отже, і позитивну спрямованість розвитку особистостей керівників у конкретній навчальній групі, зокрема їх лідерських якостей.

Усі отримані відповіді можна згрупувати за шістьма напрямками:

– розвиток окремих рис особистості (54,55 %), серед них, зокрема, – цілеспрямованості (13,63 %); сили волі (9,09 %); оперативності; вдумливості; урівноваженості, холодності (контрольованості емоцій); твердості у прийнятті рішень, жорсткості (асертивність);

– отримання знань і самовдосконалення (40,91 %), третина з опитуваних потребує, зокрема, знань з психології;

– удосконалення комунікативних умінь (31,82 %), серед них – уміння швидко досягати порозуміння, дотримувати тактики рівноправного партнерства, уміння врегульовувати конфлікти, бути комунікабельним, дипломатичним, терпимим;

– розвиток професіоналізму (22,73 %), проте опитувані не деталізували, у чому вони його вбачають;

– розвиток моральних якостей особистості (18,18 %), серед них – чесності, об'єктивності, обов'язковості, поваги до інших особистостей;

– удосконалення спеціальних психологічних умінь (9,09 %) – привертати увагу оточуючих (харизматичність), доводити справу до кінця.

Проведені дослідження дозволили визначити, що для надання допомоги керівникам у розвитку їх лідерських якостей навчальний процес у системі післядипломного навчання відповідних фахівців доцільно орієнтувати, по-перше, на підвищення мотивації до лідерства; по-друге, – збільшення питомої ваги інформації з психології управління в навчальних планах і програмах; по-третє, – виявлення актуальних інформаційних потреб слухачів через реалізацію зворотного зв'язку; по-четверте, – відпрацювання певних психологічних умінь на навичок, в яких виявлено актуальну потребу слухачів, через активні форми навчання.

Література:

1. Міщенко І.В. Вивчення інформаційних запитів слухачів системи післядипломного навчання // Вісн. фармації. – 2001. – № 3 (27). – С. 110.

2. Практическая психология для менеджеров / Под ред. акад. М.К. Тутушкиной. – М.: ИИД "Филин", 1996. – 368 с.

УДК: 616 [082:614.254.3] 001.8

*Н.И. ХВИСЮК, Ю.Г. ФЕДЧЕНКО,
А.И. СЕРДЮК, Л.Н. ПАТОКА,
С. МАК-КОРМИК*

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ МАССОВОГО ОТКРЫТИЯ АМБУЛАТОРИЙ (ЦЕНТРОВ) ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ НА ПРИНЦИПАХ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

Висвітлено досвід комплексного системного підходу до реформування системи охорони здоров'я в сільській місцевості.

Поиски путей реформирования первичной медико-санитарной помощи на принципах семейной медицины ведутся в Украине на протяжении последних 10 лет [1], при этом интеграция института семейной медицины в существующую систему организации медицинской помощи на постсоветской территории сопряжена с целым рядом трудностей [5 – 7].

Интенсивная разработка в последние 2-3 года нормативной базы, научно обоснованных подходов к решению этой проблемы [2; 4] и, в первую очередь, определение концептуальных основ внедрения семейной медицины в Украине, сформулированных в докладе Министра здравоохранения В.Ф. Москаленко на 1-м

съезде семейных врачей Украины [3], создают благоприятную основу для преодоления этих трудностей.

В Харьковской области работа по реформированию первичной медико-санитарной помощи на принципах семейной медицины была начата в 1999 г. в рамках украинско-американского партнерства Харьков – Ла-Кросс, одной из основных целей которого было определено внедрение социально ориентированной системы первичной медико-санитарной помощи, а именно открытие центра ПМСП на принципах семейной медицины (далее ЦСМ – центр семейной медицины) на базе сельской врачебной амбулатории в селе Коробочкино Чугуевского района Харьковской области.

Для открытия ЦСМ были осуществлены следующие меры:

1. Обеспечена позитивная мотивация у администрации района (престиж открытия первого ЦСМ в области), руководителей системы здравоохранения района (бесплатное получение оборудования), персонала амбулатории (изучение организации ПМСП в США, улучшение условий работы);

2. Организована стажировка персонала (врача, акушерки, медсестры) в США и обучение врача на кафедре семейной медицины в Харьковской медицинской академии последипломного образования;

3. Определен совместно с американскими партнерами перечень необходимого оборудования, которым оснастили ЦСМ за средства американской стороны;

4. Путем привлечения средств предприятий района, сельского совета и спонсорских пожертвований произведены ремонт помещения амбулатории, его расширение, оборудование водопроводом и сигнализацией, обустройство прилегающей территории. За бюджетные средства ЦСМ оснащены бытовой мебелью;

5. Приказом по управлению охраны здоровья облгосадминистрации в июне 2000 г. амбулатории придан статус центра семейной медицины.

После того как центр начал работать встал вопрос: “Как тиражировать его опыт в других населенных пунктах области?”

Опыт предыдущих лет показал, что только путем подготовки семейных врачей проблему интеграции семейной медицины в существующую систему медицинского обслуживания населения решить невозможно.

Так, в 1998–2000 гг. на кафедре семейной медицины Харьковской медицинской академии последипломного образования прошло обучение 390 врачей, но ни один из них после этого не стал работать семейным врачом по следующим причинам:

- отсутствие таких рабочих мест;
- отсутствие нормативно-правовой базы;
- неопределенность функций и др.

Для решения проблемы тиражирования опыта партнерства – открытия сети центров семейной медицины были сформулированы цели и задачи, а также выработан алгоритм действий.

Цели:

1. Приблизить врачебную первичную медико-санитарную помощь к сельскому населению;

2. Перевести ее на принципы семейной медицины (с большим объемом помощи в исполнении одного врача для взрослых и детей, знанием пациента от рождения до смерти, большей профилактической направленностью, включением неотложной помощи и т.д.).

3. Существенно повысить качество ПМСП (за счет большего объема помощи, больших знаний персонала, лучшего оснащения оборудованием).

Для достижения поставленных целей определили задачи, которые необходимо решить:

1. Определить объемы специализированной помощи, которые могут быть переданы в ведение семейного врача (с учетом опыта ЦСМ в Коробочкино);

2. Определить перечень необходимого для выполнения этих объемов оборудования (с учетом опыта ЦСМ в Коробочкино);

3. Организовать массовую подготовку врачей, обучение их, прежде всего, тем объемам специализированной помощи, которые делегируются семейным врачам, с использованием определенного оборудования для конкретных ЦСМ.

4. Оснастить предполагаемые к открытию ЦСМ оборудованием согласно разработанному перечню.

5. Обеспечить мобильность семейного врача путем выделения ему автомашины.

6. Обеспечить поддержку ЦСМ со стороны администрации района, руководства центральной районной больницы, общественности (территориальной общины).

7. Дать право ЦСМ функционировать в существующей системе медицинской помощи.

Для комплексного системного решения проблемы в области был создан Координационный совет, в состав которого вошли специалисты управлений охраны здоровья областной государственной администрации и Харьковского горсовета, руководители ведущих лечебно-профилактических учреждений, ученые медицинской академии последипломного образования и медицинского университета, а также руководители партнерства и медицинских учреждений, участвующих в партнерских программах.

В Харьковской медицинской академии последипломного образования был организован первый в Украине факультет семейной медицины, специалистами 19 кафедр которого в 2000 г. была выполнена основная работа по определению и адаптации к нашим условиям объемов специализированной медицинской помощи, которые могут быть переданы в ведение семейного врача.

Конкретизация объемов специализированной помощи позволила внести необходимые коррективы в учебные планы и программы подготовки врачей и среднего медицинского персонала, а также определиться, с учетом первого опыта работы ЦСМ в Коробочкино и здравпункте аэрокосмического университета, относительно минимально необходимого для осуществления этих объемов помощи медицинского оборудования.

Была разработана Программа усовершенствования медицинской помощи жителям сельской местности на принципах семейной медицины, в 2001 г. утвержденная решением сессии Харьковского областного совета, что обеспечило

ее политическую поддержку на уровне области.

В соответствии с программой в 2001–2003 гг. в области запланировано открыть 208 амбулаторий (центров) семейной медицины, в том числе 112 на базе фельдшерско-акушерских пунктов и еще 96 – путем перепрофилирования существующих сельских врачебных амбулаторий и участковых больниц.

Еще на этапе формирования программы:

1. Определены конкретные ФАПы и амбулатории, где есть возможности для открытия семейных амбулаторий в 2001–2003 гг.;

2. Ревизованы необходимые человеческие ресурсы, организовано три параллельных цикла подготовки врачей: шестимесячный стационарный в Харькове и два выездных девятимесячных прерывистых в Балаклейском и Купянском районах, а также трехмесячные курсы повышения квалификации для средних медицинских работников будущих амбулаторий семейной медицины;

3. Осуществлены расчеты необходимых средств и на 2001 г. в областном бюджете зарезервировано на эти цели 1,5 млн грн.

Это позволило открыть в минувшем году 42 амбулатории семейной медицины на базе ФАПов и еще 54 – путем перепрофилирования сельских врачебных амбулаторий и участковых больниц.

Помещения всех ФАПов за средства сельских советов, сельхозпредприятий, спонсоров, личных вкладов селян были капитально отремонтированы, оборудованы водоснабжением и канализацией (там, где раньше их не было), в ряде районов под амбулатории были выделены, изолированы и капитально отремонтированы помещения в административных зданиях сельскохозяйственных предприятий и сельских советов, в некоторых – переведены в другие, более приспособленные здания.

Все амбулатории перед открытием были укомплектованы подготовленным персоналом, за счет централизованных средств областного бюджета обеспечены автомобилями “Таврия” и полностью оснащены медицинским оборудованием в соответствии с разработанным перечнем, в том числе и таким, которого никогда не было в сельских врачебных амбулаториях (офтальмоскопами, наборами линз для подбора очков, современными электрокардиографами, бестеневыми хирургическими светильниками, лабораторными микроскопами и аппаратами для определения уровня сахара в крови и др.).

В 2002 г. ведется работа по подготовке к открытию еще 72 амбулаторий семейной медицины, в том числе 43 – на базе ФАПов.

В целях подготовки семейных врачей для них в 2002 г. запланировано пять циклов специализации на факультете семейной медицины Харьковской медицинской академии последипломного образования: двух стационарных в Харькове и трех выездных кустовых – в Лозовском, Красноградском и Изюмском районах.

В результате проведенной работы получены определенные позитивные результаты:

1. Достигнута поддержка населения в отношении внедрения семейной медицины на селе;

2. Удалось привлечь органы местного самоуправления к проведению реформ

в системі охорони здоров'я;

3. Суттєвно змінилась позиція більшості керівників органів здравоохорони районного рівня відносно перспективи розвитку сімейної медицини – від непонимання і негативізму до активного участю в роботі по її впровадженню в ПМСП;

4. Появлення на селі лікарів нової форми – з великими знаннями, навичками, сучасною апаратурою і транспортом, причому там, де його ніколи не було, отримало широкий суцільний резонанс;

5. Як показало пілотне дослідження на декількох ділянках сімейних лікарів, кількість викликів швидкої допомоги зменшилась в 2,7; частота викликів до лікарів з хронічними захворюваннями – в 2,4; кількість викликів швидкої допомоги до дітей – в 2,0 рази; кількість звернень до лікаря першого зв'язу збільшилась в 2,3 рази; охоплення населення профілактичними оглядами зросло з 23,3 до 53,3 %.

Разом з тим при масовому відкритті амбулаторій (центрів) сімейної медицини виникли нові проблеми, що потребують свого рішення:

1. Відкриття ЦСМ привело до збільшення фінансових витрат на ПМСП (введення ставок сімейних лікарів, які мають менше кількість закріпленого населення і вищий рівень оплати праці, введення додаткових обов'язків допоміжного персоналу, збільшення площ і енергоємного обладнання і т.д.), а бюджетні можливості залишилися тими ж, відповідно виникла необхідність більш активного залучення позабюджетних коштів, в першу чергу через систему добровільного медичного страхування – так звані "лікарські каси" і добровільного самообкладання додатковим податком населення територіальних громад.

2. Насичення ЦСМ сучасним медичним обладнанням підвищило вимоги до професійної підготовки лікарів і середнього медперсоналу і диктує необхідність:

- створення тренінгових центрів для постійного підвищення кваліфікації;
- укомплектування ЦСМ комп'ютерною технікою, електронною зв'язкою і більш активного використання ресурсних центрів партнерства (відеоконференції, заочні консультації, доступ до сучасної наукової літератури і т.д.).

3. В процесі реалізації програми стало очевидним, що кадрове забезпечення ЦСМ шляхом перепідготовки лікарів терапевтів і педіатрів в сімейні лікарі може працювати тільки на першому етапі, на майбутнє ж необхідно організація підготовки випускників медичного університету в резидентурі на базі медичної академії післядипломної освіти, де необхідно створити сучасний науково-навчально-практичний центр сімейної медицини.

Література:

1. *Базилевич Я.П.* Сімейна медицина в Україні: необхідна державна програма // Народне здоров'я. – 1994. – № 3. – С. 2–4.

2. *Лехан В.М.* Нові підходи до організації первинної медико-санітарної допомоги // Головний лікар. – 2002. – № 1 (9). – С. 33–41.

3. *Москаленко В.Ф.* Концептуальні основи розвитку та впровадження сімейної

медицини в Україні: Доповідь на І з'їзді сімейних лікарів України: 7–9 листопада 2001 р., м. Львів. – К.; Л., 2001. – 32 с.

4. *Пономаренко В.М.* Наукове обґрунтування реформування первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини // Вибрані матеріали І з'їзду сімейних лікарів України: 7–9 листопада 2001 р., м. Львів. – К.; Л., 2001. – С. 21–27.

5. *Хобзей М.К.* Сімейна медицина: перші уроки та її завтрашній день // Охорона здоров'я України. – 2001. – № 1. – С. 40–42.

6. *Ціборовський О.М.* Сучасні проблеми медико-санітарної допомоги в Україні // Вісн. соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 1999. – № 2. – С. 170–171.

7. *Щетин О.П., Дмитриева Н.В., Коротких Р.В.* Место врача общей практики и семейного врача в реформе здравоохранения // Здравоохранение Рос. Федерации. – 1993. – № 2. – С. 5–8.

УДК 614.274.1

Л.В. ЧЕРКАШИНА

ІНФОРМАЦІЙНО-КОМУНІКАЦІЙНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ТА ТЕХНОЛОГІЧНІ ЦИКЛИ ПРИЙНЯТТЯ КОЛЕГІАЛЬНИХ УПРАВЛІНСЬКИХ РІШЕНЬ

Розглянуто особливості інформаційно-комунікаційного забезпечення технологічних циклів прийняття колегіальних управлінських рішень. Показано взаємозв'язок між інформаційним, аналітичним та організаційними циклами прийняття управлінських рішень з використанням зовнішньої та внутрішньосистемної інформації.

Ефективність функціонування системи охорони здоров'я значною мірою залежить від якості та обґрунтованості прийняття управлінських рішень. Саме тому управління як наука розглядає відпрацювання управлінських рішень як найбільш важливу складову науково обґрунтованого управління. У вказаному аспекті вивчаються політичні [5], соціальні [2; 6], психологічні [1] та інші впливові фактори. У сучасних дослідженнях не знайшла відображення колегіальна система прийняття управлінських рішень, що, насамперед, не сприяє сучасним державотворчим процесам, зокрема реформам у системі охорони здоров'я [3; 4].

Систему колегіального прийняття управлінських рішень спрямовано на доорганізацію та регулювання системи управління, і вона характеризується своєю технологією та функцією. Зокрема, аналізуючи технологію колегіального прийняття управлінських рішень, нами виділено кілька технологічно-функціональних фаз – технологічних циклів (рисунок).

Інформаційний цикл має своє забезпечення, яке складається з висхідних та низхідних зовнішніх інформаційних потоків (стосовно системи) прийняття колегіальних управлінських рішень ($A^1 - A^2$); він пов'язаний низхідним внутрішнім інформаційним потоком (a) з технологічним циклом аналітичного забезпечення,

а висхідним внутрішнім інформаційним потоком (b) – з технологічним циклом організаційного забезпечення прийняття управлінських рішень.

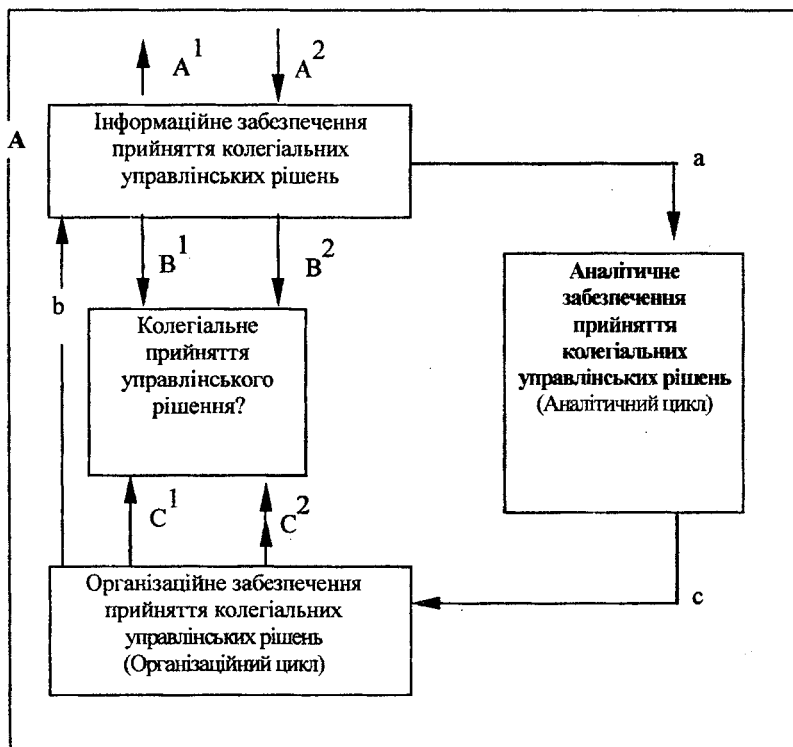


Рисунок. Технологічні цикли та спрямованість інформаційно-комунікаційного забезпечення прийняття колегіальних управлінських рішень

Технологічний цикл аналітичного забезпечення колегіального прийняття управлінських рішень є проміжним між інформаційним та організаційними технологічними циклами; він пов'язаний внутрішнім низхідним потоком (c) із технологічним циклом організаційного забезпечення колегіального прийняття управлінських рішень.

Організаційне забезпечення прийняття колегіальних управлінських рішень базується на результатах виконання завдань аналітичного циклу (c) та реалізує вплив ($C^1 - C^2$) на прийняття колегіальних управлінських рішень через внутрішні інформаційні потоки ($B^1 - B^2$), забезпечуючи інформаційний цикл (b) внутрішньосистемною інформацією щодо організаційних заходів.

Таким чином, інформаційно-комунікаційне забезпечення колегіальних методів прийняття управлінських рішень характеризується наявністю зовнішніх та внутрішніх інформаційних потоків, технологічних циклів прийняття колегіальних управлінських рішень та технологічних компонентів: інформаційної, аналітичної,

організаційної. Колегіальне прийняття управлінських рішень – діяльність, якій властиві всі ознаки системності, у тому числі інформаційно-комунікаційні. Розвиток та оптимізація інформаційно-комунікаційного забезпечення цієї системи здатні зменшувати її ентропійність та покращувати керованість і ефективність практичного реформування галузі.

Література:

1. Адаптація змісту та методів навчання з гігієни та екології у контексті функціональних реформ галузі: Метод. вказівки для викладачів / М.П. Воронцов, О.М. Онищенко, Н.О. Галічева та ін.; ХДМУ, ХМУ. – Х., 2001. – 40 с.
2. Журавель В.Н. Основы менеджмента в системе здравоохранения. – К: Деснянська правда, 1994. – С.92–100.
3. Москаленко В.Ф., Вороненко Ю.В., Майоров О.Ю. Інформаційні технології в охороні здоров'я та медичній освіті // Актуальні питання реформування системи охорони здоров'я на сучасному етапі соціально-економічного розвитку суспільства: Зб. наук. праць. – Х.: Фоліо, 2002. – С. 3–8.
4. Актуальные вопросы обучения и профессиональной адаптации персонала в контексте становления семейной медицины / Л.В. Черкашина, М.П. Воронцов, Н.О. Галічева та ін. // Там же. – С. 77.
5. Developing public health in European Region // WHO. – Copenhagen, 1998. – P.181–218.
6. Health for all in the twenty-first century // WHO. – Geneva. 1998. – 231 p.

УДК 614.274:616.1

Т.І. ЧЕРНИШЕНКО

ДЕРЖАВНЕ УПРАВЛІННЯ ІНФОРМАЦІЙНО-КОМУНІКАЦІЙНИМ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯМ РЕФОРМУВАННЯ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ В УКРАЇНІ: ДООРГАНІЗАЦІЯ СИСТЕМИ (1996–2002 РР.)

Розглянуто особливості інформаційно-комунікаційних процесів нормативного забезпечення реформування медсестринської освіти в Україні.

Державне управління медсестринською освітою як система формується лише останніми роками і реалізується в тісному взаємозв'язку зі структурно-функціональними реформами галузі охорони здоров'я України [9; 10] та на принципах медсестринської моделі підготовки фахівців зі спеціальності “Сестринська справа” [7]. Цьому посприяло вивчення міжнародного досвіду та впровадження пропозицій щодо програми розвитку медсестринства України [11].

Інформаційно-комунікаційне забезпечення розвитку медсестринської освіти та медсестринства в цілому розглядається нами з державницьких позицій та у загальному контексті реформування галузі охорони здоров'я. Саме тому медсестринську освіту як систему, що потребує адекватного державного

управління, ми розглядали в контексті функціональних взаємозв'язків її компонентів – підсистем, зокрема таких: “Міжнародні зв'язки з медсестринства” (МЗМ), “Нормативно-методичне забезпечення медсестринської освіти” (НЗМО), “Ресурсозабезпечення медсестринської освіти (заклади, кадри)” (РСМО), “Навчально-методичне забезпечення медсестринської освіти” (НМЗМО), “Оцінка якості медсестринської освіти” (ОЯМО), “Розвиток професійних медсестринських асоціацій та засобів і форм громадсько-державної підтримки медсестринства” (ПМА). Розвиток системи медсестринської освіти вимагає наявності адекватних інформаційно-комунікаційних каналів, у першу чергу – внутрішньосистемних.

Проведене нами аналітичне дослідження розвитку системи медсестринської освіти показало, що вказані підсистеми медсестринської освіти характеризуються різним гістерезисним станом, зокрема, лише два компоненти (НЗМО та РСМО) системи медсестринської освіти існували на момент проголошення незалежності України, тоді як інші три – результат реалізації принципів державного управління в останні роки. Тобто медсестринська освіта останніми роками пройшла значний шлях реформування та доорганізації як система, що, звичайно, потребує вивчення взаємозв'язків між її компонентами-підсистемами з метою управління їх розвитком.

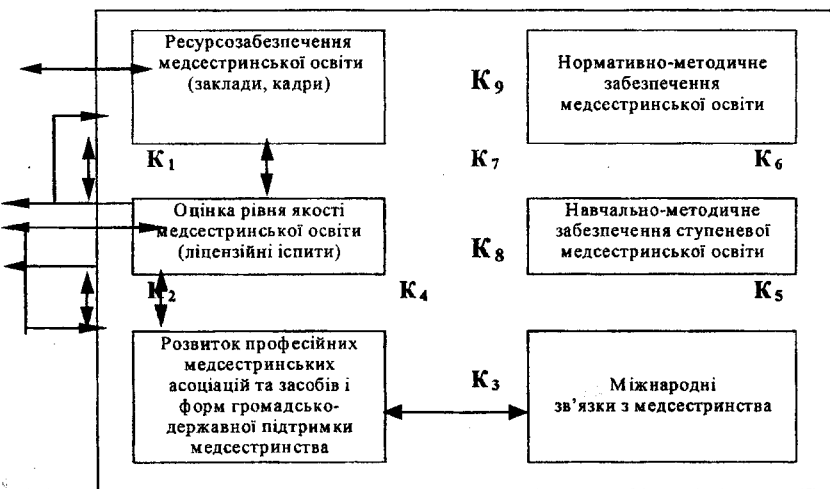


Рисунок. Основні канали інформаційно-комунікаційного забезпечення взаємозв'язків між компонентами системи управління ступеневою медсестринською освітою в Україні (суцільною лінією позначено комунікаційні канали, створені в період 1996–2002 рр.)

Для відображення системи управління медичною освітою України (рисунок; станом на 1 серпня 2002 р.) застосовано авторський метод “останнього повідомлення”, який дозволяє дати узагальнену хронологічну характеристику наповнюваності комунікаційних каналів (K₁–K₉) відповідно до управлінських рішень, зафіксованих у вигляді різних за формою нормативних документів.

Хронологічний аналіз комунікаційних каналів управління медсестринською

освітою України показує, що нормативне наповнення інформаційно-комунікаційних каналів управління – різне за термінами та за формою управлінських рішень. Так, якщо інформаційні канали K_1 [5], K_2 [3], K_3 [8] та K_4 [3] і K_5 [5] мають “останнє повідомлення”, датоване першим півріччям 2002 р., то канали K_6 [6] та K_9 [4] наповнювались у 2001 р.; хронологічно відносно незмінним є нормативне наповнення – K_8 [1] та K_7 [2]. Тобто опрацьований нами метод відображення стану системи нормативного забезпечення державного управління медсестринською освітою дозволяє об’єктивізувати гістерезис об’єкта та інформаційно-комунікаційні процеси.

Література:

1. Постанова Кабінету Міністрів України від 20 січня 1998 р. № 65 “Про затвердження Положення про освітньо-кваліфікаційні рівні (ступеневу освіту)”.
2. Постанова Кабінету Міністрів України від 7 січня 1998 р. № 1247 “Про розроблення державних стандартів вищої освіти”.
3. Про введення в систему додипломної і післядипломної освіти молодших медичних спеціалістів курсів та циклів удосконалення з актуальних питань планування сім’ї та збереження репродуктивного здоров’я жінок: Наказ МОЗ України № 160 від 30 квітня 2002 р.
4. Про затвердження Примірного положення про базове медичне училище (коледж) та переліку базових вищих медичних навчальних закладів I-IV рівнів акредитації: Наказ МОЗ України від 25 червня 2001 р. № 247.
5. Про організаційні заходи щодо підготовки та проведення ліцензійних інтегрованих іспитів зі спеціальності “Сестринська справа” (рівень молодшого спеціаліста) у вищих медичних закладах I-IV рівнів акредитації у 2002 році: Наказ МОЗ України від 21 березня 2002 р. № 85.
6. Про призначення відповідальних за реалізацію проекту міжнародної технічної допомоги Агентства США з міжнародного розвитку “Партнерство медичних закладів США та України: Наказ МОЗ України від 25 вересня 2001 р. № 385.
7. Звіт про вивчення медсестринської освіти і діяльності Асоціації медичних сестер Канади (Чернишенко Т.І.) та пропозиції щодо розвитку медсестринства в Україні // Лист МОЗ України від 2 серпня 1994 р. № 2.03 –29/ 1416.
8. Медсестринство України: Наук.-практ. журн. – К., 2002. – № 1. – 48 с.
9. Москаленко В. Ф. Адміністративні та функціональні реформи в системі охорони здоров’я України. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – С. 3–23.
10. Сестринское дело и реформы здравоохранения // Реформы здравоохранения: первичная медико-санитарная помощь и сестринское дело // Совещание ВОЗ Европейских лидеров сестринского дела. – Рейкьявик, 1996. – С.1–4.
11. Чернишенко Т.І. Підготовка молодших медичних спеціалістів і медичних сестер-бакалаврів із сімейної медицини // Вибрані матеріали I з’їзду сімейних лікарів України. – К., 2001. – С. 119–125.

УДК 61:608,3

П.А. ШЕЙКО

НАУКОВО-ІНФОРМАЦІЙНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ІННОВАЦІЙНИХ ПРОЦЕСІВ У ПРАКТИЧНІЙ МЕДИЦИНІ

Розглянуто проблеми інноваційних процесів у практичній медицині та запропоновано ймовірні шляхи їхнього вирішення.

Незалежна Україна на міжнародному рівні лише-но зводиться на ноги і зрозуміло, що на розбудову потрібні значні кошти, яких постійно не вистачає, і так практично в кожній галузі. Але вважаємо, що треба з більш принциповою наполегливістю ставити питання про пріоритетне фінансування науково-інформаційної та патентно-ліцензійної роботи взагалі й зокрема в галузі охорони здоров'я, бо народна мудрість говорить, що все можна купити, окрім здоров'я. Це вже давно зрозуміли люди у високорозвинених країнах, і з цього є неабиякий зиск, принаймні стан здоров'я і рівень тривалості життя їхніх громадян значно вищий, ніж у малорозвинених країнах. Колись Наполеон сказав, що та країна, яка не хоче годувати свою армію, годуватиме чужу, я б перефразував це: та країна, яка не хоче годувати своїх учених, годуватиме закордонних, в усіх високорозвинених країнах це вже давно зрозуміли і з радістю приймають до себе на постійне мешкання передових науковців і винахідників із будь-якої країни світу, щоб вони прославляли досягненнями свою нову батьківщину.

Тож, збільшення фінансування на передові наукові розробки надасть стимул науковцям, винахідникам та раціоналізаторам для проведення нових наукових досліджень. Це дозволило б відновити і розширити структуру наукових та патентних бібліотек та їх філіалів у значній кількості міст нашої країни, що, у свою чергу, дозволило б науковцям, винахідникам та раціоналізаторам мати доступ до вершин світової наукової думки.

До того ж, повинна бути відновлена, а по суті, розроблена заново, система матеріального заохочення науковців, раціоналізаторів та винахідників, для цього повинні бути виділені певні кошти. Це дозволить активно залучити до вирішення нагальних проблем у галузі медицини не лише досвідчених фахівців, а й молодих спеціалістів, які гостро відчують матеріальну залежність і тому в пошуках фінансової підтримки змінюють напрямок своєї діяльності. А країна втрачає дипломованих фахівців у галузі медицини, на підготовку яких було витрачено значні кошти. Не секрет, що багато наших колег втрачає професійні навички, займаючись усім, що пошле доля, аби мати з цього матеріальний зиск.

Збільшення фінансування дасть змогу запровадити при обласних відділах охорони здоров'я систему, яка дозволила б винахідникам та раціоналізаторам отримувати безкоштовну допомогу для вирішення питань з патентно-ліцензійної справи, що значно підвищило б кількість наукових розробок у галузі. При цьому

виникне можливість створити безкоштовну систему навчання та підвищення рівня знань із патентно-ліцензійної справи, принаймні для найкращих, а в перспективі — для всіх охочих, бо кількість із часом переходитиме в якість, що вже доведено на прикладі високорозвинених країн.

Це має привести до створення так званих “гуртків якості” де зацікавлені науковці, винахідники та раціоналізатори зможуть спілкуватися між собою, допомагаючи один одному, а взагалі робитимуть добру справу на користь держави.

Одним із аспектів проблеми фінансування є розроблення дієвого механізму, що сприяв би швидкому впровадженню конкурентоспроможних розробок вітчизняних учених у національну економіку країни.

Спеціалісти в галузі медицини, яких було підготовлено на теренах колишнього Радянського Союзу, завжди на рівних конкурували із зарубіжними фахівцями. Україна має висококваліфіковану систему надання медичної освіти, тому не дивно, що на наших фахівців існує великий попит. У розвинених країнах медичні працівники є однією з високооплачуваних категорій. Постійне недофінансування медичної галузі породжує низку проблем, однією з яких є високий рівень міграції до більш розвинених країн серед фахівців медичної галузі. Велика кількість наших учених, винахідників та раціоналізаторів працює над підвищенням життєвого рівня та подовженням терміну життя в таких високорозвинених країнах, як США, Ізраїль, Канада, ФРН та ін. І це досить прикро, бо наші кошти було витрачено на їхню освіту і фахове становлення. У нашій країні вони стали фахівцями вищої категорії, кандидатами та докторами наук. А нам, оскільки не було змоги виділити кошти на пристойне життя цих людей, доведеться розпочинати все спочатку і підтягувати наукову і винахідницьку діяльність до того рівня, який вже був знаний у світовій спільноті.

Звертаємо увагу ще на одну національну проблему. Система Інтернет-мережі в нашій країні є поки що розкішною і доступна в Києві, обласних центрах і містах обласного підпорядкування, та й то в наукових і науково-дослідних закладах, а також фахівцям, які мають значне матеріальне забезпечення.

Молоді спеціалісти, які направляються при розподіленні переважно в віддалені райцентри та сільську місцевість, не мають змоги користуватися цим благом цивілізованого суспільства, що в цілому збільшує розрив у науковій і винахідницькій діяльності між нашими фахівцями та їхніми колегами з високорозвинених країн.

Рівень матеріального забезпечення, яке свідомо виділяється на заробітну плату молодим спеціалістам є нижчим за офіційно встановлений прожитковий мінімум, що не тільки не дозволяє вести повноцінне життя, а й не дозволяє займатися науковою та винахідницькою діяльністю, тому що кожна з тих книжок, що потрібна фахівцеві для його подальшого вдосконалення, коштує принаймні половину зарплати, а оформлення винаходу із залученням фахівця патентно-ліцензійної справи набагато дорожче. Отже без сторонньої підтримки не може бути й мови про активну науково-винахідницьку діяльність молодих фахівців у практичній медицині. А знайти таку підтримку можуть не всі й не завжди найкращі, що значно знижує наші напрацювання в цьому напрямку.

І тому, аналізуючи ситуацію, яка склалась на сучасному етапі з науковим

інформаційним забезпеченням інноваційних процесів в галузі охорони здоров'я в Україні, потрібно, у першу чергу, довести до владних структур проблему з фінансуванням у галузі науки та винахідницької діяльності взагалі й зокрема в медицині, тому що без цього в наш час високорозвинених технологій неможливо конкурувати з більш розвиненими країнами, і ми все більш будемо скочуватись у неосвіченість і наукову залежність, що, у свою чергу, призведе до подальшої міграції наших талановитих науковців і винахідників, туди де їх оцінять належним чином, де не пошкоджують коштів на створення умов для їх пристойного життєвого рівня. І наше з вами основне завдання – підняти рівень наукових досягнень до вершин світової науки.

ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ ЯК ОСНОВА НОВОЇ ОХОРОНОЗДОРОВЧОЇ СТРАТЕГІЇ

УДК: 616-058-053.5:616.12-008

Л. Ф. БОГМАТ, С. Р. ТОЛМАЧЕВА

ОБОСНОВАНИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ СОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Розглянуто стан дітей-інвалідів з патологією серцево-судинної системи, виявлені порушення з боку інших органів і систем, а також нервово-психічної сфери, що значно прискорює розвиток їх соціальної адаптації. З розрахунком виявлених порушень визначена необхідність проведення реабілітаційних заходів в умовах реабілітаційних центрів групою фахівців різного профілю.

Инвалидность у взрослых часто обусловлена патологией, берущей начало в детском и подростковом возрасте. Известно, что закономерным следствием хронических заболеваний являются нарушения состояния здоровья, которые приводят к ограничению жизненных и социальных функций, свойственных возрасту, т.е. к состояниям, которые традиционно определяются понятием "инвалидность".

На основании международной классификации последствий болезней (где введены три главных компонента: нарушение – ограничение жизнедеятельности – социальная недостаточность) к категории детей-инвалидов в соответствии с Приказом МЗ Украины № 454/471/516 от 8 ноября 2001 г. относятся дети, имеющие значительные ограничения жизнедеятельности, приводящие к социальной дезадаптации вследствие нарушения развития и роста ребенка, его способностей к самообслуживанию, передвижению, ориентации, контролю за своим поведением, обучению и трудовой деятельности в будущем [1].

В последние годы в Украине отмечается рост числа детей и подростков с заболеваниями органов кровообращения [2]. У детей первых лет жизни инвалидность чаще связана с врожденными пороками сердца и сосудов, а в последующие годы – с кардиомиопатиями, аритмиями, артериальными гипертензиями различного генеза, миокардитами. Но какая бы ни была природа заболеваний сердечно-сосудистой системы в основе развития инвалидности лежат расстройства гемодинамики, связанные с нарушением насосной функции миокарда, т.е. с развитием хронической сердечной недостаточности.

Хроническая сердечная недостаточность с длительным венозным застоем

крови, нарушением микроциркуляции, нейрогуморальными сдвигами и гипоксией способствует глубокому нарушению функции внутренних органов и систем, а также развитию существенных метаболических нарушений в организме, которые нередко значительно усугубляют общее состояние больного.

Кроме изменений в системе кровообращения, у детей-инвалидов выявляются нарушения со стороны органов пищеварения, дыхания и мочевыделительной системы. Особая значимость в формировании социальной дезадаптации принадлежит психическому здоровью не только ребенка, но и семьи, где он воспитывается [3]. Исследованиями, проведенными у 100 детей с хроническими заболеваниями органов кровообращения, установлено, что у 90 % из них имеются различные изменения других органов и систем, в том числе и нервной. При этом психические расстройства, преимущественно невротического регистра (тревожность, фобии, диссомнические нарушения и др.), сопровождаются резким снижением интеллектуально-мнестических функций [4].

У большинства детей доминирует феномен социально-психологической изоляции, одиночества в макро- и микросоциуме, разобщенности в семье, а также элементы скрытой и явной агрессии, отсутствие жизнерадостности, пониженный фон настроения.

Установлено, что на формирование нервно-психических расстройств, психической дезадаптации детей-инвалидов с заболеваниями органов кровообращения, а также на эффективность реабилитационных мероприятий существенное влияние оказывает уровень психического здоровья семьи, который, как правило, у большинства из них низкий.

Все вышеизложенное обозначает многоплановость подходов к разработке реабилитационных программ для детей с заболеваниями органов кровообращения. Основные усилия должны быть сосредоточены на профилактике социальной дезадаптации, что достигается ограничением прогрессирования самого хронического соматического заболевания. В реабилитационных программах, кроме патогенетических средств, большое внимание необходимо уделить коррекции психического здоровья ребенка и семьи, в которой он воспитывается. Эти программы необходимо проводить с первых дней установления диагноза, и они должны быть наиболее приближенными для каждого ребенка и его семьи.

Таким образом, у детей с хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями реабилитационные программы должны быть направлены на предупреждение развития основного заболевания и его осложнений. Особое значение психологического здоровья в формировании социальной дезадаптации определяет необходимость воздействия не только на ребенка, но и на членов его семьи. Весь комплекс реабилитационных мероприятий возможно осуществить лишь в условиях реабилитационных центров с участием группы специалистов различного профиля (кардиологи, психоневрологи, психологи, социальные работники).

Література:

1. Международная номенклатура нарушений, ограничения жизнедеятельности и социальной недостаточности. – М., 1994. – 196 с.
2. Проблемы медицинской реабилитации детей и подростков на современном этапе // Мед. реабилитация в педиатрии. – 2002. – № 7. – С. 3–5.
3. Клинические и психологические аспекты реакции на болезнь / А.Б. Смулевич, А.Ш. Тхостов, А.Л. Сыркин и др. // Журн. неврологии и психиатрии. – 1997. – № 2. – С. 4–9.
4. Михайлова Э.А., Богмат Л.Ф., Толмачева С.Р. Программный подход к охране психического здоровья у детей и подростков с хроническими соматическими заболеваниями // Укр. вісник психоневрології. – 2000. – № 8 (3). – С. 84–86.

УДК 316.346.32

Д.О. БЕЗКОРОВАЙНИЙ, В.М. КЛОЧКО

КІБЕРНЕТИКА ВАЛЕОЛОГІЇ

Розглянуто кібернетику валеології (КВ) як об'єкт дослідження з використанням методів аналогій і системного аналізу ієрархій. Зроблено спробу застосувати закон семи "С" у практиці оновлення системи КВ та викладено головний метод її досліджень – моделювання та цілі моделювання, модель алгоритму загального циклу обстежень індивіда і соціогруп.

Здоров'я нації – державний скарб. До 1980-х рр. право на систему управління здоров'ям як кожного індивіда, так і соціогруп нації мала фізична культура. З 1987 р. свій інформаційний та практичний простір у науці займає валеологія. Як наукова дисципліна вона практично виникла із профілактичної медицини. Головні завдання валеології: "...розробка і реалізація уявлення про сутність здоров'я, пошук моделей його вивчення і методів оцінки. Здоров'я розглядається як самостійна соціально-медична категорія, сутність яка може бути кількісно і якісно охарактеризована прямими показниками; ...кількісна оцінка здоров'я індивіда, розробка на цій основі системи скринінгу і моніторингу стану здоров'я нації..." [1]. Рішення цих завдань проводиться на базі стику наукових напрямків різноманітних гілок філософії, медицини, соціології, педагогіки, теорії та практики фізичної культури і спорту та ін. А такі засади, як "...моделі, методи оцінки, ...системи скринінгу і моніторингу..." є об'єктами кібернетики. Тому виконання рішення завдань валеології на базі стику наукових напрямків підлягають під дві фундаментальні ідеї кібернетики: "...інформація – важливіша характеристика матерії... та... різні процеси управління мають єдиний методологічний підхід..." [2]. Предметом кібернетики є аналіз загальних процесів, які мають місце в процесах управління і зв'язку в будь-яких системах, незалежно від їх фізичної реалізації, від того, яку форму руху матерії (фізичну, хімічну, біологічну або соціальну) вони представляють. Визначення кібернетики валеології (КВ) ми застосовуємо методом аналогій, як і кібернетику

медицини. КВ – напрям кібернетики, який досліджує процеси управління і зв'язку у валеології і потребує ще свого дослідження в системі наукових знань. Предметом досліджень КВ також є види інформації, її системи накопичення та переробки, системи зв'язку та управління, які є в людському організмі і системі валеології. Розглядаючи кібернетичний термін “система” [3], відзначимо, що вона як частковий аспект системного світу має такі основоположні властивості:

- цілісність і членимість;
- структурованість;
- взаємозв'язок елементів і підсистем (організацію);
- алгоритмічність функціонування як визначену послідовність подання інформації;
- емерджентність як одержання нової якості системи, якої не мають її елементи і підсистеми.

Якщо відсутня хоча б одна з основоположних властивостей, то це вже не система, а елемент вищої ієрархії системи.

Світова практика розвитку соціальних систем наполягає на впровадженні в “керівник – Ентузіаст керівник керівника”. Порушення цього закону наближає невиконання функцій і поступову загибель системи як організації. Нами представлена спроба застосувати цей закон семи “С” у практиці оновлення системи КВ (рис. 1).

		Управління системою КВ			
		↓			
		Експертна рада			
		↓			
		Організація	База	Об'єкт	
1С	Ієрархія принципів кібернетики валеології	Стратегія	Проблеми, підсистеми, цілі	Система КВ та її оптимальні параметри	Ієрархія системи кібернетики валеології
2С		Структура	Ресурси, загальна схема робіт	Система КВ у цілому	
3С		Система	Загальна системна методологія	Підсистеми системи КВ	
4С		Склад кадрів	Методологічна та наукова інформація, нормативи	Виконавці в підсистемах КВ	
5С		Стиль керівництва	Від формального авторитарного до демократичного	Управлінці в системі КВ, вихователі	
6С		Сукупність знань	Принципи реалізації, неформальні та штатні технології, методики КВ	Система підвищення кваліфікації та технізація КВ	
7С		Сумісно поділяемі цінності	Підтримка рівня та імідж системи КВ	Здоров'я нації	
Етапи життєвого циклу системи кібернетики валеології					

Рис. 1. Ієрархія стратегії вирішення проблем системи КВ

КВ використовує систему знань фізичної культури, медицини, охорони здоров'я, педагогіки та загальної кібернетики. Головний метод досліджень у КВ – метод моделювання. Центральний метод моделювання в КВ – метод “чорного ящика” (ЧЯ). Ним проводиться вивченням змін параметрів на вході та виході об'єкту. У таблиці надано види моделей ЧЯ та вказані цілі, для реалізації яких можуть впроваджуватись ці моделі.

Таблиця

Моделі системи кібернетики валеології

Види моделей ЧЯ	Цілі створення моделей ЧЯ
<p>1 модель типу “чорний ящик”</p> <p>вхід вихід</p> 	<p>Оцінка діяльності людини, соціальної групи людей, системи кібернетики валеології по кінцевому результату</p>
<p>2 модель складу системи</p> <p>вхід склад системи вихід</p> 	<p>Оцінка стану здоров'я людини, соціальної групи людей, стану системи кібернетики валеології</p> <p>Оцінка потенціалу здоров'я людини, соціальної групи людей, потенціалу системи кібернетики валеології</p> <p>Оптимізація складу системи</p>
<p>3 модель структури системи</p> <p>вхід структура вихід</p> 	<p>Діагностика підсистем людини, соціальної групи людей</p> <p>Оцінка потенціалу здоров'я</p> <p>Виявлення релевантних параметрів (показників) для управління системою охорони здоров'я</p>
<p>4 структурна схема системи</p> <p>вхід функціонування вихід</p> 	<p>Оцінка рівня здоров'я людини, соціальної групи людей</p> <p>Розробка класифікаторів</p> <p>Оцінка функціонування системи КВ</p> <p>Прогноз функціонування системи КВ</p> <p>Оцінка та прогноз розвитку</p>

Завдяки визначеному вище підходу є можливість застосовувати методи антиципації (наукового передбачення) та створювати моделі-еталони “здоров'я людини, соціальної групи” на різних етапах життєвого циклу.

Об'єкти КВ – людина (її підсистеми), соціальні групи людей, нація. Для оцінок їх здоров'я постійно необхідні різнотипні обстеження та дослідження. Вони виконуються з деякими технологічними послідовностями, які можна звести до певного алгоритму та представити у вигляді блок-схеми обстеження індивіда або групи. Для вирішення масштабних проблем обстеження та дослідження людини

(її підсистем), соціальних груп людей, нації необхідні автоматизовані системи обстеження та дослідження на базі ПК. Нижче наведемо модель загального циклу обстеження та дослідження індивіда або групи (рис. 2).

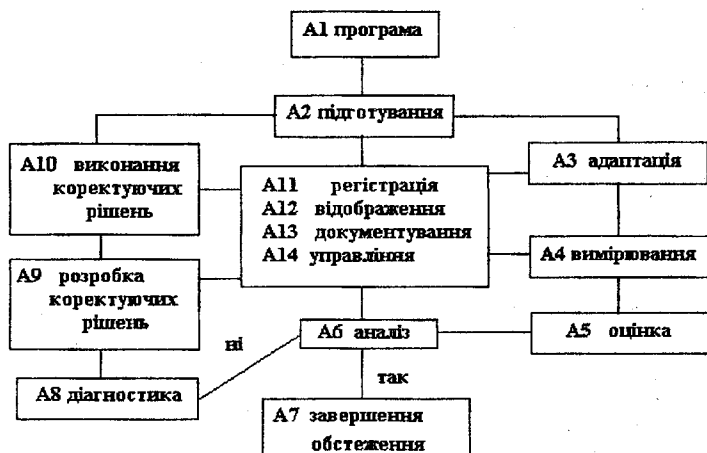


Рис. 2. Модель-схема алгоритму загального циклу обстежень людини

Зазначимо, що моделі бувають вербальні (словесні), структурні (графічні), таблицьні, математичні та їх суміш. Наприклад, картка обліку факторів ризику (КОФР) форма №025/у є базовим шаблоном моделі обстеження людини, його “паспортом здоров’я” [4]. На базі розробок КОФР з паління, алкоголізму, гіподинамії та ін. маємо розробляти комплексні буклети сімейного лікаря. Ці моделі “оживають” у мозку лікаря і ПК. Програми моніторингу сім’ї повинні стати необхідним атрибутом нашого життя. На базі сімейної інформації можуть розроблятися комплексні програми профілактики захворювань та індивідуальних методик фізичного оздоровлення та спортивної підготовки.

Література:

1. Буніч Є.Г., Муравйов І.В. Валеологія. Теоретичні основи валеології: / Навч.посіб.– К.: ІЗМН, 1997. – 224 с.
2. Винер Н. Кибернетика или Управление и связь в животном и машине. – 2-е изд. – М.: Сов.радио, 1968. – 328 с.
3. Ключко В.М. та ін. Оцінка науково-технічного рівня і наукового потенціалу НДІ та КБ галузі. Галузева методика. – Дніпропетровськ: Вид-во ДДУ, 1993. – 160 с. – Рос. мовою.
4. Охорона громадського здоров’я: управлінські аспекти: Навч.посіб. / Л. Жаліло, Волос та ін.; Кер. авт. кол. Л. Жаліло. – К.: Вид-во УАДУ, 2001. – С. 80–82.

УДК: 614:94(477.54)

Л.Д. БОЖКО

ВКЛАД ХАРЬКОВСКИХ УЧЕНЫХ В РАЗВИТИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ХАРЬКОВА В XIX в.: ИСТОРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ МЕЖСЕКТОРАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

В історичному аспекті розглянуто питання зародження та розвитку лікувальної справи в Харкові й охорони здоров'я харків'ян. Розглянуто внесок учених Харківського університету в справу вирішення питань охорони здоров'я, навколишнього середовища та покращання умов життя харків'ян.

Человеческое здоровье, будучи уникальной ценностью, само по себе является еще и составной частью природно-ресурсного потенциала каждого государства, в том числе и Украины. Являясь одним из важнейших факторов влияния на геополитическое положение государства или региона, природно-ресурсный потенциал влияет на это положение и опосредовано – через развитие и условия размещения промышленности, энергетики, экологическую обстановку, определяющие показатели заболеваемости и смертности населения. С этой точки зрения решение проблем состояния трудовых ресурсов и их экологической среды обитания требует к себе внимания не только врачей, но и специалистов из других областей знания.

Говоря о развитии здравоохранения в Харькове, нужно вернуться к его истокам. Поскольку в кон. XVIII – нач. XIX вв. Харьков был пограничным городом на южных рубежах Российской империи, ему приходилось постоянно нести расходы на размещение военных постояльцев и их лечение. В городе существовала городская больница, которая была непостоянной. В 1830 г., в связи с эпидемией холеры приходится открыть временные больницы, но уже не для постояльцев, а для самих горожан.

Городская больница, устроенная в 1811 г., была рассчитана на 25 человек, но были годы, когда через больницу проходило более 1000 человек. В 30-х гг. XIX в. в Харькове была учреждена должность городского врача, состоящего на службе при полиции для исполнения её поручений. При враче был лекарский ученик. В самом конце 1860-х гг. город стал содержать двух повивальных бабок. Собственных больниц у города не было. В исключительных случаях, например, во время холерных эпидемий, по требованию начальства думой устраивались временные больницы, они закрывались после прекращения эпидемии.

К пониманию необходимости иметь постоянную городскую больницу харьковчане пришли только в конце 1860-х гг. Началась постройка Александровской больницы для чернорабочих.

Следует заметить, что Харьков XIX в., в силу климатических условий и географического положения (плохое качество воды, близость подпочвенных вод

и расположение значительной части города на болотистых низинах), не принадлежал к поселениям благоприятным для жизни и здоровья. Он отличался высоким уровнем заболеваемости и смертности, особенно детской. Врачебная помощь в нём была поставлена крайне неудовлетворительно. Врачей было очень мало: врачебный инспектор, хирург, акушер, уездный врач – вот и весь медицинский персонал тогдашнего Харькова.

В этом плане большую помощь городу оказывали ученые Харьковского университета, который начал свою деятельность в 1805 г. Лашкевич, Грубе, Лазаревич, Гиршман – все это были крупные светила медицинской науки, привлекавшие в харьковские университетские клиники больных со всех концов России. Кроме врачей и университетских профессоров-медиков вопросами, связанными с охраной здоровья, занимались и другие видные харьковские ученые того времени [2].

В.Н. Каразин занимался изучением колодцев с “минеральной водой”. В результате чего была опубликована его статья “О целебной воде в дачах над Орелью”. В ней автор приводит подробный химический анализ грунтовых вод колодцев упомянутой местности и выдвигает вопрос о возможном лечебном значении этих вод.

Летом Харьков страдал от пылевых бурь. В.Н. Каразин предлагал свои методы борьбы с ними. В статье “Некоторые замечания о Слободско-Украинской губернии” ведя речь об улучшении грунта и климата губернии, он пишет: “Особливо если будет остановлено истребление лесов, которые имеют, как известно, господствующее влияние на сухость или влажность атмосферы, и, следовательно, на плодоноsie”. В статье “О важности лесоводства, наипаче для России” Каразин показал роль леса как регулятора стока рек, как защиту от ветра. Уничтожение же лесов на юге ведет к проникновению южных и южно-восточных ветров и, как результат, к засухам. Свою статью он оканчивал следующими словами: “Зелёный шар не охлаждает – не верьте вымыслам учёных. Опустошение, чинимое рукою человека, одно причиняет зло и смешивает климат”. Таким образом, ещё в то время В.Н. Каразин смог предвидеть, какую угрозу природе и людям несёт человеческая деятельность, и предлагал пути устранения её последствий [4].

А.И. Стойкович занимался физикой и физической географией. Он уделял внимание причинам, “делающим воздух неспособным для дыхания и о средствах против порчи его”.

Изучением целебных минеральных вод, открытых в разных местах Харьковской области, занимались профессор Гизе и профессор Шумлянский [3].

В химической лаборатории Харьковского университета постоянно занимались исследованием химического состава вод питьевых источников района Харькова – Павловских, Карповских, Куряжских, Синелещевских, а также Богодуховской, Ключковских и Немышлянских криниц.

Как уже отмечалось, Харьков стоял перед острой проблемой недостатка качественной питьевой воды. Именно с решением этих практических задач связаны работы Н.Д. Борисяка, И.Ф. Леваковского и А.В. Гурова.

Вопросы прогноза глубокого бурения в Харькове, которое доставило бы городу самоизливающуюся воду в значительном количестве, получили впервые блестящую разработку в работе Н.Д. Борисяка “О возможности бурения в

Харькове артезианского колодца”. Проблеме качества воды посвящена его же статья: “О чистоте воды в Харьковских реках”.

Первое бурение глубокой скважины было осуществлено в Харькове в 1886 – 1889 гг. учеником Н.Д. Борисяка Л.В. Гуровым. Оно позволило открыть богатые подмеловые артезианские воды, и в какой-то мере, решить вопрос питьевой воды.

Из стен харьковского университета, главным образом химического факультета, в 60 – 90-х гг. XIX ст. вышло значительное количество работ, посвященных химического состава вод артезианских скважин, грунтовых колодцев и источников. Среди них особенно следует отметить работы Н.Н. Бекетова (1864 г.) по исследованию вод Березовского минерального источника, работы А.Д. Чирикова, И. Турбина, В.А. Геммилиана, С.С. Аксёнова, И.Д. Жукова, Г. Томашевского, П.Н. Лощинкова и других по исследованию преимущественно вод питьевых источников района Харькова [1].

Так вкратце можно охарактеризовать вклад учёных Харьковского университета по улучшению жизни и здоровья харьковчан на протяжении XIX в. Результатом деятельности названных учёных было то, что улучшилось водообеспечение населения, а следствием стало уменьшение заболеваемости населения. Культурно-просветительская работа привела к повышению уровня культуры в быту и тем самым так же способствовала снижению заболеваемости и смертности.

Литература:

1. *Багале́й Д.И., Миллер Д.П.* История города Харькова за 250 лет его существования (1655–1905 гг.): Репринт. – Х., 1993. Т. 2. – 973 с.
2. *Багале́й Д.И.* Роль Харьковского университета в деле исследования местного края (1805–1815 гг.) / Харьк. губерн. вестн. – 1915. – 17 января.
3. *Гизе Ф.И., Шумлянский П.М.* Физико-химическое и врачебное испытание минеральных целительных вод и некоторой глины, отысканных в Полтавской губернии в Константиноградском повете, близ реки Орели. – Х. – 1806. – 40 с.
4. *Дуби́нский Г.П.* Роль В.Н. Каразина в развитии отечественной метеорологии // Ученые зап. ХГУ. Т.XLI. Труды геогр. факульт. – Х.: Изд-во ХГУ, 1952. – Т.1. – С. 65–78.

УДК 614.274-3

С.В. ГЕРАСИМЕНКО

ХВОРИ НА ЮВЕНІЛЬНИЙ ДІАБЕТ: ДООРГАНІЗАЦІЯ СИСТЕМИ ДЕРЖАВНОГО САНІТАРНОГО НАГЛЯДУ

Розглянуто обґрунтування з точки зору гігієни доорганізації системи державного санітарного нагляду хворих на ювенільний діабет з урахуванням компонентів існуючої системи та з використанням новітніх експрес-методів оцінки ефективності. Проаналізовано принципи доорганізації системи та за результатами власного дослідження наведено рекомендації щодо розглянутої проблеми.

Відомо, що поширеність цукрового діабету (ЦД) I типу є найбільш істотним індикатором проблем суспільного здоров'я: захворюваності, інвалідності, смертності, діагностики та профілактики [4; 5]. Кількість хворих на ЦД у світі складає близько 120 млн осіб (2,5 % населення) та кожні 10 років подвоюється. В Україні – близько 900 тис. хворих на ЦД, серед яких більше 15 % – хворі I типу [7]. За сучасних обставин, проблема ЦД посідає головне місце в системі охорони здоров'я і суспільстві у цілому та є найбільш ресурозатратною і недостатньо вивченою [4]. Лише інтеграція профілактичних та лікувальних принципів може дозволити комплексно обґрунтувати гігієнічні заходи [6; 7].

Дослідженнями останніх років, поряд з подальшим вивченням епідеміологічних аспектів, показана клінічна неоднорідність ЦД та, зокрема його I типу з домінуванням лабільних форм [5; 6]. Нагальними проблемами, які потребують подальшого вирішення, є удосконалення принципів гігієни та розробка засобів контролю фізіологічних механізмів компенсації, одним із фундаментальних серед яких є фізіологічна повноцінність харчування [6; 8 – 10].

Принципи організації та профілактичної спрямованості, які закріплені вищезгаданим законом, потребують практичної реалізації та реального наповнення технологіями практичної діяльності спеціалістів. Саме тому останніми роками національна політика у галузі охорони здоров'я спрямована відповідними указами Президента України та базується на впровадженні Національних програм “Діти України” [8], “Цукровий діабет” [9], “Про медико-генетичний моніторинг” [11] у межах “Концепції розвитку системи охорони здоров'я України” [3], основною метою яких є попередження, рання діагностика, підвищення рівня здоров'я та якості життя хворих на ЦД. У той же час у діяльності СЕС практично відсутні науково-обґрунтовані цільові методичні розробки з питань поточного санітарного нагляду, зокрема стосовно гігієнічної оцінки дієтологічного статусу організованих колективів хворих на ювенільний діабет.

Поточний санітарний нагляд за певною кількістю хворих на ювенільний діабет характеризується та повинен передбачати специфічні медико-гігієнічні технології: оцінка раціону харчування із застосуванням засобів та визначальних факторів гігієнічного впливу та специфічних індикаторів ефективності профілактичного впливу. Проведене нами вивчення особливостей дієтологічного статусу хворих на ювенільний діабет дозволило опрацювати принципи доорганізації системи поточного санітарного нагляду.

1. Гігієнічна оцінка дієтологічного статусу хворих на ювенільний діабет у практиці поточного санітарного нагляду характеризується :

- профілактичною спрямованістю гігієнічного впливу, який досягається експрес-аналізом харчового статусу та, при необхідності, його корекцією;
- визначальним фактором гігієнічного впливу є гігієнічна корекція можливих порушень якісного та кількісного складу раціону;
- індикаторами ефективності гігієнічного впливу є: кратність режиму харчування, розмір вуглеводної частки, а також загальна енергоцінність та збалансованість раціону.

2. Поточний санітарний нагляд передбачає наявність специфічних для

організованих контингентів хворих на ЮД технологій діяльності лікаря СЕС :

– оцінки відповідності добового набору, затвердженого та стандартного для цього контингенту хворих (розрахункові методи);

– визначення нутритивного складу харчового раціону (у т.ч. методика Екземплярського для визначення добової калорійності) та фактичної фізіологічної повноцінності, кратності режиму харчування, розміру вуглеводної частки;

3. Ефективність поточного санітарного нагляду за хворими на ЮД визначається контролем та своєчасною корекцією:

– загальної енергоцінності раціону, яка повинна складати 2200-3200 ккал з диференціацією та урахуванням віку, статі і збалансованості основних нутрієнтів (13:27:60) відповідно діючим НФПНУ;

– режиму харчування;

Кількість прийомів їжі має становити 7 разів на добу, з трьома основними, трьома додатковими та одним допоміжним інтервалом, загальна калорійність (100 %) розподіляється відповідно: 25 %, 5 %, 25 %, 5 %, 25 %, 5 %, 10 %, їжа має містити велику кількість легкозасвоюваних вуглеводів (сок, фрукти, білий хліб, печиво, цукор);

– збалансованості вуглеводної частки, яка структурно повинна складатися із 88,0–89,0 % крохмалю, 6,0–7,0 % – легкозасвоюємих вуглеводів, 3,0 % – клітковини та 2,0–3,0 % пектину.

4. Інтегральна оцінка ефективності поточного санітарно нагляду за харчовим статусом хворих на ювенільний діабет визначається за “моделлю кінцевих результатів”, яка досить легко адаптується на рівні районної СЕС.

Література:

1. Указ Президента України “Про додаткові заходи щодо забезпечення виконання Національної програми “Діти України” на період до 2005 року” від 24.01.01 № 42/2001.

2. Указ Президента України “Про Комплексну програму “Цукровий діабет” від 21.05.1999 р. № 545/99.

3. Указ Президента України “Про Концепцію розвитку охорони здоров’я населення України” від 07.12.2000 р. № 1313/2000.

4. *Ефимов А.С.* Актуальные проблемы клинической диабетологии // *Медицинский вестник*. – К., 2001. – № 1. – С. 44 – 49.

5. *Ефимов А.С., Скробонская Н.А.* Клиническая диабетология. – К.: Здоров’я, 1998. – 320 с.

6. *Ефимов А.С., Скробонская Н.А., Ткач С.Н., Сакало Е.А.* Инсулинотерпия больных сахарным диабетом. – К.: Здоров’я, 2000. – 248 с.

7. *Задачи по достижению здоровья для всех. Европейская политика здравоохранения.* – Копенгаген: ВОЗ, 1998. – С. 188.

8. *Зефирова Г.* Диетотерапия – универсальный метод // *Диабет и образ жизни*, 1991. – № 1. – С. 21–27.

9. *Касаткина Э.П.* Сахарный диабет у детей. – М.: Медицина, 1990. – 272 с.

10. *Смоляр В.И.* Рациональное питание. – К.: Наук. думка, 1991. – 368 с.

11. Цільова комплексна програма генетичного моніторингу в Україні на 1999 – 2003 роки, затверджена Указом Президента України від 04.02.1999 р. № 118/99.

УДК 613.84

Г.Т. ГОЛОВЧЕНКО, Т.В. БОНДАРЕНКО,
Е.К. КАМАЕВА

ИССЛЕДОВАНИЕ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ И РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ТАБАКОКУРЕНИЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ

Розглянуто питання про недостатню просвітницьку роботу в учбових закладах, про слабкий внесок медичним персоналом засобів і методів профілактики хронічних неінфекційних захворювань серед молоді, що навчається.

В начале XXI в. сердечно-сосудистые заболевания по-прежнему остаются основной причиной высокой смертности населения Украины. За последние 20 лет накоплен значительный международный опыт в понимании механизмов развития этих заболеваний, разработке их профилактики. Это позволяет снизить смертность и увеличить продолжительность жизни людей. Несмотря на это, внедрение методов профилактики в практику кардиологов и врачей-терапевтов осуществляется медленно. До сих пор основную практическую и просветительную работу с населением в этом направлении выполняют специалисты физического воспитания и валеологии [2].

Установлено, что повышенный риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, в частности ишемической болезни сердца, связан в основном с неправильным образом жизни, а именно: употребление пищи с повышенным содержанием жиров, холестерина и калорий, а также курение, чрезмерное употребление алкоголя, гиподинамия.

В процессе пятилетнего проспективного исследования, включающего более 17 тыс. наблюдений, проводимого в Институте терапии АМН Украины под руководством академика Л.Т. Малой, в Харькове и области выявлена следующая динамика факторов риска упомянутых заболеваний. Наблюдается тенденция к снижению гиперхолестеринемии (у мужчин с 55,1 до 48,3 %, у женщин с 38,2 до 32,1 %), к снижению количества людей с избыточной массой тела (мужчин с 15,3 до 12,9 %, женщин с 34,0 до 25,2 %). У мужчин наметилась четкая тенденция к снижению массы тела. Процент курящих сохраняется высокий: 52 % мужчин и 24 % женщин в возрасте от 25 до 64 лет. Возросла распространенность артериальной гипертензии (у мужчин с 34 до 42 %, у женщин с 27 до 41 %). Увеличилась в 1,3 раза частота выявления ишемической болезни сердца в популяции, прежде всего среди лиц молодого возраста (у мужчин с 6,7 до 8,8 %, у женщин с 5,7 до 7,6 %) [3].

Учитывая тот факт, что хронические неинфекционные заболевания

способствуют утрате трудоспособности и смертности, есть основание рассматривать их как социальную проблему общества и искать пути профилактики. Одним из них является здоровый образ жизни. С каждым годом все больше информации о том, что малоподвижный образ жизни и вредные привычки представляют серьезную угрозу для здоровья человека [5].

Наблюдение за 14 786 выпускниками американских колледжей позволило построить так называемые кривые жизни, наглядно подтверждающие влияние двигательной активности, курения и гипертензии на смертность, по крайней мере, до 85-летнего возраста [4].

Различия между наименее и наиболее активными испытуемыми начинают проявляться уже в молодом возрасте, причем с годами это различие становится все очевиднее. Риск ранней смерти среди представителей средней группы активности оказался ниже на 1/4, а среди представителей наиболее активной группы – на 1/3.

Изучение взаимосвязи между курением и относительным риском смерти от разных причин показало, что только 72 % заядлых курильщиков имеют шанс дожить до 70 лет (по сравнению с 95 % некурящих). До 85 лет могут дожить лишь 30 % курящих и 51 % некурящих.

В ходе тех же наблюдений установлено, что продолжительность жизни существенно зависит от состояния сердечно-сосудистой системы, уровня энергозатрат вследствие выполнения физической нагрузки небольшой и средней интенсивности.

При любом уровне энергозатрат риск смерти существенно ниже при условии выполнения физических нагрузок средней интенсивности. Пониженный риск смерти вследствие сердечно-сосудистых заболеваний среди наиболее физически активных выпускников наблюдался когда еженедельные энергозатраты были не более 2 500 ккал.

Более и менее интенсивная активность оказывает в равной степени положительное влияние. Для того чтобы извлечь максимальную пользу от физических занятий невысокой интенсивности (с точки зрения риска сердечно-сосудистых заболеваний), необходимо ежедневно двигаться порядка 2-х часов.

Цель нашей работы – исследовать жизненную активность и распространенность табакокурения среди студенческой молодежи.

Методом анкетирования было обследовано 164 человека. Выборку составили студенты-иностранцы, обучающиеся в государственном вузе и украинские студенты негосударственного вуза. Опрашиваемые студенты имели благополучный социальный статус, в том числе материальную возможность заниматься в физкультурно-оздоровительных клубах по интересам. Одна из задач обследования – сравнить изучаемые показатели студентов 1 – 2 курсов вузов Украины и Афро-Азиатского региона, обучающихся в Украине. Обследовались студенты 1-2 курсов.

Методом анкетирования выявлено, что среди украинских студентов (n=96) курят 46,2 % мужчин и 35,4 % женщин (критерий табакокурения – ежедневное выкуривание 1 и > сигарет). Средний стаж курения соответственно 1,3 и 0,8 года. Сравнительный анализ с данными других авторов (Л.Т. Малая и др., 2001) показал,

что к возрасту 25 – 60 лет распространенность табакокурения у мужчин увеличивается, а у женщин уменьшается, оставаясь высокой.

Среди студентов-иностранцев (n=68) курильщики-мужчины составляют 23,4 %, все обследованные женщины не курят. Стаж курения мужчин – 2,3 года.

Изучая жизненную активность, мы определяли, занимаются ли респонденты физкультурно-спортивной деятельностью в свободное от учебы время. Из числа украинских студентов во время учебы в институте физкультурно-спортивной деятельностью занимаются 45,8 % мужчин и 36,6 % женщин, из числа студентов Африканского и Азиатского регионов – 57,3 % мужчин и 38,7 % женщин.

Было установлено, что подавляющее большинство всех обследованных студентов начали курить во время учебы в институте. Среди мужчин число украинских студентов курящих в 2 раза больше, чем среди студентов-иностранцев. Обследованные студентки Афро-Азиатского региона не курят, в то время как число курильщиц среди украинских девушек составляет 35 %. В результате общения со студентами-иностранцами мы установили, что одна из причин невысокой, по сравнению с нашим регионом, распространенностью табакокурения среди молодежи является запрет религий Востока, а значит и общественное осуждение.

Показания жизненной активности студентов показали, что физкультурно-спортивная активность в период учебы в институте выше у студентов-иностранцев. В значительной степени это связано с примером родителей. Из 68 иностранных студентов 66,7 % ответили, что их родители занимались спортом. В качестве справки заметим, что среди факторов вовлечения людей в физкультурно-спортивную деятельность социологи на первое место ставят именно родительский интерес к спорту. Учитывая эту тенденцию, за рубежом многие спортивные клубы и организации предоставляют родителям возможность заниматься физической культурой одновременно со своими детьми или отдельно, но в то же самое время [1].

Таким образом, мы установили, что украинские студенты меньше занимаются физкультурно-спортивной деятельностью и больше курят, чем студенты стран Азии и Африки, тем самым увеличивая для себя риск не только сердечно-сосудистых, но других хронических неинфекционных заболеваний.

Это свидетельствует о недостаточной просветительной работе, осуществляемой в учебных заведениях педагогами и администрацией, а также о слабом внедрении медицинским персоналом средств и методов профилактики заболеваний среди учащейся молодежи медицинским персоналом.

Литература:

1. *Виноградов П.А., Гуськов С.И.* Рекреация по-американски. – М., 1990.
2. *Головченко Г. Т., Бондаренко Т.В.* Формирование личности специалиста средствами физического воспитания: Учеб. пособие. – Х.: ИВМО “ХК”, 2001.
3. *Малая Л.Т.* Профилактика хронических неинфекционных заболеваний внутренних органов в Украине. Итоги и перспективы // Тез. докл. научной респ. конф. – Х., 2001. – С. 3 – 6.

4. Паффенбаргер Р.С., Ольсен Э. Здоровий образ життя: Пер. с англ. – К., 1999.

5. Хоулі Е.Т., Френкс Б.Д. Оздоровительный фитнес: Пер. с англ. – К., 2000.

УДК 37.013.2:613

М.С. ГОНЧАРЕНКО

СТРАТЕГІЯ І ТАКТИКА ОРГАНІЗАЦІЇ ПІДГОТОВКИ КАДРІВ З КУРСУ ВАЛЕОЛОГІЇ

Одним з найголовніших завдань української національної школи, визначених Державною програмою “Доктрина освіти”, є формування та збереження здоров’я дітей і молоді. Актуальність цієї проблеми зумовлена, в першу чергу, швидким розвитком демографічної кризи і депопуляційних процесів в Україні.

Серед причин кризового становища в Україні – соціально-економічна й екологічна кризи, неефективна стратегія охорони здоров’я, зменшення фінансування системи освіти та недоліки в її організації. Значне психоемоційне перевантаження і недостатня рухова активність учнів обмежують можливості засвоєння ними учбового матеріалу, що може сповільнити і навіть зупинити соціально-економічний розвиток і науково-технічний прогрес нашого суспільства та знизити потенціал держави у ХХІ ст. Але, крім цього, важливу роль у розвитку негативних тенденцій, які визначають стрімке зниження рівня здоров’я населення України, в першу чергу, дітей, підлітків та молоді, відіграють відсутність пріоритету і культури здоров’я, санітарно-гігієнічне невігластво та низька валеологічна свідомість значної частини населення країни [4].

Тому одним із шляхів формування та збереження здоров’я дітей і молоді, передбачених Державною національною програмою “Діти України”, є створення й розвиток системи валеологічної освіти, головною метою якої є формування валеологічного світогляду педагогів та учнів, мотивацій, що забезпечуватимуть активне і свідоме залучення кожного індивіда до процесу створення свого здоров’я. Виникнення такої науки, як валеологія зумовлене соціальними потребами суспільства.

Зазначена система повинна створюватись з урахуванням сучасних вимог до освітньої діяльності. Узагалі, в умовах створення ринку освітніх послуг особливого значення набуває її сервісна орієнтація. Передбачається, що вона буде найважливішою ознакою системи, яка у своїй діяльності повинна поєднувати як потреби державної освітньої стратегії, так й інтереси виробників і споживачів освітніх послуг.

Відповідно до цього система підготовки педагогів-валеологів повинна бути мобільною та здатною до самоорганізації та структурно-функціонального впорядкування.

Важливою умовою забезпечення життєздатності системи підготовки педагогів-валеологів, що розробляється, є проектування її як системи, що забезпечує

реалізацію не тільки освітньої, а й цілого ряду допоміжних функцій, які спрямовано на підтримку та забезпечення практичних потреб валеопедагогічної діяльності. Йдеться про інформаційну, дослідницьку, консультаційну, навчальну, експертну, впроваджуючу діяльність.

З розвитком системи набір цих функцій може поширюватись або видозмінюватись. Але ж провідне місце належатиме освітній діяльності, у межах якої система, що проектується, буде формувати та пропонувати зацікавленим сторонам широкий спектр освітніх послуг у сфері підготовки педагогів-валеологів, а саме:

- отримання професійної освіти в галузі валеології, у тому числі вищої;
- спеціалізація, поглиблення знань в окремих галузях валеології;
- систематична актуалізація, поновлення професійних знань та навичок у галузі валеології;
- реалізація наукових, дослідницьких і творчих інтересів;
- допомога в самоосвіті.

Визначальною умовою у формуванні змісту учбових програм для фахівців-валеологів різного рівня є забезпечення принципу “освіта протягом усього життя” (безперервність валеоосвіти). Це один з основних принципів прогресивної освіти, дотримання якого є обов’язковим для фахівців-валеологів. Валеологи потрібно розуміти, що під час роботи йому доведеться регулярно підвищувати кваліфікацію та професійно вдосконалюватися [8].

Необхідною умовою цього процесу є дотримання послідовності змісту освіти на ранніх етапах навчання, що забезпечуватиме можливість засвоєння освітніх програм протягом різного терміну (одноразово або поетапно).

Важливим моментом у навчанні фахівців-валеологів повинно бути як засвоєння професійних знань, так і поглиблення професійної компетентності, що стає можливим під час чергування періодів навчання (очне, заочне) з практичною діяльністю.

Для одночасного завдання валеопросвіти, валеоосвіти і валеооздоровлення потрібні фахівці різного рівня, викладачі фізичної культури-валеологи, педагоги-валеологи, психологи-валеологи, соціологи-валеологи, лікарі-валеологи, наукові співробітники-валеологи, реабілітологи-валеологи, валеологи-методисти. Повинна бути магістратура з валеології.

Для розробки багаторівневої системи підготовки фахівців-валеологів можна використовувати декілька схем отримання професійної освіти з валеології.

По-перше, важливим убачається введення у вузах додаткового фаху “Педагог-валеолог”, “Валеолог-лікар”, “Валеолог-методист”, “Валеолог-менеджер здорового способу життя”, “Валеолог-психолог”, що забезпечувало б професійну освіту в галузі валеології.

По-друге, у вузах можуть готуватися фахівці-валеологи з подальшою спеціалізацією в окремій галузі валеології на рівні післявузівської освіти.

По-третє, можливе отримання професійної валеологічної освіти в магістратурі тими особами, які мають кваліфікацію бакалавра освіти, та подальше поглиблення знань на післядипломному рівні.

По-четверте, можлива розробка 1-2-річних програм для отримання професійної освіти на післядипломному рівні (очна, очно-заочна форми).

По-п'яте, в умовах перехідного періоду найбільш привабливим убачається варіант поетапного освоєння освітніх професійних програм вищої валеоосвіти на післядипломному рівні.

Крім перелічених вище, можуть бути розроблені й інші варіанти навчання валеологів. Проте виникає необхідність розробки багаторівневої базової моделі навчання валеологів, що передбачатиме широкий спектр індивідуальних освітніх шляхів разом із дотриманням затверджених державою вимог до рівня валеоосвіти.

Вищезгадані обставини впливають на вибір структуростворюючих елементів та проектування організаційно-структурної моделі цієї системи. Передбачається, що вона повинна містити різні типи й види навчальних закладів, а також науково-консультативні, методичні та інформаційні служби. Однак сукупність закладів освіти і служб системи, що проектується, повинна узгоджуватись за своїми цілями, завданнями, рівнями, формами та змістом освіти.

У цій структурі поряд з традиційними організаційними формами (спеціалізовані центри, інститути, педвузи, аспірантура, докторантура) можна передбачити такі форми, як кафедри у вузах, школи компетенції та ін.

Таким чином, назріла необхідність у формуванні моделі підготовки фахівців-валеологів та створенні відповідної системи, яка повинна забезпечити можливість отримання професійної освіти і подальшого безперервного підвищення професійної компетентності або можливості одержання другої вищої освіти. Такою моделлю може стати єдина система підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації кадрів освіти [6].

За умови необхідності формування та збереження здоров'я дітей і молоді України виникають потреби у фахівцях-валеологах, а також в отриманні ними професійної освіти. Запропонована модель може бути використана для організації навчання різних категорій валеологів. У її основу покладено принцип безперервної освіти в змісті підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації фахівців-валеологів. З метою його реалізації необхідно було б підготувати проект стандарту вищої освіти за фахом "Педагог-валеолог", "Асистент педагога-валеолога", "Валеолог-методист", "Психолог-валеолог", "Науковий співробітник (валеологія)".

Затвердження зазначених стандартів дозволило б встановити єдині державні вимоги до змісту та рівня підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації фахівців-валеологів.

Сьогодні убачається актуальним створення 1-2-річних професійних освітніх програм для перепідготовки фахівців-валеологів на післявузівському рівні серед осіб, що вже мають вищу освіту та певний досвід роботи. Тут рекомендовано використовувати гнучкий підхід до форм і строків засвоєння зазначених програм, що дозволило б отримати валеоосвіту як в результаті одночасного, так і поетапного послідовного проходження навчальних дисциплін відповідної професійної освітньої програми.

Важливим є введення до Державного Класифікатора професій ДК 003-95 (зміни та доповнення № 4) нових професійних найменувань робіт "Асистент педагога-

валеолога” (В 3340), “Методист-валеолог” (В 2359.2), “Науковий співробітник (валеологія)” (В 2359.1), “Педагог-валеолог” (В2359.2). У зв’язку з цим необхідно:

- створити нормативну базу для підготовки фахівців-валеологів: педагогів, методистів, наукових співробітників;
- розробити стандарти валеологічної освіти для всіх освітньо-кваліфікаційних рівнів підготовки кадрів та включити їх до Державного стандарту педагогічної освіти;
- доповнити “Перелік спеціальностей для підготовки педагогічних кадрів” (1997 р.) спеціальностями “Педагог-валеолог”, “Асистент педагога-валеолога”, “Методист-валеолог” і “Науковий співробітник (валеологія)”;
- увести до базових навчальних планів середньої, спеціальної та вищої освіти викладання дисципліни “Валеологія” як нормативної;
- створити умови для паспортизації у навчальних закладах дітей, підлітків і студентів за показниками моніторингу психічної, духовної та фізичної складових здоров’я;
- підтримати ініціативу Севастопольського валеологічного центру “Лаукар” створення кодексу валеолога;
- створити творчі колективи для підготовки та рецензування навчальної, навчально-методичної літератури з валеології;
- створити творчу групу вчених і педагогів для розробки моделей шкіл здоров’я сільського та міського типів;
- узагальнити досвід роботи Харківського національного університету ім. В. Н. Каразіна з моніторингу духовної, психічної та фізичної складових здоров’я студентів і впровадити його у навчальних закладах України.

Література:

1. Пособие валеолога-лидера по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции среди молодежи. – Х., 1999. – 42 с.
2. Паспорт здоровья студента / Сост. М.С. Гончаренко, Т.П. Камнева. – Х., 2000. – 30 с.
3. Паспорт здоровья школьника / Сост. М.С. Гончаренко, Т.П. Канева. – Х., 2000. – 28 с.
4. Методическое пособие по валеологическим аспектам диагностики здоровья. / Под ред. М. С. Гончаренко. Х., 2000. – 196 с.
5. Валеологічна освіта в середній школі. Зміна парадигми в світі: метод. рекомендації. – Х., 2000. – 64 с.
6. Програми для підготовки спеціалістів з валеології: для вищих навчальних закладів / Укл. М.С. Гончаренко, Е.Т. Карачинська, Л.І. Рожкова; За ред. проф. М.С. Гончаренко. – Х., 2001. – 110 с.

УДК [616-039.71+362.116]

*С.О. ГРИМБЛАТ, Л.Ф. БОГМАТ,
О.В. РОМАНЦЕВА*

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ НЕСОВЕРШЕННОЛІТНІХ – КАЧЕСТВЕННО НОВАЯ МОДЕЛЬ В ИНФРАСТРУКТУРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Розглянуто підходи до вирішення завдань реформування органів охорони здоров'я в сучасних соціально-економічних умовах, обґрунтовано розробку моделі системи медико-соціальної реабілітації дітей і підлітків групи соціального ризику з розподіленням їх за категоріям. Проведений зв'язок з менеджментом і маркетингом конкретного закладу.

В настоящее время реабилитации как системе мер комплексного воздействия по адаптации и социализации личности в условиях гражданского общества придается очень важное значение.

По определению ВОЗ, реабилитация – это координированное применение медицинских, социальных, педагогических и профессиональных мероприятий в целях подготовки индивидуума на оптимум трудоспособности. При этом врачам отводилась только медицинская часть реабилитационной программы, которая обозначалась как “медицинская реабилитация” [1]. Современные задачи, стоящие перед здравоохранением, требуют принципиально новых решений, исходя из информации о болезнях и их последствиях в социальном аспекте. “Международная классификация нарушений, снижения трудоспособности и социальной недостаточности последствий болезни”, принятая ВОЗ в качестве дополнения к “Международной статистической классификации болезней”, содержит теоретические и методологические подходы к оценке биологического и социального статуса человека, в соответствии с которыми последствия болезней рассматриваются в виде последовательной смены явлений: болезнь – нарушение – ограничение жизнедеятельности – социальная недостаточность [2]. Конечной целью ставится социальная интеграция больного, который является объектом реабилитации. Следовательно, “медико-социальная реабилитация” – устойчивый термин, отражающий новые подходы к решению задач здравоохранения в условиях рыночной экономики.

Увеличение заболеваемости среди детей и подростков, ухудшение их нервно-психического состояния, а также рост случаев социальной дезадаптации несовершеннолетних сопряжены с такими девиантными формами поведения, как бродяжничество, алкоголизм, наркомания, проституция, суициды, правонарушения, агрессивность, нетерпимость и другие. Научная, кадровая и организационная необеспеченность новых форм работы по социализации данного контингента обуславливают необходимость разработки концептуальной модели

системы медико-социальной реабилитации несовершеннолетних. В Харьковской области, выбранной "Украинским фондом социальных инвестиций", наряду с Хмельницкой в качестве пилотных для выполнения проектов по оказанию инновационных социальных услуг приступили к выполнению этой комплексной работы. Данный проект, состоящий из взаимодополняющих модулей, будет осуществляться в условиях всестороннего сотрудничества общественных организаций, органов центральной власти и местного самоуправления, ведущих научных и учебных учреждений Харькова.

На современном этапе социально-экономического развития общества вопросы реформирования системы здравоохранения очень актуальны. Одной из главных целей отрасли становится организация качественно новых моделей ее инфраструктуры. Реорганизация должна проходить системно, комплексно, целенаправленно с учетом особенностей традиций, культурно-духовного наследия украинского народа, имеющегося и приобретенного опыта [3]. Как тут не вспомнить известную всему миру Куряжскую колонию для беспризорников, основанную в Харьковской области и описанную в "Педагогической поэме" А.С. Макаренко, по сути являющуюся прототипом модели реабилитационного центра для несовершеннолетних из группы социального риска. Или тот факт, что Институт охраны здоровья детей и подростков Академии медицинских наук Украины (Харьков) был организован в 1922 г. на базе благотворительного общества "Капля молока", которое, помогая беспризорникам и молодым матерям с детьми, решало медико-социальные вопросы.

Безусловно, успех реформ, проводимых в украинском здравоохранении, будет определяться менеджментом и маркетингом конкретного лечебно-профилактического, научного или учебного учреждения [4]. Менеджмент обеспечит уникальность решений в межсекторальном взаимодействии. Правильно проводимая маркетинговая политика с учетом запросов отрасли и общества, их стратегии и тактики сделает разрабатываемую модель медико-социальной реабилитации несовершеннолетних востребованной.

В настоящее время различают несколько категорий детей и подростков, нуждающихся в применении социально направленных реабилитационных комплексов. Так, у детей с хроническими соматическими заболеваниями, как правило, дезадаптация развивается в связи с углублением патологических изменений со стороны систем и органов. У детей с нервно-психическими расстройствами ресоциализация связана с обострением процесса или усилением ситуативной конфликтности. Существует также и такая категория детей и подростков, когда их дезадаптивное поведение не связано с состоянием соматического и психического здоровья, а обусловлено влиянием среды и аморальным поведением окружающих, в том числе, и родителей, ведущих асоциальный образ жизни. Отдельная категория – это пострадавшие вследствие каких-то чрезвычайных производственно-технических, бытовых или природных бедствий. Нельзя забывать, что нередко имеет место сочетанное воздействие перечисленных причинных составляющих. Учитывая отличия в механизмах и факторах, формирующих категории социально дезадаптированных

несовершеннолетних, система охраны здоровья детей и подростков, наряду с другими ведомствами и службами, занимающимися вопросами профилактики беспризорности и правонарушений среди этого контингента, нуждается в разработке комплексов медико-социальной реабилитации, которые должны осуществляться на уровне индивидуума, семьи и общества. Защитить и сохранить здоровым молодое поколение – потенциальная предпосылка стойкого экономического и социального развития государства.

Литература:

1. Богатырева Р.В., Дринецкий Н.П., Горбань Е.Н. и др. // Мед. реабилитация в педиатрии. – Евпатория, 1998. – Вып. 6. – С. 3 – 7.
2. Международная номенклатура нарушений, ограничения жизнедеятельности и социальной недостаточности. – М., 1994, – 106 с.
3. Журавель В.И., Бирюков В.С., Журавель В.В. // Актуальні питання реформування системи охорони здоров'я на сучасному етапі соціально-економічного розвитку суспільства: Зб. наук. праць. – Х., 2002. – С. 12-13.
4. Парфенова И.И., Минак В.А. // Актуальні питання реформування системи охорони здоров'я на сучасному етапі соціально-економічного розвитку суспільства: Зб. наук. праць. – Х., 2002. – С. 21-22.

УДК 613.955:619.899

Г.М. ДАНИЛЕНКО

ВПЛИВ ЗАГАЛЬНООСВІТНІХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ НА ПОВЕДІНКУ ПІДЛІТКІВ ЩОДО ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я

На підставі аналізу соціально-гігієнічних особливостей адаптації старшокласників до навчальної діяльності виділено основні фактори її ефективності. Показано вплив загальноосвітніх навчальних закладів з різним типом шкільної адаптації підлітків на поведінку щодо збереження здоров'я.

Головною особливістю розвитку найбільш ефективних систем охорони здоров'я населення держав світу є їх профілактична спрямованість. Збереження, зміцнення та формування здоров'я постають головними стратегіями активно-конструктивної профілактики, де людина розглядається як суб'єкт впливу [2; 5]. Зазначається, що гармонійно розвинута особистість спроможна до саморефлексії та саморегуляції, до активної зміни оточуючого середовища більше, ніж до пасивної реакції на оточуюче середовище [1; 3]. Але системі, що розвивається, необхідна свідомо оцінка власної успішності і компетентний вибір у визначенні цілей життєдіяльності [4].

Метою проведеного дослідження було визначення характеру впливу загальноосвітнього навчального закладу (ЗНЗ) як системи, що формує певний рівень якості життя школярів, та усвідомлення ними здорового способу життя. Індикатором ступеню сформованості відповідної поведінки розглядалося поширення серед підлітків шкідливих звичок (паління, вживання алкоголю та наркотиків). До дослідження були залучені 1274 учнів 9 і 11 класів 14 шкіл Харкова і Харківської області. Анонімне анкетування проведене в березні 2002 р. в Харкові (778 старшокласників) і в квітні – в Харківській області (495 старшокласників). Анкета включала як альтернативні, так і ранжовані за ступенем проявів ознаки питання відносно навчальної діяльності, вільного часу, стосунків у родині школярів та характеру розповсюдженості шкідливих звичок (паління, вживання алкоголю та наркотичних речовин).

Реалізація поведінки відбувається через діяльність за умов сформованості потреб, мотивації, ціннісних орієнтацій. Дослідження рівня задоволеності потреб підлітків щодо житла, одягу, здоров'я, харчування, родинних стосунків, соціального оточення і навчального середовища виявило найбільшу незадоволеність, особливо в селі, станом власного здоров'я й умовами навчання, якістю викладання ($p < 0,05 - 0,01$). Провідною діяльністю учнів є навчання. Рівень навчальної успішності школярів міста був суттєво вищим. У 2 рази в сільських школах більше вчилася підлітків “задовільно”, і більш ніж у 5 разів тих, хто часто отримував “незадовільно”. Значущість гарної оцінки було також вищою для старшокласників міста, особливо хлопців.

Ставлення до виконання домашнього завдання і його реалізація в межах певного часового обсягу розглядалося нами як важливий індикатор мотиваційної спрямованості і сформованості навичок самостійної навчальної діяльності серед старшокласників. За результатами анкетування істотної різниці у прагненні школярів до самостійного підтримування певного рівня набутих знань не виявлено, але термін виконання домашнього завдання був більшим у місті.

За результатами факторного аналізу з верімакс обертянням та Кайзер нормалізацією виділено 6 факторів ефективної соціально-психологічної адаптації старшокласників до навчальної діяльності: високий рівень самооцінки здоров'я, задоволення якістю викладання і умовами навчання, відчуття безпеки, задоволення учня його становищем у класі за умов відсутності конфліктів з однокласниками, впевненість у підтримці вчителів й однокласників, сформованість навичок самостійної навчальної діяльності й низька конфліктність з вчителями.

На підставі кластерного аналізу виділено 4 типи ЗНЗ залежно від характеру соціально-психологічної адаптації в них школярів (кластерах однаковою мірою представлені сільські й міські школи):

1 тип – високий рівень впевненості в допомозі вчителя й однокласників за умов недостатньої сформованості навичок самостійної роботи, яка обумовлює конфлікти з вчителями; переважає відчуття безпеки в ЗНЗ і задоволеності станом власного здоров'я; переважно вище середнього рівня якості викладання й умови навчання; соціальні контакти учнів класу здебільшого позитивні.

2 тип – низький рівень відчуття безпеки учнів у ЗНЗ і незадоволеність

соціальними контактами з однокласниками; орієнтація на інтенсивну самостійну навчальну діяльність для зменшення можливих конфліктів з учителями, в допомозі яких школярі не завжди впевнені; значні проблеми із здоров'ям; певна задоволеність якістю викладання і умовами навчання.

3 тип – невпевненість у допомозі й підтримці вчителів і однокласників, наявність певних проблем з відчуттям безпеки в школі; незадоволеність якістю викладання й умовами навчання при впевненості у відсутності проблем із власним здоров'ям; орієнтація на інтенсивну самостійну навчальну діяльність для зменшення можливих конфліктів з учителями.

4 тип – незадовільні, на думку школярів, умови та якість викладання в школі за наявності значних проблем в їх стані здоров'я; несформованість навичок самостійної навчальної діяльності, висока конфліктність з учителями, на підтримку яких підлітки не сподіваються; відсутність істотних проблем з безпекою в школі та у взаєминах з однокласниками.

Одним з наочних проявів деструктивної соціально-психологічної адаптації підлітків до оточуючого середовища постає формування в них шкідливих звичок (паління, вживання алкоголю, наркотиків), що є вагомим фактором ризику їх здоров'я. Отримані дані свідчать, що перший досвід паління 20% – 30% школярів, особливо хлопців, набувають ще в початковій школі; більш інтенсивно залучення в цей віковий період відбувається на селі. 13-річчя є кризовим віком щодо паління серед хлопців і дівчат села, коли частіше відбувається перша спроба цигарки. У 15 років кількість дівчат, що спробували палити, найбільша в місті й дуже інтенсивно зменшується в селі.

Серед випускників школи (11 клас) 17,0% хлопців села і 18,8% – міста ($p > 0,05$) й 22,5% дівчат села і 18,6% – міста ($p < 0,1$) заперечили досвід паління. На час дослідження паління було більш поширене серед хлопців у селі і дівчат у місті. У той же час 64,9% старшокласниць у селі й 62,1% у місті прийняли рішення відмовитись від паління. Інтенсивність паління була вищою серед хлопців в селі й дівчат в місті.

Проблема алкоголю починає загострюватися серед підлітків віком 12 років. Лише 8,0% учнів 11 класів на селі і 6,5% – в місті, трохи частіше серед хлопців, зазначили, що ще не вживали алкоголю. За результатами опитування протягом попереднього місяця в сільській місцевості підлітки частіше вживали пиво і “міцні” алкогольні напої, в місті – вино. Ступінь вживання ром-коли й інших слабоалкогольних напоїв не різнився. Окремо слід підкреслити особливості перебування підлітків у компанії, де вживали алкоголь: на селі старшокласники частіше таким чином витрачали свій вільний час, а в місті був істотно більшим відсоток дівчат, які були в такій компанії майже кожен день.

Для старшокласників навчальних закладів I типу здебільшого характерний середній рівень навчальної успішності, що залежав від рівня сформованості навичок самостійної навчальної діяльності й порозуміння з учителями, значимості оцінок і задоволеності власним становищем у класі. На успішність школярів також впливала родина: рівень довірливості відносин у родині, освіта батька й матері, низька конфліктність з ними, рівень задоволення потреб. На інтенсивність паління

підлітків найбільше впливали емоційне сприйняття диму від цигарок, подовженість перебування в компанії, де вживали алкоголь, і термін повернення з прогулянки, рівень сформованості навичок самостійної діяльності й ступінь задоволеності умовами навчання, конфліктність з батьками.

Для учнів навчальних закладів 2 типу характерний низький рівень навчальної успішності. Ефективність їх навчальної діяльності залежала від сформованості мотивації на навчальну діяльність і самостійності у вирішенні власних проблем. Низька мотивація до навчальної діяльності у поєднанні з відсутністю її ефективності істотно впливають на інтенсивність паління серед старшокласників шкіл цього типу. Але принципово важливими для них залишається емоційне сприйняття паління у поєднанні з часом повернення з прогулянки. Відсутність порозуміння з батьком також є фактором ризику паління серед старшокласників загальноосвітніх навчальних закладів 2 типу.

Невпевненість у власних силах, орієнтація на матір та проблеми з віковою емансипацією мають принципове значення для навчальної діяльності учнів шкіл 3 типу, ефективність якої в них найнижча серед усіх досліджених шкіл. Інтенсивність паління серед старшокласників цих навчальних закладів найбільш ситуативно залежна, що обумовлено перш за все їх невпевненістю в собі. Відсутність бажання вчитися, конфлікти з вчителями, однокласниками і вдома обумовлюють часте перебування в компанії, де вживають алкоголь.

Для школярів, що навчаються в школах 4 типу, головним фактором, що впливає на їх навчальну успішність, є родина. Конфліктність з батьками у поєднанні із сподіванням на допомогу матері й рівень освіти батька пов'язані з часом, що витрачається на виконання домашніх завдань, й істотно впливають на оцінки старшокласників. Для них важливо відчувати себе безпечно в школі, хоча в середовищі поза школою вбачають певну загрозу. Навчальна успішність в школах означеного типу найвища, але високий рівень інтенсивності паління і найвищий показник залученості до вживання наркотиків.

Таким чином, поширеність шкідливих звичок серед випускників шкіл набула загрозового поширення і в місті, і на селі. Постійно діюча система валеологічного виховання школярів, що має ґрунтуватися на системі соціально-гігієнічного моніторингу проблем кожного навчального закладу, є наочною необхідністю. Прогностично несприятливими для гармонійного розвитку підлітків є навчальні заклади, де відсутня система психоемоційного контакту між вчителями й учнями (3 тип), або високий рівень навчальної успішності ставиться понад усе (4 тип).

Література:

1. *Вельтищев Ю.Е.* Концепция риска болезни и безопасности здоровья ребенка // Рос.вестник перинат. и педиатрии: Приложение. – № 2.– М., 1994.– 87 с.
2. *Катков А.Л.* Новые парадигмы формирования индивидуального и общественного здоровья. – Кустанай, 1997.– 220с.
3. *Родионов А.В., Родионов В.А.* Классификация интегральной типологии школьных учителей // Школа здоровья. – №4. – 2001.– С.45–51.

4. Тихомандрицька О.А. Роль социальной установки в изменении поведения человека // Школа здоровья. – №2. – 2001. – С.23–28.

5. Kann L., Collins J.L., Pateman B. The School Health Policies and Programs Study (SHPPS): Rationale for a nationwide Status Report on School Health Programs // Journal of School Health. – 1995. – Vol.65. – № 8. – P. 291–294.

УДК: 661.832+364.048.6

С.Б. ЖАРИКОВА

ПРОБЛЕМА СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В ФИЗИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ

Проаналізовано досвід роботи з інвалідами школи-інтернату № 8 Харкова, обґрунтовується необхідність об'єднання зусиль державної влади, медицини, педагогіки, психології з метою виховання соціальноадаптованої особистості.

Проблема социальной адаптации затрагивает многие аспекты современной жизни: политический, экономический, социальный, культурный и т.д.

Важным показателем уровня развития общества является отношение к инвалидам, малообеспеченным слоям населения, больным людям.

Одной из основных Всемирной организации здравоохранения стратегической программы “Здоровье – 21” является обеспечение охраны здоровья наиболее уязвимых групп населения, к которым относятся женщины, дети, инвалиды, люди пожилого возраста.

Особое место защите здоровья детей и инвалидов отводится в Концепции развития охраны здоровья населения Украины.

Обеспечение всестороннего гармоничного физического и психического развития ребенка, начиная с рождения, его рационального питания, оптимальных бытовых условий, воспитания и обучения составляет сущность мероприятий, которые предстоит решить на государственном уровне [4].

ДЦП – аббревиатура, пугающая каждого, кто сталкивается с этой проблемой. Грустный подросток в нелепой детской коляске, девушка, ковляющая неестественной походкой по тротуару, юноша, с усилием выговаривающий обычные слова. При виде больных детским церебральным параличом (ДЦП) прохожие отводят взгляды.

К сожалению, никого уже не удивляет инвалид, просящий милостыню в метро, но приятно шокирует физически неполноценный человек, идущий с улыбкой на лице, взгляд которого излучает счастье. Такое встречается редко.

Именно поэтому я считаю важным затронуть проблему вхождения в социум детей, больных детским церебральным параличом.

По статистике, на 1000 младенцев ежегодно рождается от одного до пяти детей с церебральным параличом. Этот термин объединяет группу синдромов,

возникающих в результате недоразвития или повреждения мозга ребенка в дородовой (30 %), родовой (60 %) и ранний послеродовой (10 %) периоды [5].

Двигательные нарушения – лишь одна сторона ДЦП. Обычно они сопровождаются выраженными в той или иной степени другими недостатками развития: речевыми (“смазанная” речь, искажения звуков), психическими (ослабленная память, рассеянное внимание, неадекватное восприятие мира) и сенсорными (искаженное восприятие цвета, формы, нарушение пространственной ориентации).

Спецификой работы в школе-интернате № 8 Харькова для детей с последствиями полиомиелита и церебральными параличами является умение педагогов работать не над детьми, а с детьми. Нарушения в развитии никоим образом не подразумеваются как неудавшаяся жизнь. Такие люди рассматриваются, прежде всего, как те, перед которыми поставлена особая жизненная задача.

Основопологающей для антропософской лечебно-педагогической деятельности, внедряемой в коллективе школы, является та точка зрения, что духовное содержание человека не заболевает, но его развитие может быть затруднено нездоровым телесным инструментом. Детей обучают, отстранившись от уровня их способности выражать свои мысли. Особая атмосфера образуется и детьми, и каждым сотрудником, его убеждением в том, что залюбим обликот подопечного стоит невредимая духовная индивидуальность.

По мнению советских и зарубежных исследователей поражений мозга, серьезные изменения происходят в неврологическом и психическом статусе ученика специальной школы при нервной недоброжелательной атмосфере между учителем и учеником, воспитателем и воспитуемым [2].

В ситуациях неприязни и конфликта, который неизбежен при таких обстоятельствах, дети с нервно-психическими расстройствами реагируют следующим образом: нарастают фобические состояния, усиливаются гиперкинезы, увеличивается мышечный тонус, на фоне которого повышается судорожная готовность, происходит торможение корковых функций (притупляется память, рассеивается внимание).

Таким образом, в результате психотравмирующей ситуации и возникающей вследствие этого недоброжелательной атмосферы происходит дезадаптация школьников [2].

Конкретным шагом на пути создания атмосферы сотрудничества и взаимопомощи, основанной на эмпатических качествах учителя и воспитателя, в нашей школе стал педагогический мониторинг, разработанный и внедренный в практику более пяти лет назад и позволяющий учащимся стать полноправными участниками воспитательного процесса. По оценке, выставленной учеником учителю, определяется конфликтность их взаимоотношений, что является одним из критериев оценивания деятельности педагога.

Особое внимание уделяется развитию личностных качеств подростков. С целью преодоления ими комплексов физической неполноценности педагогами совместно с медиками проводятся групповые тренинги, где дети учатся общаться друг с другом, постепенно вырабатывая в себе способности, которые помогут им во взрослой жизни [6].

Таким образом, результатом работы коллектива школы является не инвалид, получивший определенный объем знаний, наученный писать, читать и т.д., а человек умеющий самостоятельно добывать информацию, ориентирующийся в жизни, осознающий безграничные возможности своего духовного развития.

Ставшие привычными нам выражения “инвалид”, “больной” – не соответствует такому подходу. Скорее – это люди, нуждающиеся в особом душевной поддержке.

И если с целью обеспечения этой поддержки объединить все усилия государственной власти, медиков, педагогов, психологов, то дети имеющие недостатки физического развития, станут полноценными членами общества, смогут ощутить полноту жизни быть счастливыми.

Литература:

1. Указ Президента України “Про заходи щодо розвитку духовності, захисту моралі та формування здорового способу життя” від 27 квітня 1999 р. (Із змінами, внесеними згідно з Указом Президента України від 17 вересня 1999 р. №1195/99).

2. *Астапов В.М.* Введение в дефектологию с основами нейро- и патопсихологии. – М., 1994. – 320 с.

3. Зберегти і наростити резерви здоров'я нації. Виступ Президента України Л.Д. Кучми на засіданні комісії Міністерства охорони здоров'я України 17 лютого 1998 р. // Уряд. кур'єр. – 1998. – 21 лютого.

4. Концепція розвитку охорони здоров'я населення України // Офіційний вісник України. – 2000. – № 49. – С. 6–13.

5. Формування здорового способу життя: Навч. посібник для слухачів курсів підвищення кваліфікації державних службовців // О. Яременко, О. Вакуленко, Л. Жаліло, Н. Комарова та ін. – К.: Укр. ін-т соціальних досліджень, 2000. – 232 с.

6. *Фридман Л.М., Пушкіна Т.М., Каплунович И.Я.* Изучение личности учащихся и ученических коллективов. – М., 1988. – 285 с.

УДК: 346.548

*В.П. ЗАЙЦЕВ, С.И. КРАМСКОЙ,
А.А. ТИТОВА*

ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ

Проведено аналіз сучасної наукової літератури з проблеми здорового способу життя студентів, запропоновані головні напрямлення реалізації “здорового вибору” молоді, що навчається.

Современные условия жизни и учебно-педагогический процесс предъявляют повышенные требования к организму студентов. Только здоровые студенты или

практически здоровые с хорошим самочувствием, оптимизмом, психологической устойчивостью, высокой умственной и физической работоспособностью могут активно жить, успешно учиться и преодолевать возникшие перед ними трудности. Однако, как свидетельствуют результаты исследований и наши собственные данные [4], уровень здоровья у студентов и их резервные возможности существенно снижены.

Одним из основных направлений укрепления здоровья является формирование здорового образа жизни [8], что отражено в Федеральном законе Российской Федерации “О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения”.

В связи с вышеизложенным, нами проведен анализ литературных источников по здоровому образу жизни и представлены авторские подходы к обеспечению “здорового выбора”.

Под здоровым образом жизни понимаются такие формы и способы повседневной жизнедеятельности, которые укрепляют адаптивные возможности организма, способствуют гигиеническим установкам, успешному восстановлению, поддержанию и развитию резервных возможностей организма, полноценному выполнению личностью социально-профессиональных функций. К социальным показателям здорового образа жизни относятся формы и методы удовлетворения физических и духовных потребностей студентов в учебе, труде, быте, активном отдыхе, способствующие формированию здоровых норм общежития [6].

Ведение здорового образа жизни студентов является результатом распространения индивидуального или группового стиля поведения, общения, организации жизнедеятельности, закрепленных в виде образцов до уровня традиционного.

В определении понятия здорового образа жизни, как считает Э.Н. Вайнер, необходимо учитывать два отправных фактора – генетическую природу данного человека и ее соответствие конкретным условиям жизнедеятельности [2]. Здоровый образ жизни, по его мнению, есть способ жизнедеятельности, соответствующий генетически обусловленным типологическим особенностям данного человека, конкретным условиям жизни и направленный на формирование, сохранение и укрепление здоровья и на полноценное выполнение человеком его социально-биологических функций. При этом автор отмечает ряд ключевых положений, лежащих в основе здорового образа жизни:

- активным носителем здорового образа жизни является конкретный человек как субъект и объект своей жизнедеятельности и социального статуса;

- в реализации здорового образа жизни человек выступает в единстве своих биологического и социального начал;

- в основе формирования здорового образа жизни лежит личностно-мотивационная установка человека на воплощение своих социальных, физических, интеллектуальных и психических возможностей и способностей;

- здоровый образ жизни является наиболее эффективным средством и методом обеспечения здоровья, первичной профилактики болезней и удовлетворения жизненно важной потребности в здоровье;

Таким образом, программа и организация здорового образа жизни для данного

человека должна определяться следующими основными посылками:

- индивидуально-типологическими наследственными факторами;
- объективными социальными условиями и общественно-экономическим положением;
- конкретными условиями жизнедеятельности, в которых осуществляется семейно-бытовая и профессиональная деятельность;
- личностно-мотивационными факторами, определяемыми мировоззрением и культурой человека, и степенью их ориентации на здоровье и здоровый образ жизни.

Е.А. Стальков и В.А. Панин в результате анализа физиологии формирования привычек пришли к выводу, что все межличностные отношения в обществе базируются на законах физиологии формирования привычек. Они подразделяются на группы по типу их проявлений и характеру формирований:

- лексические, связанные с манерой выражения своих мыслей и отношением к окружению;
- моторные, выражающие в действиях при общении с людьми и животными;
- социальные, определяющие личностное отношение человека с обществом и средой обитания [9].

Авторы лекции “Основы здорового образа жизни” [3] в понятие образа жизни вкладывают иной смысл. По их мнению, это понятие характеризует особенности повседневной жизни людей, определяемых данной общественно-экономической формацией. Он охватывает труд, быт, формы использования свободного времени, удовлетворения материальных и духовных потребностей, участие в политической и общественной жизни, нормы и правила поведения людей. В то же время здоровый образ жизни студентов предусматривает органичное сочетание учебной, трудовой и общественной деятельности с занятиями физической культурой. Следует заметить, что физическая культура, по мнению И.Г. Бердникова и других авторов курса “Массовая физическая культура в вузе” [1], может выступать как необходимая часть общечеловеческой культуры, является областью удовлетворения жизненно необходимых потребностей в двигательной деятельности, обеспечивает методы и средства реализации стратегической задачи становления гармоничной личности – ее физического совершенства, играет одну из первостепенных ролей в решении проблемы развития и рационального использования свободного времени.

Как видим, образ жизни (*modus vivendi*) студента безусловно связан с его здоровьем. Они взаимосвязаны между собой и отражают единый социально-биологический комплекс. В привычках имеется как сознательный, так и неосознанный компонент. Хотя привычки и играют важную роль, но многие из них имеют вредную направленность. Все их можно подразделить на полезные и вредные только по отношению к определенным человеческим ценностям. Жизнь подсказывает, что надо избавляться от вредных привычек сразу. Однако с ними трудно бороться, тем не менее это по силам практически любому человеку. Самое трудное – научиться познать себя и убедить самого себя совершенствовать самоорганизацию и умение держать слово, данное самому себе.

Однако В.В. Марков под образом жизни понимает такое поведение человека, которое направлено на сохранение и укрепление здоровья и базируется на гигиенических нормах, требованиях и правилах [7]. Образ жизни, как он отмечает, – это своего рода система взглядов, которая складывается у человека в процессе жизни под влиянием различных факторов на проблему здоровья не как некую абстракцию, а как на конкретное выражение возможностей человека в достижении любой поставленной цели.

Следовательно, здоровый образ жизни – это поведение человека, в том числе и студента, которое отражает определенную жизненную позицию, направленную на сохранение и укрепление здоровья, и основано на выполнении норм, правил и требований личной и общественной гигиены.

На сегодняшний день учение о здоровом образе жизни студентов представляет собой набор самых разнообразных оздоровительных программ, правил и рекомендаций. Но научить студентов вести здоровый образ жизни не так-то просто. К тому же здоровье у них не всегда занимает первое место в иерархии потребности человеческого бытия. Печально, но факт, что многие студенты своим поведением и обращены не к здоровому образу жизни, а скорее всего от него. Следовательно, одна из основных причин нездоровья лежит в сознании молодого человека и в его психологической сфере. Поэтому актуальным и очень существенным стратегическим направлением является решение о просвещении, обучении нормам и навыкам здорового образа и стиля жизни современных студентов.

Л.И. Лубышева характеризует стиль жизни как:

- способ жизнедеятельности отдельного индивида;
- совокупность существенных черт, характеризующих способ жизнедеятельности людей в конкретном обществе (образ жизни, те нормы и ценности, которые определяют образ жизни данного конкретного общества) – собирательное понятие;
- это прежде всего культурный образ жизни: цивилизованный, гуманистический. “Здоровый дух в в здоровом теле”, забота о здоровье как высшей ценности – основные категории, определяющие содержание данного феномена;
- выражение соотносительности господствующих в обществе культурных символов и ценностей со структурой личности, основополагающими жизненными ориентациями, установками, потребностями [6].

Не менее актуальными и значимыми в соблюдении здорового образа жизни студентами являются рекомендации В.А. Лищука и Е.В. Мостковой:

- получить валеологическое самообразование, осознать, что здоровье – это ваша способность к самосохранению;
- признать здоровье вашей главной ценностью;
- среди повседневных забот отдать первый приоритет здоровью;
- вовремя лечиться, уменьшить риск заболеть, получить травму, научиться избегать вредных воздействий и срывов в своем поведении;

- постоянно оценивать свое здоровье;
- составить личную программу, объединяющую методики оздоровления, соответствующие Вашим целям, возможностям и умению;
- неукоснительно выполнять эту программу [5].

В условиях академии придерживаться здорового образа жизни студентам помогает разработанная система оздоровительных мероприятий.

Для решения проблем здорового образа жизни студентов нами предложена авторская программа здоровья, предполагающая использование наиболее доступных средств и форм физической культуры, а также естественных природных факторов. Разработки по формированию здорового образа жизни студентов состоят из восьми направлений, приведенных ниже.

1. Выполнение санитарно-гигиенических требований.
2. Использование природных факторов оздоровления.
3. Применение форм занятий физическими упражнениями.
4. Соблюдение режима и культуры питания.
5. Умение разумно отдыхать.
6. Использование лечебного действия слова.
7. Улучшение эмоционального и психического состояния.
8. Осуществление самоконтроля.

Более подробная характеристика авторской программы здоровья студента изложена в учебном пособии «Ролевые действия студентов по оздоровлению человека в учебном процессе» (2002). На основе ее индивидуальная программа «здорового выбора» может быть составлена самим студентом, предварительно проконсультировавшись с врачом медпункта и с преподавателем физкультуры.

Литература:

1. Бердников В. Массовая физическая культура в вузе: Учеб. пособие.– М.: Высш. шк., 1991.–240 с.
2. Вайнер Э.Н. Валеология.–М.: Флинта, Наука, 2001.– 416 с.
3. Воропаев В.И. Основы здорового образа жизни: Лекция.– Воронеж: ВГАУ, 1996.– 44 с.
4. Зайцев В.П. Комплексная программа здоровья студентов.– Белгород: Изд-во БелГТАСМ, 2000.– 78 с.
5. Лицук В.А., Мосткова Е.В. Девять ступеней к здоровью.– М.: БИНОМ, 1997.–320 с.
6. Лубышева Л.И. Физиология физической культуры и спорта: Учеб. пособ.– М.: Академия, 2001.– 240 с.
7. Марков В.В. Основы здорового образа жизни и профилактика болезней: Учеб. пос.– М.: Академия, 2001.– 320 с.
8. Перов А.П. Основы здорового образа жизни: Учеб. пос.–Липецк: Изд-во ЛЭГИ, 2000.– 78 с.
9. Стальков Е.А., Панин В.А. Валеология: От идеи спасения жизни к идее сохранения здоровья.– Калининград: ФГУИПП «Янтар. сказ.», 2001.– 284 с.

УДК 2. 613. 72

О.И. КАМАЕВ

**ФИЗИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА КАК ОСНОВА
ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ, ЗДОРОВЬЯ
И ВЫСОКОГО КАЧЕСТВА ЖИЗНИ**

Розкрито зміст і сутність понять фізичної підготовки, здорового способу життя та якості життя. Виявлений взаємозв'язок змісту даних понять та відображена соціально-психологічна та педагогічна характеристика якості життя.

Современный уровень автоматизации технологического процесса на производстве приводит к снижению смыслового акцента трудовой деятельности специалиста. При этом сама работа становится все более сложной, интенсивной и выполняется в высоком напряженном ритме. Такая работа требует существенного напряжения интеллектуальной и нервно-эмоциональной сферы человека. В связи с этим существенно повышаются требования к уровню знаний, умственной и физической работоспособности и к здоровью.

К тому же в период рыночных отношений в следствие повышения конкуренции к специалисту предъявляются повышенные требования как профессиональным, так и психо-физическим возможностям, к состоянию его здоровья.

В свою очередь высокий уровень профессиональной подготовленности достигается в результате развития интеллектуальных, психо-физических и функциональных возможностей конкретной личности. В целом, указанные свойства определяют и являются составляющими компонентами понятия "качества жизни". От указанных факторов зависит живость ума, любознательность, доброжелательность, степень участия в общественной жизни и эффективность трудовой деятельности. Высокое качество жизни характеризуется непрерывным стремлением к развитию, росту и достижению цели. Уровень качества, как профессиональной деятельности, так и жизни в целом определяется здоровьем человека.

Известно, что здоровье является медико-биологической и социальной категорией. При этом биологическое начало является основой реализации всего социального в человеке. Таким образом, здоровье человека находит реальное проявление в реализации его биологических и социальных функций. И, соответственно, чем выше уровень здоровья, тем выше возможность индивида реализовать свои биологические (выживаемость, жизнеспособность, репродуктивность, преодоление стресса) и социальные (коммуникабельность, обучаемость, профессиональная работоспособность) функции.

Кроме этого, высокий уровень здоровья обеспечивает снижение риска хронических заболеваний и отрицательного воздействия эндогенных факторов [3].

В настоящее время многими исследованиями [1; 4; 5] установлено, что двигательная активность и физическая подготовка являются достаточно эффективным средством укрепления здоровья, формирования здорового образа жизни и повышения качества жизни.

Но при этом самый сложный вопрос: какой уровень физической подготовки необходим для того, чтобы остаться здоровым и каков предел совершенства при занятиях физическими упражнениями. По данным исследований Г. Апанасенко уровень физической подготовки должен соответствовать “безопасному” уровню здоровья, который определяется уровнем аэробного энергopotенциала [2]. Непосредственную величину “безопасного” уровня здоровья рекомендуется определять величиной удельной аэробной мощности при велоэргометрии и результатах тестирования общей выносливости [3].

В целом, высокому уровню здоровья соответствует высокий аэробный потенциал. В спорте средства и методы повышения аэробного потенциала во многом определены. Что касается массовой физической культуры, то данный вопрос требует уточнения.

При занятиях физической подготовкой в определенной степени есть риск травматизма и заболевания сердечно-сосудистой системы. Однако риск нарушения здоровья при малоподвижном образе жизни намного выше, чем риск, связанный с занятиями физическими упражнениями для развития и поддержания хорошего состояния здоровья.

Решение вопросов физической подготовки требует изменения образа жизни, зачастую неблагоприятного для здоровья. Как известно, основными составляющими здорового образа жизни являются систематические физические нагрузки, сбалансированное питание, здоровый крепкий сон, отсутствие вредных привычек, релаксация, преодоление стрессов.

Сравнительный анализ значения каждого из составляющих факторов, определяющих характеристику здорового образа жизни, свидетельствует, что занятия физическими упражнениями тесно связаны с другими факторами и все они способствуют обеспечению повышенной двигательной активности.

С целью экспериментального определения оптимальных режимов и видов двигательной активности были проведены ряд исследований. При этом использовали следующие методы исследования: анкетирование, антропометрия, сфигмоманометрия, электрокардиографический метод определения аэробной и анаэробной компоненты метаболизма сердечной мышцы, метод тестов, определение координационных возможностей, физической работоспособности, МПК и методы описательной статистики.

Предметом исследования были физические, функциональные, координационные возможности студенческой молодежи и женщин от 36 до 70 лет.

Результаты исследований показали, что в студенческие годы утренней зарядкой занимаются 13,2 % анкетированных студентов, причем на старших курсах эта

величина имеет устойчивую тенденцию к снижению, 29,5 % увлекаются курением. Из анкетного опроса студентов можно отметить, что на первом курсе различными формами физической культуры занимаются 81,5 %, а на втором и третьем курсах этот показатель соответственно составил 69,4 и 54,7 %.

Такой уровень двигательной активности существенно сказался на функциональном состоянии студентов. Так, у 31,3 % студентов второго и третьего курсов регистрируется гипертензивное артериальное давление, частота пульса составила $79,67 \pm 1,95$ уд / мин. У данного контингента исследуемых студентов достоверно низкая физическая работоспособность ($P < 0,05$; $t=2,38$).

Поиск оптимальных методов использования физических упражнений для развития функциональных возможностей учащейся молодежи позволил установить, что сочетание аэробных нагрузок с аэробно-анаэробной направленностью с использованием скоростно-силовых упражнений позволяет достоверно повысить аэробный потенциал сердечной мышцы ($P < 0,05$; $t=2,15$).

Исследование влияния различных видов нагрузки на возрастные изменения состояния здоровья женщин позволило установить, что регулярные занятия циклическими упражнениями в большей степени воздействуют на кардиореспираторную систему, а игровые виды – на координационные возможности.

Многолетние активные занятия с сочетанием аэробных нагрузок с упражнениями на силу, гибкость, скоростно-силового плана существенно снижают интенсивность возрастных изменений. Так, у 70-летней женщины частота пульса равнялась 58 уд / мин, артериальное давление – 125 / 77, гибкость – 25 см, экскурсия грудной клетки – 8 см, МПК – 40,8 мл / мин / кг.

Экспериментальные исследования с убедительностью доказывают, что образ жизни существенно влияет на здоровье, физические и функциональные возможности человека.

Таким образом, можно отметить, что без физической подготовки нельзя в полной мере достичь высокого уровня здоровья, качества жизни и здорового образа жизни.

Литература:

1. Амосов Н.М. Моя система здоровья. – К.: Здоровья, 1997. – 36 с.
2. Апанасенко Г.Л. Эволюция биоэнергетики и здоровья человека. – СПб.: Петрополис, 1992. – 123 с.
3. Апанасенко Г.Л. “Спорт для всех” и новая феноменология здоровья // Наука в олимпийском спорте. – К.: Олимпийская литература, – 2000. – С. 36-40.
4. Купер К. Аэробика для хорошего самочувствия. – М.: Физкультура и спорт, 1989. – 223с.
5. Хоули Е., Френкс Б.Д. Оздоровительный фитнес. – К.: Олимпийская литература, 2000. – 368 с.

УДК 2.613.72

Е.К. КАМАЕВА

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПУТЕЙ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЖЕНЩИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Наведено дані, за допомогою яких визначена залежність інтенсивності вікових змін фізичною та функціонального стану, рухових та координаційних можливостей жінок віком від 36 до 55 років.

В современном обществе, характеризующимся социально-экономической нестабильностью, сложной экологической обстановкой, возрастанием психоэмоциональной напряженности значительно увеличиваются требования к здоровью, физическому состоянию всего и, особенно, трудоспособного населения. Общеизвестно, что любая социально-экономическая и политическая проблема государства не решается без участия женщин, составляющих в среднем более 51 % населения [1]. На долю женщин выпадают многие социальные, производственные, семейные, репродуктивные и воспитательные функции. К тому же на средний возраст женщин приходится время человеческой, социальной, профессиональной зрелости и творческих способностей.

Установлено, что с увеличением возраста у женщин существенно изменяется функциональное состояние органов и систем организма, физические и двигательные возможности [3]. Происходящие системные изменения прежде всего влияют на здоровье, физическую и умственную работоспособность. Поэтому проблема продления творческой активности, долголетия, противодействия возрастным изменениям, повышения функциональных резервов организма приобретает актуальное значение.

Здоровье человека, возможность уменьшения риска нарушений его здоровья всегда должны рассматриваться в тесной взаимосвязи с генетическими предпосылками, энергетическим потенциалом, уровнем двигательной активности и, в целом, образом жизни [2; 4].

В связи с этим, с целью определения степени влияния активного образа жизни на здоровье, на физические и функциональные возможности, на динамику возрастных изменений были исследованы 53 женщины в возрасте от 36 до 55 лет. В обследовании приняли участие 27 женщин, имевших многолетний опыт спортивной тренировки в различных видах спорта. В другой группе было обследовано 26 женщин, не занимавшихся физическими упражнениями. В каждой из указанных групп были выделены возрастные группы от 36 до 45 лет и от 46 до 55 лет.

В работе использованы следующие методы исследования: анкетирование, антропометрии, пульсометрии, степэргометрии, измерение артериального давления, косвенное определение величины максимального потребления

кислорода (МПК), двигательные тесты и методы описательной статистики.

Сравнительный анализ результатов исследований физического состояния и координационных возможностей женщин первого и второго периода зрелого возраста свидетельствует о том, что наиболее существенные и глубокие изменения в женском организме происходят после 45 лет. При этом у женщин, прошедших многолетнюю спортивную подготовку, изменения исследуемых показателей менее выражены. Так, весо-ростовой показатель (ВРП) женщин, не занимающихся физическими упражнениями в возрасте $39,75 \pm 0,79$ лет составил $396,4 \pm 13,4$ г/см, а у $50,48 \pm 0,57$ -летних данный показатель был равен $446,9 \pm 10,8$ г/см, что свидетельствует о достоверном увеличении ВРП с возрастом ($P < 0,05$; $t = 2,61$). В то же время у бывших спортсменок в возрастных периодах $41,24 \pm 1,15$ и $52,63 \pm 1,11$ года весо-ростовой показатель соответственно был равен $364,75 \pm 5,8$ и $371,0 \pm 8,43$ г/см ($P > 0,05$).

В связи с этим, т.е. наличием избыточного веса, в организме женщин происходят соответствующие изменения. Так, у женщин, не имеющих двигательного опыта, частота сердечных сокращений увеличивается с $69,8 \pm 1,2$ удара / мин до $73,7 \pm 1,7$ ($P < 0,1$; $t = 1,8$), а у занимавшихся спортом, соответственно данный показатель составил $61,6 \pm 2,34$ и $68,49 \pm 2,62$ уд / мин ($P > 0,05$; $t = 1,06$).

Систолическое давление у не занимавшихся спортом женщин с $127,8 \pm 3,68$ увеличилось до $139,9 \pm 2,12$ ($P < 0,001$), а у женщин с большим двигательным опытом давление изменилось незначительно и составило в первой возрастной группе $117,66 \pm 2,8$, во второй – $124,75 \pm 2,3$. Соответственно этим показателям изменились и данные физической работоспособности и МПК. Так, у не занимавшихся физическими упражнениями показатель работоспособности составил $439,4 \pm 17,9$ и $369,8 \pm 12,8$ кгм / мин, а у бывших спортсменок исследуемый показатель равен $548,7 \pm 31,4$ и $439,8 \pm 41,0$ кгм / мин. Величина максимального потребления кислорода у исследуемых групп соответственно равнялась $31,32 \pm 1,38$ и $26,6 \pm 1,15$ мл / мин / кг; $36,11 \pm 1,18$ и $33,43 \pm 1,08$ мл / мин / кг.

Двигательно-координационные возможности исследуемых возрастных групп женщин имели практически такую же тенденцию изменений. Так, результаты челночного бега 3×10 м у физически не подготовленных женщин были равны $11,3 \pm 0,53$ с и $12,94 \pm 0,14$ с ($P < 0,01$; $t = 4,25$), а у прошедших спортивную подготовку соответственно составил $9,8 \pm 0,1$ и $10,96 \pm 0,31$ ($P < 0,1$; $t = 1,74$).

Таким образом, возрастные межгрупповые изменения морфофункционального состояния, физической подготовленности и координационных возможностей женщин первого (36 – 45 лет) и второго (46 – 55 лет) периодов зрелого возраста изменяются количественно и ухудшаются качественно, приобретая обобщенный характер. Интенсивность возрастных изменений повышается после 45-летнего возраста, приобретая наибольшую выраженность после 50 лет.

При этом многолетний (5 – 13 лет) опыт предшествующих занятий спортом позволяет сохранить физическое состояние и координационные возможности женщин на достаточно высоком уровне всех исследуемых возрастных групп.

В связи с этим для повышения и сохранения здоровья рекомендуется регулярно использовать физические нагрузки физкультурно-спортивной направленности, тренирующего характера.

Література:

1. *Гоняниця С.А., Мерзлыкин А.С.* Двигательно-координационные способности женщин второго периода зрелого возраста: Метод. рекомендации. – М.: ТАС-ИЗДАГ, 2001. – 94 с.
2. *Купер К.* Аэробика для хорошего самочувствия. – М.: Физкультура и спорт, 1989. – 223 с.
3. *Махова О.П.* Сравнительная эффективность влияния упражнений разной структуры аэробной направленности на физическое состояние женщин второго периода зрелого возраста: Автореф. дис. ... канд. пед. наук – М., 1993. – 23 с.
4. *Хоули Е.Т., Дон Френкс.* Оздоровительный фитнес. – К.: Олимпийская литература, 2000. – 368 с.

УДК 615.4

Д.В. КАРАМИШЕВ

УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Розглянуто питання розмежування функцій фінансування та надання медичних послуг, а також розробки та впровадження прозорого механізму визначення пріоритетів і розробка на його основі пакету послуг, що надається за рахунок громадських коштів.

Бюджетні асигнування є основним джерелом фінансування державних та комунальних закладів охорони здоров'я.

Фінансування системи охорони здоров'я в Україні не є пріоритетним напрямком бюджетних асигнувань, виходячи з відповідної відсоткової частки у національному бюджеті, порівняно з частками та обсягами фінансування цієї галузі в інших країнах.

Незалежно від того, з державного чи місцевих бюджетів надходять кошти до ЛПЗ, процес виділення асигнувань є подібним і полягає у складанні кошторису установи на наступний рік згідно із прийнятим переліком статей видатків. Перелік статей регламентується нормативними документами Міністерства фінансів України.

Загальна сума бюджетних асигнувань, що будуть виділені лікувально-профілактичній установі, в першу чергу залежить від кількості штату в ній. Витрати на заробітну платню (включно з нарахуваннями на неї) у загальній структурі бюджетних видатків на охорону здоров'я становлять близько 65 %.

Наступну велику за обсягом статтю витрат складають комунальні платежі (вода та електропостачання, опалення), а також витрати на придбання медикаментів, харчування хворих (для стаціонарів), придбання та ремонт медичного обладнання, капітальний ремонт і утримання закладів.

Установа розробляє свої бюджетні пропозиції, основною частиною яких є оплата праці, і надсилає їх розпорядникові кошти. Під час розробки бюджетних пропозицій лікувальні заклади користуються нормативами, якими визначається кількість медичного персоналу залежно від кількості наявних ліжок (для стаціонарів) або кількості відвідувань для поліклінік.

Після затвердження Верховною Радою України державного бюджету на наступний рік проекти бюджетів усіх рівнів приводяться у відповідність до фактично асигнованих на охорону здоров'я коштів.

Отже, бюджетні лікувальні установи фінансуються з державного бюджету. Підставою для виділення коштів цим установам є сам факт їх існування, а не те, наскільки успішно вони підтримують або поліпшують стан здоров'я громадян.

Парадокс лікування в Україні полягає в тому, що з двох лікарень, якими пролікована однакова кількість хворих і досягнуті однакові клінічні результати, більше недоліків буде у керівника того закладу, де хворі лікувались швидше – адже головним показником роботи є ступінь зайнятості ліжка. Аналогічним чином, поліклініки не зацікавлені в тому, щоб громадяни були здоровіші, а хворі лікувались швидше – навпаки: чим частіше вони відвідуватимуть поліклініку, тим кращою визнаватиметься її робота, що оцінюється за кількістю відвідувань.

Закономірним наслідком такої системи стимулів є невинуватене затягування строків лікування, госпіталізація хворих без істотної в цьому потреби, а також приписки в поліклініках (ресстрація фіктивних відвідувань).

У той час, як керівники системи охорони здоров'я вказують на брак фінансування як на головну причину незадовільного стану галузі, мало хто з них переймається думкою про те, що кошти повинні слідувати за створеною вартістю, а сама вартість створюється якісними послугами. Існує думка, що будь-яке поліпшення в секторі охорони здоров'я стане можливим тільки тоді, коли в нього вливатиметься достатньо грошей, і не завжди спрямовуються зусилля на більш ефективне використання вже наявних коштів.

Навіть у державах, які прийнято називати розвинутими, і які витрачають на охорону здоров'я понад 10% ВВП (наприклад, у США і Німеччині), цих коштів не вистачає на задоволення всіх існуючих потреб. Звідси слідує висновок – коштів бракуватиме завжди.

Отже, існуюча система постатейного фінансування не дозволяє прив'язати фінансові потоки до якості і кількості наданих послуг, а така прив'язка є необхідним елементом сучасних підходів до ефективного управління системою надання послуг з охорони здоров'я. Без формального документування в угоді кількості послуг і спроби визначення їх якості у тих, хто надає ці послуги, по-перше, немає достатніх стимулів для поліпшення результатів лікування, а по-друге, з'являється більше можливостей для використання громадських ресурсів у власних інтересах.

Таким чином, проблеми та недоліки дієвої на сьогодні в Україні системи фінансування сфери охорони здоров'я полягають в наступному:

1. Недостатнє фінансування галузі охорони здоров'я, яке проявляється, крім усього іншого, ще й значними особистими видатками громадян на медичні послуги.

2. Відсутність визначеного законодавством та нормативно-правовими актами переліку послуг, що повинні надаватись громадськими закладами охорони здоров'я безкоштовно на кожному етапі фінансування цих закладів [1].

3. Відсутність зв'язку між фінансуванням громадських закладів охорони здоров'я та кінцевими результатами їх роботи.

4. Неможливість ефективного управління обмеженими ресурсами в умовах існуючої системи постатейного фінансування громадських лікувально-профілактичних закладів.

5. Фінансування лікувально-профілактичних закладів різного рівня з бюджетів різного рівня, що додатково ускладнює координацію надання допомоги [2].

За умов революційної ситуації, що склалася у галузі, коли “верхи” – галузь – за переважно бюджетного фінансування не має можливості не тільки розвиватися та удосконалюватися, але й повноцінно виконувати основну свою функцію – збереження здоров'я населення, а “низи” – переважна кількість населення – не спроможна сплачувати медичну допомогу у закладах охорони здоров'я – найбільш важливим, терміновим та на сьогодні майже єдиним виходом із ситуації, що склалася, є впровадження страхової системи медичного забезпечення.

Необхідно також перетворити виплачувані пацієнтами з власної кишені суми у законне джерело фінансування охорони здоров'я. Розмір виплат повинен бути фіксованим і надходити до закладів охорони здоров'я зі звільненням від виплат малозабезпечених осіб.

Для залучення до таких фондів якомога більше коштів слід активно застосовувати інструмент податкових пільг.

Оскільки Кабінет Міністрів України зараз розглядає подібні пропозиції, слід вважати, що ймовірність прийняття цієї рекомендації є високою. Доходи таких фондів можна буде використати для викорінення тих стимулів в існуючій системі, які й призвели до виникнення неофіційних платежів у першу чергу, а також для розвитку відповідних інституцій. Важливо, однак, щоб будь-які нові інституції були дієвими та ефективними, а не просто множили існуючу бюрократію. Для досягнення цієї мети необхідно буде внести зміни до існуючого законодавства в тій його частині, яка стосується безоплатного доступу до послуг охорони здоров'я, а також усунення обмежень на надання послуг приватним сектором та неурядовими громадськими організаціями.

Іншою пріоритетною сферою є перегляд існуючого механізму розподілу ресурсів. Сьогодні вони розподіляються постатейно (залежно від кількості ліжок у лікарні, відвідувань поліклініки, наявних лікарських ставок і т. ін.), а не залежно від наданих послуг та результатів лікування.

Виконання державних зобов'язань у сфері охорони здоров'я для забезпечення соціально гарантованого обсягу медичної допомоги лише за рахунок коштів загального оподаткування стало неможливим. Тому перехід до страхової моделі або так званої “страхової медицини”, слід розглядати деякою мірою вимушений, але дуже необхідний крок. До речі, термін “страхова медицина” не дуже коректний і архаїчний, оскільки, по суті, мова йде не про медицину, а про систему фінансування й організації медичної допомоги [3].

Традиційно виділяються два основні типи медичного страхування: соціальне та приватне. Соціальне медичне страхування (СМС) носить обов'язковий характер і забезпечує відшкодування витрат на основні види медичної допомоги і медичні послуги в обсязі соціальних гарантій держави. Найчастіше кошти для потреб СМС одержують через спеціальні податки – внески. Розмір страхового внеску в системі СМС не ув'язується зі станом здоров'я застрахованого і, відповідно, з обсягом одержаної медичної допомоги. Приватне ж медичне страхування є добровільним (ДМС) і охоплює види медичної допомоги, послуги, що лишилися за межами програм обов'язкового медичного страхування. Розмір страхових внесків при ДМС визначається ступенем страхового ризику, який прямо залежить від стану здоров'я застрахованого. Світовий досвід свідчить, що ДМС відіграє допоміжну роль у забезпеченні населення медичною допомогою. Його основне призначення – пом'якшення дефіцитів медичної допомоги, що виникають у системі СМС [4].

Яким би чином не розподілявся внесок на СМС між роботодавцями та працюючими, запровадження обов'язкового медичного страхування сприймається роботодавцями як додатковий податок, що впливає на конкурентноздатність місцевої економіки, і викликає невдоволення роботодавців, які можуть вимагати компенсаторного зменшення податкового навантаження (крім того, яке забезпечується віднесенням внесків на СМС до витрат виробництва). Тому внесок на обов'язкове медичне страхування треба просто виділити зі структури податку на дохід фізичних осіб. Унаслідок цього збільшення загального податкового навантаження в економіці не відбудеться.

Незалежно від того, бюджетною чи страховою буде система охорони здоров'я в Україні, першочерговим кроком, який необхідно здійснити для забезпечення такого зв'язку, бачиться розмежування функції фінансування та надання медичних послуг. Розпорядники коштів повинні мати оперативну свободу спрямування ресурсів у напрямку тих надавачів, які пропонують найкраще співвідношення ціна-якість. Право ж надавачів отримувати асигнування повинно бути не безумовним (як це існує в Україні для бюджетних установ), а реалізовуватись через узгодження із фінансуючою стороною обсягів і якості послуг, що надаються лікувально-профілактичним закладом. Наступним важливим кроком, без якого неможлива побудова ефективної системи охорони здоров'я, є розробка та запровадження прозорого механізму визначення пріоритетів і розробка на його основі пакету послуг, що надається за рахунок громадських коштів. Іншими словами, розпорядник бюджетних коштів або фонд СМС разом з іншими зацікавленими сторонами (представниками громадськості, пацієнтів, медпрацівників) повинні визначити, надання яких послуг і в яких обсягах вони здатні сплатити за рахунок існуючих коштів [5].

Чітке визначення обсягу гарантованих послуг вигідне всім учасникам соціальної системи охорони здоров'я.

Медпрацівникам таке визначення дає істотний захист від вимог громадськості та політиків надавати всі можливі види послуг без відповідного забезпечення цих вимог ресурсами (як це існує в Україні).

Керівники галузі отримують у своє розпорядження важливий інструмент

планування структури й обсягу послуг, надання яких даній громаді вони повинні забезпечувати, і в першу чергу – планування довгострокових інвестицій. Це стане можливим завдяки чітко сформульованому прогнозу громадських потреб в даній сфері.

Пацієнти отримають чітке уявлення про те, які послуги вони можуть отримувати безкоштовно, а за які вони повинні будуть доплачувати. На сьогодні пацієнти в Україні дезорієнтовані і змушені неофіційно платити навіть за ті послуги, які офіційно являються безкоштовними.

Література:

1. Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням 66 народних депутатів України щодо відповідності Конституції України (конституційності) Постанови Кабінету Міністрів України “Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров’я та вищих медичних закладах освіти” (справа про платні медичні по-слуги); м. Київ, 25 листопада 1998 року, №15-рп/98.

2. Гришин В.В., Семенов В.Ю., Поляков И.В. Обязательное медицинское страхование: организация и финансирование / М., 1995. – 162 с.

3. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров’я в Україні // В.М. Лехан, Н.М. Лакіза-Сачук, В.М. Войцехівський, І.М. Солоненко, В.М. Рудий. – К. – 2001. – 174 с.

4. Черненко В.Г., Рудий В.М. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров’я. К. – 2002. – 112 с.

5. Шейман И.М. Бюджетно-страховая система здравоохранения. – Кемерово: ИНСЭПЭ, 1992. – 123 с.

УДК 371. 15

*В.М. КЛОЧКО, Т.В. БОНДАРЕНКО,
О.В. БОНДАРЕНКО*

СОЦІАЛЬНО-ВАЛЕОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВІДБОРУ КАДРІВ

Обґрунтовано необхідність розробки концепції створення соціально-валеологічної моделі фахівця, нормативно-правової бази, методик обліку та оцінки психо-фізичного стану претендентів під час професійного відбору та підготовки фахівців.

Наслідком підвищення ефективності організації є активізація професійних можливостей співробітників – трудових ресурсів організації. Управління трудовими ресурсами (УТР) – один з найважливіших аспектів теорії та практики управління і має такі головні етапи: планування, набір та відбір персоналу, навчання та профорієнтація, нормування заробітної плати та пільг, оцінювання трудової

діяльності, підготовка керівників та управління просуванням по службі, підвищення, пониження, переведення та звільнення. Етап набору та відбору кадрів – один з найважливіших в УТР [1, 7]. У вищій школі здійснюється підготовка керівників ланок різного рівня, тому питання професійного набору, відбору і підготовки майбутніх керівників є актуальними.

Мета даної роботи – звернути увагу працівників служб на необхідність враховувати рівень психо-фізичного стану, наявність досвіду фізкультурно-спортивної та соціально-валеологічної діяльності претендентів.

З досвіду роботи різних організацій, американські фахівці виявили тісну кореляцію між критеріями росту ефективності організації та збільшенням робочого навантаження на співробітників, що веде до збільшення штату організації. Проблеми розширення організації вирішуються шляхом запрошення на роботу фахівців у даній галузі діяльності – професіоналів. При цьому “...прийом на роботу 1 службовця при 4 уже працюючих, чи переміщення 1 члена колективу, що складається з 5 співробітників, спричиняє до 20 % різних змін, а найчастіше приводить до психологічної напруженості, порушення сталого психологічного мікроклімату в колективі. Втрата 1 службовця у великій організації не грає великої ролі, а в малій фірмі це має серйозні наслідки...” [8].

Знання вимог до кандидата на посаду в конкретну організацію є необхідною умовою правильного набору, відбору і підготовки кадрів, їх професійного підвищення, формування стандартів професії, орієнтиром професійної підготовки [2]. За даними соціологів ООН, ієрархія вимог до фахівця-професіонала третього тисячоріччя наступна: *працездатність*, чесність, гідність, бути відомим та мати популярність (у колі професіоналів даного напрямку).

Розрізняємо триаду *професійної працездатності*: психічна, фізична, ділова (технологічна) [3].

Консультанти з УТР США використовують розширений і скорочений варіанти класифікації вимог до кандидата на посаду:

Варіант 1

1. Фізичні дані (вік, здоров'я, зовнішність, енергійність).
2. Підготовка (кваліфікація, досвід, професійна працездатність).
3. Загальний розвиток (швидка реакція, гарна пам'ять, рішучість).
4. Особливі здібності (рівень інтелекта та професійних технологій, емоційна рівновага, увага до дрібниць).
5. Інтереси (до роботи в цій організації, наукові, професійного підвищення).
6. Характер (відвертість, наполегливість, здатність пристосовуватися до інших, надійність, впевненість у собі).
7. Обставини (ступінь вирішення домашніх проблем, зайнятість інших членів родини).

Варіант 2

1. Вплив на колег (як інші реагують на службовця).
2. Кваліфікація (досвід).
3. Природні здібності (швидка реакція, виконавська швидкість).

4. Мотивація (як службовець використовує свої здатності для досягнення результату).

5. Можливість пристосовуватися (психо-емоційна стабільність, поведінка в стресових ситуаціях)” [8].

Наведені три варіанти вимог до фахівця доводять, що головним критерієм соціально-валеологічного відбору є *професійна працездатність* та її ієрархічні складові: у варіанті 1 – із семи п'ять показників (1 – 4, 6), що залежать від рівня психо-фізичного стану працівника; у варіанті 2 – з п'яти чотири (1, 3 – 5). Якості та здібності людини, обумовлені відзначеними показниками, розвиваються й удосконалюються за допомогою засобів фізичної культури і соціальної валеології.

Ефективний відбір кадрів є одна з форм попереднього контролю якості людських ресурсів і, в першу чергу, соціально-валеологічних критеріїв: психічного, фізичного та професійно-технологічного здоров'я. Рівень соціально-валеологічних критеріїв має перевагу над рівнем спеціальних критеріїв у галузі знань, умінь, навичок, ерудиції.

В Україні усе ще відсутнє пряме соціальне замовлення суспільства на соціально-валеологічну модель фахівця. Перші спроби в цьому напрямку зроблені у стандартах підготовки бакалаврів, фахівців і магістрів [6]. Організації України, що займаються зовнішньоекономічною діяльністю вже здійснюють відбір кадрів на підставі міжнародних вимог. Настав час опрацювати механізми відбору та підготовки керівних кадрів та гармонізувати в їх структурі перераховані вище вимоги. Тільки так, на нашу думку, можна витримати конкуренцію на внутрішньому і зовнішньому ринках.

Нами досліджувалися елементи соціально-валеологічної моделі фахівця у сфері міжнародного туризму і готельного господарства. Метод дослідження – вибіркове анкетування, інтерв'ювання і статистична обробка професіограм результатів опитування більш ніж 110 студентів 1 – 5 курсів Харківської державної академії міського господарства. У дидактичних тестах професіограм та їх структурі мали опрацювання і наведені вище вимоги. Результати: 60,0 % 1-курсників із побільшенням до 75,3 % 5-курсників вважають професійну працездатність, комунікабельність провідними професійно необхідними якостями під час професійного відбору, просуванні по службі та ефективному виконанні службових обов'язків. Сучасні студенти прагматично і реально оцінюють вимоги до майбутніх фахівців. Виявляють бажання займатися фізичними вправами із професійною спрямованістю 75,8 % 1-курсників, від 70,6 % 2-курсників до 54,1 % 5-курсників. Студенти вже з 1 курсу прагнуть усебічно підготуватися до майбутньої роботи. Більша частина старшокурсників не заперечують психологічну, фізичну та технологічну підготовку і бажають, щоб вона мала соціально-валеологічну та профорієнтаційну спрямованість. Нами проаналізовано, що у школах професійної фізичної підготовки США за професіограмами для ефективної праці у 98 % професій необхідна вестибулярна стійкість (у зв'язку з використанням різних видів транспорту), у 91 % – увага, у 87 %

– уміння зберігати рівновагу, у 78 % – координація рухів, у 65 % – мислення, у 64 % – витривалість, у 59 % – швидкість, у 56 % – просторова орієнтація, у 52 % – пам'ять, у 40 % – сила [1; 3].

Усі десять оцінок належать до психо-валеологічного класу. Відомо, що саме дисципліна “Фізичне виховання” з елементами психо-валеологічної спрямованості забезпечує розвиток, тренування й удосконалення перерахованих якостей. За допомогою методів фізкультурно-спортивної діяльності можливо моделювати і життєві ситуації, у тому числі найбільш складні з них – стресові, а звідси і керувати ними [2; 7]. Специфіка тренувальної та спортивно-змагальної діяльності формує всі десять складних оцінок психо-валеологічних якостей та ще і такі, як працьовитість, дисциплінованість, уміння ризикувати, брати ініціативу на себе, почуття відповідальності за колектив, самовідданість під час захисту його інтересів, почуття лідерства, патріотизм, мобільність, надійність, організаторські здібності, активну життєву позицію, уміння підкоряти особисті інтереси інтересам команди та ін. Усі перераховані якості повинні бути притаманні керівникам будь-якого рангу. Ці засади необхідно враховувати фахівцям, що займаються відбором і підготовкою кадрів [5; 6].

Проведений аналіз літературних джерел, власні дослідження авторів дозволяють зробити висновки про необхідність розробки концепції створення соціально-валеологічної моделі фахівця, створення нормативно-правової бази, методик обліку та оцінки психо-фізичного стану претендентів під час професійного відбору і підготовці фахівців. Наведений практичний матеріал є первинним для розробки цілей та ієрархії рівнів соціально-валеологічної моделі фахівця.

Література:

1. Браун Л. Имидж – путь к успеху: Пер. с англ. – СПб.: Питер Пресс, 1996. – 187 с.
2. Головченко Г.Т., Бондаренко Т.В. Формирование личности специалиста средствами физического воспитания: Учеб. пос. – Х.: ИВМО “ХК”, 2001. – 156 с.
3. Ключко В.М. Відновлення організації і методики проведення занять фізичною культурою зі студентами спеціального медичного відділення – групою лікувальної фізкультури / Звіт про НИР, № 1/2001. – Х., ХГАГХ, 2001 – 90 с.
4. Освітньо-професійна програма підготовки бакалавра, спеціаліста і магістра напрямків 0501-“Економіка і підприємництво”, 0502 – “Менеджмент” / Колектив авт. За ред. А.Ф. Павленка. – К.: КНЕУ, 2002. – 116 с.
5. Раевский Р.Т. Профессионально-прикладная физическая подготовка студентов технических вузов. – М.: Фис, 1985. – 136 с.
6. Родионов А.В. Психодиагностика спортивных способностей. – М.: Фис, 1986. – 1973. – 215 с.
7. Шпалинский В.В., Головченко Г.Т. Психология менеджмента. – Х.: ИВМО “ХК”, 1998. – 271 с.
8. Энциклопедия малого бизнеса: Пер. с англ. – М., 1994. – С. 24–53.

УДК 616.972.614:616.972-085.334-036

Г.И. МАВРОВ, Г.П. ЧИНОВ

ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ И СОЦИАЛЬНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ВЕНЕРИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ В РЕСПУБЛИКЕ КРЫМ

Проаналізовано фактори та причини захворювань на венеричні хвороби в Автономній Республіці Крим.

Венерические болезни (ВБ) – одни из наиболее распространенных инфекций на планете [4; 6]. В Украине, после снижения в 1980-е годы, с 1989 по 1997 гг. отмечался рост заболеваемости сифилисом в 39 раз. Среди женщин детородного возраста и несовершеннолетних сифилис растет опережающими темпами [2; 5]. По данным МЗ, интенсивный показатель заболеваемости (ИПЗ) сифилисом в 1998 г. составил 137,3 (на 100 000 всего населения). Анализ заболеваемости гонореей с 1994 по 1997 гг. показал, что наблюдается снижение на 45 % – ИПЗ 107,8 и 60,1 соответственно. Почему так значительно различается динамика заболеваемости сифилисом и гонореей – инфекциями, имеющими сходные закономерности распространения – на настоящий момент не установлено. Возможно, имеются социально-демографические и поведенческие факторы, влияющие на эпидемический процесс. Их изучение и установление природы необходимо для правильной организации борьбы с ВБ.

Целью статьи является изучение эпидемиологии сифилиса и гонореи на современном этапе, выявление социально-демографических особенностей больных для последующей разработки адекватных лечебно-профилактических и организационных мероприятий по борьбе с венерическими болезнями.

ИПЗ сифилисом в целом по Крыму за 1998 г. составил 142,9 на 100 тыс. населения, гонореи – 62,6. Соотношение зарегистрированных случаев этих заболеваний 2,3:1. Эти данные значительно отличаются от периода 1970 – 80 гг., когда на один случай сифилиса приходилось 5–7 случаев гонореи. При этом заболеваемость сифилисом в то время была в 8–10 раз ниже (ИПЗ в 1975 г. – 16,5, в 1980 г. – 17,7); а гонореи – в два раза выше (ИПЗ в 1975 г. – 92,9, в 1980 г. – 113,1). Такая динамика объясняется, с одной стороны, быстрым ростом сифилиса, а с другой – распространением самолечения при гонорее, в связи с чем значительная часть случаев не регистрируется. Данная ситуация приводит к тому, что часть больных лечится неадекватно, а профилактические мероприятия в очагах инфекции не проводятся.

Средний возраст больных сифилисом составил 30 лет, средний возраст больных гонореей – 28, 5 лет. Больных гонореей до 18 лет было 111 (0,8 %), в том числе 23 ребенка до 14 лет. Больных сифилисом до 18 лет – 165 (0,6 %) и 34 ребенка. Был зарегистрирован 1 случай врожденного сифилиса. Скрытая форма сифилиса, когда у больного нет клинических признаков заболевания, а есть только серологические,

была у 561 (18,3 %) больных. Эти лица могли быть источниками заражения своих половых партнеров. Активные формы сифилиса диагностированы у 2496 больных. Из них первичный период (срок заболевания до двух месяцев) был у 600 (24 %) больных, а вторичный период (срок заболевания от двух месяцев до 2 лет) – у 1896 (76 %). Острая гонорея (до двух месяцев) была диагностирована у 774 (57,8 %), хроническая (более 2 месяцев) – у 566 (42,2 %). Приведенные данные означают, что более 3/4 больных сифилисом и почти половина больных гонореей выявляются на поздних стадиях, после более-менее продолжительного периода, во время которого они могли заразить своих половых партнеров.

Хотя в целом количество мужчин и женщин среди больных было примерно одинаково, весьма значительные различия выявлены в соотношении ранних и скрытых форм сифилиса и гонореи между мужчинами и женщинами.

Ранние формы ВБ чаще регистрируются у мужчин, а поздние – у женщин. Отчасти это объясняется половым диморфизмом. У женщин, в силу анатомо-физиологических особенностей, свежая гонорея и первичный сифилис чаще протекают незаметно для пациентки. Поэтому они реже сами обращаются к врачу на ранних стадиях заболевания. Кроме того, доля скрытого сифилиса у мужчин и женщин сильно различается – 13 % и 23 % соответственно. Учитывая большой объем изученной выборки больных, это различие достоверно с большой вероятностью ($t=6,93$; $P=5,03E-12$). Поэтому больные сифилисом мужчины в два раза чаще сами обращаются к врачу, чем женщины – соответственно 40 % и 21 % ($t=11,57$; $P=2,42E-30$). Для гонорей это различие еще значительней – 49 % и 13 % соответственно ($t=14,49$; $P=2,61E-44$).

Сами обратились к врачу 30 % всех больных сифилисом и 34 % всех больных гонореей. Остальные были выявлены активно (привлечены как половые и бытовые контакты, выявлены на профосмотрах или врачами других специальностей). Из этих данных можно понять значение активного скрининга отдельных групп населения на ВБ. Определение таких групп и выработка критериев обследования является важной задачей дерматовенерологической службы.

Среди больных сифилисом городских жителей было 70 %, а сельских – 30 %. Среди больных гонореей соответственно – 75 % и 25 %. Заболеваемость сифилисом в городе выше, чем на селе в 1,9 раза; гонореей – в 2,5 раза. Эти цифры примерно соответствуют данным других регионов и в целом по Украине [3]. Не работали и не учились на момент выявления заболевания 72 % больных гонореей и 75 % больных сифилисом.

Среди больных сифилисом было 2,5 % лиц, относящихся к декретированным профессиям (работники общественного питания, торговли, транспорта, сферы обслуживания и детских учреждений и др.). Среди больных гонореей таких было 3,6 %. В связи с этими случаями было привлечено к обследованию 785 бытовых контактов. Источники заражения не удалось установить у 43 % больных сифилисом и у 51 % гонореей. Вообще отрицали какие-либо половые контакты, что заведомо было неправдой, 3,3 % больных сифилисом и 8,5 % больных гонореей. Максимальное количество названных половых контактов (у проститутки) – 31, из которых удалось разыскать привлечь к обследованию 19. Среднее число половых контактов, подлежащих обследованию на одного больного сифилисом, было 1,9. Реально было привлечено 1,4. Для больных гонореей эти цифры составили

соответственно 1,6 и 1,1. Бытовых контактов обследовано по сифилису 3,2 на одного больного и по гонорее – 0,6. Всего в связи со случаями сифилиса было привлечено 14067 контактов (половых и бытовых) и в связи со случаями гонорей – 2278.

В литературе имеются указания, что колебания заболеваемости ВБ носят четкий сезонный характер [1]. По нашим данным, эта тенденция не вполне подтверждается. В целом по Крыму ежемесячно регистрируется примерно одинаковое количество случаев сифилиса и гонорей (соответственно). Однако в состав Крыма входят различные экономико-географические зоны, где могут действовать различные факторы, влияющие на заболеваемость. Так в Ялте и Евпатории – типичных курортных центрах с развитой индустрией развлечений – наблюдается ускорение роста сифилиса после начала курортного сезона (5-8 месяцы). Однако это ускорение не носит выраженного характера и нивелируется к середине курортного сезона.

Выводы:

1. В Крыму сохраняется высокая заболеваемость сифилисом и относительно высокая заболеваемость гонореей – ИПЗ на 100 тыс. соответственно 142,0 и 62,6. За последние 20 лет количество регистрируемых случаев сифилиса возросло в 10 раз, а гонорей снизилось в 2 раза.

2. Источники заражения не удается установить у 40 – 50 % венерических больных в силу объективных и субъективных причин. К обследованию удается привлечь только 60 – 70 % названных половых и бытовых контактов.

3. Около 76 % больных сифилисом и 42,2 % больных гонореей выявляются на поздних стадиях заболевания, после более-менее продолжительного периода, во время которого они могли заразить своих половых партнеров. Ранние формы ВБ чаще регистрируются у мужчин, а поздние – у женщин. Сами обращаются к врачу 30 – 35% больных. Остальные выявляются активно.

4. Среди венерических больных преобладают молодые люди до 30 лет (70 – 75 %), которые не работают и не учатся в силу различных причин, 25–30 % больных относятся к вполне благополучным слоям населения и имеют постоянное место работы или учебы. Хотя доля лиц декретированных категорий среди больных ВБ невелика – 3–4 %, тем не менее, последствия заболевания у этих лиц весьма ощутимы в социальном и экономическом плане.

5. В целом по Крыму сезонных колебаний заболеваемости сифилиса и гонорей не отмечается, однако в курортных зонах наблюдается незначительное ускорение роста сифилиса после начала курортного сезона.

Литература:

1. Гутнев А.Л., Тунда А.В. Некоторые клинико-эпидемиологические особенности сифилиса на современном этапе // Тези науково-практ. конф. "Захворювання, що передаються статевим шляхом". – К., 1998. – С. 15.

2. Калюжна Л.Д., Дерев'янюк Л.А., Дзюбак В.Є. Проблема сифілісу у вагітних: шляхи вирішення // Там же. – С. 24.

3. Мавров Г.И. Современные особенности сифилиса: эпидемиология, диагностика и лечение // Журн. дерматологии и венерологии. – X., 1999. – № 1(7). – С. 31–36.

4. Пресс-релиз ВОЗ 25 августа 1995 г. Информационный лист // Заболевания,

передаючися половим путём. — № 5. — С. 81-82.

5. Резенкина Л.Д. Анализ заболеваемости венерическими болезнями в Украине (период 1993-1997 гг.) // Журн. дерматологии и венерологии. — X., 1999. — № 1(7). — С. 25-28.

6. Buve A., Laga M., Piot P. Sexually transmitted diseases: Where are we now? // Health Policy and Planning. — 1993. — Vol. 8. — P. 277-281.

УДК 616.972.614:616.972-085.334-036

Г.И. МАВРОВ, Г.М. БОНДАРЕНКО

МАТЕМАТИЧЕСКОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ И ПРОГНОЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВЕНЕРИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ В ОТДЕЛЬНО ВЗЯТОМ РЕГИОНЕ

Викладено факти математичного аналізу захворюваності на сифіліс у Криму, що дозволило з точністю до 85 % спрогнозувати пік захворюваності, періоди циклічних підйомів і спадів та відповідно планувати фінансові потреби органів здоров'я.

После снижения в 1980-е годы роста сифилиса, с 1989 по 1997 гг. в стране отмечался рост этого заболевания [3]. Сегодня актуальным является установление причин появления новых очагов заболеваний на отдельно взятой территории. Это позволяет предложить конкретные мероприятия по пресечению распространения сифилиса и других венерических болезней [2].

Распространенность венерических болезней может значительно отличаться в районах, имеющих разные экономико-географические характеристики [5]. Состояние заболеваемости венерическими болезнями в Украине требует разработки и проведения в жизнь реалистичных программ по борьбе с венерическими болезнями с учетом местных условий и возможностей. Каждый областной КВД должен стать центром с научно обоснованной концепцией развития дерматовенерологической службы отдельного региона [4].

Для создания действенных региональных программ необходимо, прежде всего, решение следующих задач: объективный учет заболеваемости, определение клинко-эпидемиологических особенностей венерических болезней в данном регионе, выявление социально-демографических и поведенческих особенностей больных, оценка экономического ущерба от венерических заболеваний для общества и оптимизация затрат на выявление, лечение и профилактику, разработка математической модели эпидемического процесса на отдельно взятой территории.

Вопрос о цикличности заболеваемости венерическими болезнями дискутируется не одно десятилетие. В практическом плане важно установить, во-первых, сам факт такой цикличности, во-вторых — период колебаний. Это позволит составить прогноз и заранее проводить необходимые мероприятия [1].

Методы компьютерного моделирования и прогнозирования являются

сравнительно новыми в противоэпидемической работе. Был проведен математический анализ заболеваемости сифилисом в Крыму. Заболеваемость изучалась как по Крыму в целом, так и выборочно в отдельных регионах республики за период с 1990 по 1998 гг. включительно. Для сравнительного анализа были выбраны следующие регионы: Симферополь (административный, культурный и научный центр с развитой промышленностью), Керчь (город-порт с развитой тяжелой и легкой промышленностью), Евпатория (город-курорт с развитой инфраструктурой обслуживания отдыхающих), сельскохозяйственные районы степного Крыма – Раздольненский и Кировский;

Выбор был обусловлен экономико-географической характеристикой этих регионов, представляющих основные зоны Крымского полуострова. На основании данных статистической отчетности строили кривые, отражающие функциональную зависимость заболеваемости от времени. Применялся метод аппроксимации или “сглаживания”. Полученные кривые оценивали с помощью математических методов. Проводился дисперсионный анализ, который позволил сравнивать заболеваемость в различных регионах и изучать ее зависимость от тех или иных факторов.

Всего с 1 января 1990 г. по 31 декабря 1998 г. было выявлено 19026 больных сифилисом. В 1998 г. в Крыму зарегистрировано 4873 больных сифилисом. Средняя заболеваемость – интенсивный показатель за последние 9 лет в целом по Крыму составила 98 новых случаев на 100 тыс. населения в год. Показатели заболеваемости существенно менялись во времени (наибольший зафиксирован в 1996 г. – 169; наименьший – в 1990 г. – 9).

Вместе с тем, если проанализировать математически функцию заболеваемости во времени, то можно установить общие закономерности как в целом для Крыма, так и для большинства регионов республики. Характер этой функции за период наблюдений (9 лет) приближается к зависимости типа полиномиальной функции, т.е. наблюдается более-менее выраженный период роста, а затем, после достижения пика, – период спада. Время достижения пика в различных регионах может не совпадать. В Симферополе – пик достигнут в 1994 г., в Керчи – в 1995, Евпатории – в 1996.

Аналогичная картина, хотя и с меньшими абсолютными значениями, отмечена в сельских районах. В Кировском районе пик заболеваемости достигнут в 1996 году. В Раздольненском районе в 1998 г. рост заболеваемости продолжался.

Таким образом, в Крыму и большинстве регионов происходил значительный рост заболеваемости сифилисом до второй половины 1990-х гг., после чего наступила короткая стабилизация с тенденцией к явному снижению. Различия в уровнях и динамике заболеваемости сифилисом в различных регионах Крыма на первый взгляд незначительные, однако они все-таки имеют место, что подтверждается математическим анализом.

Так, в Симферополе средняя заболеваемость за все последние девять лет была выше, чем в целом по Крыму. Соответственно, 148 и 98. Дисперсионный анализ показывает, что динамика заболеваемости в Симферополе и в целом по Крыму достоверно не отличается, что также видно из явного сходства кривых. Это означает,

что на заболеваемость сифилисом в Симферополе и в целом по Крыму воздействуют аналогичные факторы. Однако интенсивность их воздействия в столице Автономной Республике Крым выше.

При анализе по городам и районам наблюдается в целом аналогичная закономерность. Сравнение Евпатории и Керчи выявило различия уровня и динамики заболеваемости сифилисом за период 1990 – 1998 гг. Средний уровень заболеваемости за 9 лет в Евпатории (136) выше, чем в Керчи (69). Динамика заболеваемости также отличалась. Дисперсия, отражающая степень изменчивости показателей заболеваемости во времени, в Евпатории была значительно больше, чем в Керчи. Соответственно, 16400 и 2900 ($P = 0,01$). Это означает, что в Евпатории действия общих факторов, влияющих на эпидемический процесс, проявляются более сильно, чем в Керчи. Кроме того, на заболеваемость сифилисом действуют местные факторы. Следовательно, эпидемический процесс для городов промышленного типа и курортов отличается. Очевидно это связано с экономико-географическими и популяционными различиями этих городов.

Показатели заболеваемости сифилисом в сельских районах – Кировском и Раздольненском (средний показатель для двух районов за 9 лет – 52) – ниже, чем в целом по Крыму (98) и в городах (100). Для степного Крыма характерны такие же закономерности, как для городов, но с некоторыми особенностями. В сельских районах степного Крыма на заболеваемость сифилисом воздействуют факторы, схожие с факторами, действующими в городах. Можно отметить различие в их интенсивности. Достижение фазы насыщения в районах не совпадает. Поэтому, при анализе сводных показателей по нескольким районам картина может существенно искажаться из-за наложения различных фаз.

Десятилетний период наблюдения за динамикой регистрации сифилиса в Крыму позволил выявить фазу роста, фазу стабилизации и начало фазы снижения заболеваемости. Для установления периодичности колебаний заболеваемости необходим длительный период наблюдений, либо применение специальных математических методов прогнозирования. Учитывая тот факт, что до 1991 г. в стране действовали социально-экономические факторы, отличные от тех, которые имели место в последние годы, было решено использовать математические методы, основываясь только на данных 90-х гг. XX ст.

Был применен метод временного тренда с полиномиальной аппроксимацией и сглаживанием со степенью 2. В результате этого были получены уравнения, которые с известной вероятностью отражают изменение заболеваемости во времени. Установлено, что характер зависимости заболеваемости сифилисом от времени приближался к полиномиальной функции. Это позволяет с точностью до 65 – 85 % спрогнозировать пик заболеваемости и период циклических подъемов и спадов для Крыма в целом и для отдельных регионов. В результате были получены следующие данные.

Прогнозируется снижение заболеваемости в Крыму до середины следующего десятилетия, если исходить из того, что не появится новых факторов, существенно

влияющих на эпидемический процесс.

В Симферополе пик заболеваемости был в 1997 г., период колебаний – 11 лет. Прогнозируется снижение заболеваемости до 2003 г., если комплекс факторов, определяющих уровень заболеваемости, изменится незначительно. В Евпатории период колебаний составляет примерно 13 лет. Прогноз – максимальное снижение заболеваемости к 2005 г. Динамика выявления сифилиса в Керчи и прогноз существенно отличается от Евпатории. Период колебаний составляет 25 лет. Таким образом, в Керчи прогнозируемый цикл колебаний заболеваемости сифилисом превышает таковой в других городах Крыма в два раза. Прогнозируется период роста заболеваемости до середины текущего десятилетия, а затем период спада, ориентировочно до 2010 г., при условии, что эпидемический процесс будет развиваться по закономерности, характерной для 90-х гг. XX ст. Применение метода прогнозирования заболеваемости сифилисом в сельских районах Крыма позволило выявить следующие закономерности. В Раздольненском и Кировском районах прогнозируется продолжение роста заболеваемости в начале 2000-х гг.

Таким образом, применение временного тренда показало различие в динамике заболеваемости сифилисом в Крыму и в различных экономико-географических зонах республики. Различается не только уровень заболеваемости, но и теоретически вычисленный период ее колебаний, а также время достижения стабилизации роста, что, в свою очередь, поможет службе правильно планировать соответствующие мероприятия.

Литература:

1. Волкославская В.Н. О применении точных методов для математического прогнозирования заболеваемости сифилисом в регионе // Журн. дерматологии и венерологии. X., 1997. – № 1(3). – С. 23 – 27.
2. Волкославская В.Н., Линник Б.С. Показатели качества санации очагов венерических болезней и их значение для прогнозирования заболеваемости сифилисом // Жур. Дерматологии и венерологии. – X., 1999. – № 1(7). – С. 37 – 40.
3. Калюжна Л.Д., Ністряну С.І., Ценілова О.М. Дерматовенерологічна служба України: ситуація, проблеми // Тези доп. VII Українського з'їзду дерматовенерологів. – К., 1999. – С. 3.
4. Мавров І.І. Проблема якості надання спеціалізованої медичної допомоги та кадрів у дерматології та венерології // Журн. дерматологии и венерологии. – X., 1999. – № 1(7). – С. 80 – 86.
5. Чинов Г.П. Структура заболеваемости сифилисом и гонореей в трех различных экономико-географических зонах Крыма // Журн. дерматологии и венерологии. X., 1999. – № 2(8). – С. 96-97.

УДК 613.0: 614.2(477.54)

Н.В. ПРОСОЛЕНКО

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СТРАТЕГИИ ПРОФИЛАКТИКИ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

Висвітлено основні напрями розвитку профілактики на рівні регіону. Проаналізовано проблеми та шляхи удосконалення профілактичної роботи в системі охорони здоров'я.

В настоящий период деятельность учреждений здравоохранения направлена на реализацию Концепции развития охраны здоровья населения Украины (2000 г.), главной целью которой является сохранение и улучшение здоровья населения, внедрение безопасных технологий, обеспечение государственного приоритетного финансирования комплексных программ профилактики, построения реальной профилактической базы при решении задач медицинского обеспечения [1].

Профилактика по-прежнему является важным магистральным направлением национального здравоохранения, однако изданные за последние годы Постановления и приказы Министерства здравоохранения, посвященные этому вопросу, носили декларативный характер.

Сегодня профилактика, к сожалению, не работает на свой конечный результат – снижения заболеваемости, улучшение санитарно-эпидемиологического состояния регионов страны и охраны окружающей среды, оздоровления условий труда в ряде ведущих отраслей промышленности, гигиенического воспитания населения и формирования здорового образа жизни.

В настоящий период сократился потенциал общественного здоровья, уменьшился индекс здоровья взрослого и детского населения.

В связи с этим, важной задачей органов и учреждений здравоохранения является совершенствование деятельности по реализации 4 основных направлений профилактики:

- санитарно-гигиенического, обеспечивающего оздоровление природной, производственной и бытовой среды;
- функционально-биологического, направленного на выявление и устранение или нейтрализацию индивидуальных, биологических факторов риска;
- лечебно-оздоровительного;
- формирование здорового образа жизни [2].

Сегодня основным направлением стратегии действий является проведение полномасштабных профилактических мероприятий, включающих осуществление общегосударственных программ профилактики неинфекционных и инфекционных заболеваний. Ведущее место в реализации этой стратегии принадлежит регионам.

Для исполнения Указа Президента Украины “Про додаткові заходи щодо поліпшення медичної допомоги населенню України” Харьковская областная

государственная администрация издала распоряжение “О дополнительных мероприятиях по улучшению медицинской помощи населению Харьковской области” от 8 августа 2000 г. № 963.

Основными направлениями стратегии профилактики на региональном уровне являются:

1. Разработка и поддержка осуществления региональных профилактических программ.

2. Проведение законотворческой и скоординированной межсекторной политики планирования и внедрения профилактических программ.

3. Переориентация служб здравоохранения региона на приоритет оказания амбулаторно-поликлинической помощи, внедрение семейной медицины и усиление профилактической направленности в деятельности служб здравоохранения.

4. Обучение населения региона здоровому образу жизни.

Особое значение имеет профилактика в деятельности врачей общей практики, семейной медицины, в частности по реализации мероприятий первичной профилактики, проведению медицинских профилактических осмотров, участие в формировании здорового образа жизни, медико-генетическому консультированию, активному наблюдению за состоянием здоровья обслуживаемого населения, выявлению факторов риска возникновения заболеваний.

В этом разделе работы необходима четкая система взаимодействия специалистов санитарно-эпидемиологической службы с работниками лечебно-профилактических учреждений.

В Харьковской области при активном участии санитарно-эпидемиологической службы проводятся мероприятия по гигиеническому обучению и воспитанию населения.

Ежегодно гигиеническую подготовку проходят свыше 10 тыс. трудящихся промышленных предприятий, около 15 тыс. работников занятых производством и реализацией продуктов питания, 8 тыс. работников дошкольных учреждений, 5 тыс. работников коммунального хозяйства, около 37 тыс. беременных женщин и матерей, имеющих детей первого года жизни.

Однако количественные показатели работы по санитарному просвещению и пропаганде здорового образа жизни еще не отвечают требованиям сегодняшнего дня, неадекватны изменения в гигиеническом поведении людей и усвоении ими навыков здорового образа жизни.

Уровень и эффективность работы в этом направлении не стали приоритетом в деятельности учреждений здравоохранения. Отмечается низкий уровень санитарной культуры населения, распространены факторы риска, способствующие возникновению неинфекционных заболеваний – курение, злоупотребление алкоголем, повышенная масса тела.

За период с 1991 г. в Харьковской области отмечается увеличение распространенности наркоманий и токсикоманий в 1,8 раза. Особое

значение имеет тот факт, что наркомания распространяется главным образом среди молодежи и подростков (70 % больных составляют лица в возрасте 15 – 30 лет).

Серьезной проблемой является ухудшение качества питания, увеличение количества стрессов, 20 % населения имеет повышенный уровень холестерина в крови, физической культурой занимаются лишь 6 – 8 % населения.

Таким образом, все усилия первичного звена здравоохранения должны быть направлены на повышение профилактической активности населения, которая отражает степень выраженности гигиенических установок и их реализацию в повседневной жизнедеятельности.

Главным в формировании здорового образа жизни является гигиеническое, экологическое воспитание населения, и эту работу необходимо проводить систематически [3].

Актуальным является выполнение Европейских, национальных, региональных программ профилактики: “Здоровье для всех в двадцать первом столетии”, “Дети Украины”, “Сахарный диабет”, “Здоровье пожилых людей”, “Здоровье нации” и др. Однако сегодня из 10 национальных программ профилактики финансируются только 7, при этом объем финансирования составляет 43,9 % от запланированного [4].

В настоящее время не вызывает сомнения, что основой реформирования здравоохранения является профилактическая медицина и подходы к формированию здорового образа жизни.

Для создания полноценной системы профилактики на уровне региона необходима политическая и финансовая поддержка со стороны различных секторов общества.

Литература:

1. Указ Президента України “Про Концепцію розвитку охорони здоров’я населення України” від 07.12.2000 р. № 1313/2000.
2. Москаленко В. Ф. Стан фінансування системи охорони здоров’я України та невідкладні заходи щодо його поліпшення // Вісн. соціальної гігієни та організації охорони здоров’я України. – 2000. – № 4. – С. 6-7.
3. Хромченко О. М., Куценко Г. И. Санитарно-эпидемиологическая служба. – М.: Медицина, 1990. – С. 27 – 43.
4. Экологическое воспитание различных групп населения: Методические рекомендации / Сост. Н.В. Просоленко, Т.П. Солонечкая, Н.М. Кострыкин, Б.А. Стремоусов. – Х., 1994. – 27 с.

УДК 373.5.06-055.1/3

О.Я. РИБАЛКА

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ФОРМУВАННЯ КУЛЬТУРИ МІЖСТАТЕВИХ СТОСУНКІВ ПІДЛІТКІВ

Розглянуто деякі аспекти формування культури міжстатевих стосунків підлітків. Наведено результати анкетування вчителів і учнів сільських і міських шкіл Полтавщини. Визначено основні напрямки виховання культури міжстатевих стосунків підлітків.

Кожна епоха в розвитку людства регламентує свої стосунки між чоловіком і жінкою. Попри існуючу думку, що родинні шлюбні взаємини саморегулюються, життя підтверджує необхідність пізнання, розвитку й становлення інтимних переживань людини, отже, культура особистості взагалі та міжстатева зокрема створюють передумови для зменшення стихійності, інстинктивності, випадковості у взаєминах між подружжям і сприяють створенню міцної сім'ї.

Багатство духовного світу особи, краса, благородство думок та вчинків завжди свідчать про перевагу, вищість суспільної сутності людини над її біологічною природою [5]. З перших років життя дитини соціальне оточення відіграє вирішальну роль у вихованні особистості чоловіка чи жінки, у формуванні культури міжстатевих відносин. Уміння відповідати соціальне прийнятним взірцям статевої поведінки, створювати стабільні взаємини з особами протилежної статі, з повагою відноситися до близьких і рідних належать до успадкованих рис характеру. Результатом статевої соціалізації є асиміляція та адаптація усталених вимог. Цивілізація створила цілу систему поведінкових приписів, взірців, моделей поведінки (від одягу, манери спілкування до соціальних видів діяльності), які притаманні сильній або слабкій статі. Статеве виховання передбачає слідування за здоров'ям підростаючого покоління та етичу чистоту статевих взаємин.

Сьогодні в Україні склалася негативна ситуація щодо здоров'я і моральної поведінки дітей і підлітків. Основними причинами, які визначають норму поведінки, є безсоромність та брутальність у сфері міжстатевих відносин, відсутність необхідних знань зі встановлення нормальних взаємин з протилежною статтю, збереження і зміцнення здоров'я, неспроможність дорослих надати допомогу і відповісти на питання, які постають перед підлітками.

Ранній початок статевого життя веде до збільшення кількості венеричних захворювань, числа вагітності неповнолітніх, наслідком яких є аборти. Швидкими темпами зростає також проституція неповнолітніх. І тут, на нашу думку, важливо наголошувати не на методах контрацепції, а на збереженні цнотливості, гідності, врешті-решт, психічного і фізичного здоров'я підлітків.

Формування культури міжстатевих відносин можна розглядати як соціальне

замовлення загальноосвітній школі, що визначає вивчення змісту, структури факторів і механізмів їх формування, утворення певних соціально-педагогічних і соціально-психологічних умов, науково-методичне обґрунтування видів, типів і рівнів цих відносин як динамічної системи визначення закономірностей їх функціонування і розвитку.

Програми різних предметів мають великі можливості для морально-статевих виховання підлітків, для формування культури міжстатевих відносин. Але, як правило, цими питаннями займаються вчителі-біологи або класні керівники, інші вчителі-предметники, на жаль, ці важливі питання залишають поза увагою.

Виховання культури міжстатевих відносин – це формування у підлітків позиції відвертості, дружньої довіри, поваги та гуманного ставлення один до одного. Воно повинно починатися дуже рано, ще до школи, а в шкільні роки продовжуватися і змінюватися.

Дружбу можна вважати першим ступенем людських стосунків. Для того, щоб людина змогла жити серед людей і спілкуватися з ними, вона повинна навчитися бути другом.

З метою виявлення проблем з формування культури міжстатевих стосунків ми провели анкетування вчителів і учнів міських і сільських шкіл Полтавщини.

На запитання "Як ставляться дівчата до хлопців? Що переважає в їхніх відносинах?" ми одержали такі результати:

	<i>Відповіді</i>	<i>Учителі см %</i>	<i>Учителі ми %</i>
1	Безцеремонність, брутальність	70	50
2	Чуйність, доброзичливість	13	20
3	Залежить від культури виховання	6	20
4	Так, як ставляться батьки один до одного	10	10

На запитання "Як ставляться дівчата до хлопців? Що переважає в їхніх відносинах?" вчителі відповіли так:

	<i>Відповіді</i>	<i>Учителі см %</i>	<i>Учителі ми %</i>
1	Шкідливі звички	60	71
2	Відсутність культури	30	15
3	Легковажність, безвідповідальність	10	14

Як свідчать результати анкетування, надзвичайно важливо виховати уважне, шанобливе ставлення хлопчика до дівчинки, юнака до юнки. І тут потрібна велика й копітка робота і батьків, і педагогів. Необхідно донести до свідомості хлопців, що

дівчина – фізично слабша, емоційно чутливіша, вона майбутня мати, тому потребує чуйного ставлення.

З іншого боку, у дівчат необхідно виховувати почуття гордості, власної гідності. Інколи грубість і безцеремонність юнаків видається дівчатам особливим молодечтвом, і вони дозволяють їм бути грубими і фамільярними по відношенню до себе. Важливо, щоб дівчина зрозуміла, що така поведінка хлопців принижує її дівочу гідність. Чуйність, доброзичливість, повага, розсудливість, люб'язність у спілкування – ось такі риси характеру необхідно розвивати у дівчат. Мудрість і стійкість жінки, на думку В.А. Сухомлинського, виховує чесність чоловіків.

Роботу з формування культури міжстатевих відносин підлітків необхідно проводити постійно, про що свідчать результати анкетування.

На запитання "Що в поведінці сучасної молоді вас більш за все турбує?" були отримані такі відповіді:

Варіант 1

Відповіді		Учителі см %	Учителі ми %
1	Невихованість, брутальність, грубість	43	50
2	Шкідливі звички	13	25
3	Відсутність мети, небажання вчитись	10	15
4	Жорстокість, агресія	6	10

Варіант 2

Відповіді		Учителі см %	Учителі ми %
1.	Шкідливі звички	60	71
2.	Відсутність культури	39	15
3.	Легковажність, безвідповідальність	10	14

Варіант 3

Відповіді		Учителі см %	Учителі ми %
1	Шкідливі звички	52	52
2	Відсутність культури	25	32
3	Схильність до насильства	12	4
4	Відсутність мети	11	28

На думку Т. Говорун і О. Кікінеджи, увесь досвід людства свідчить, що обмеженість інтересів нерідко призводить до посилення і збочення сексуальних потягів [2].

На запитання “Які б зміни ви запропонували у вихованні сучасної молоді?” отримано різні відповіді від учителів сільської та міської шкіл:

Відповіді		Учителі см %	Учителі ми %
1	Покращити фізичне і трудове виховання	20	52
2	Контроль за засобами масової інформації	13	25
3	Пропаганда здорового способу життя	6	
4	Покращання матеріального стану сім'ї і сімейного бюджету	6	10
5	Проводити більше заходів зі статевого виховання		30
6	Відновити безкоштовні гуртки, спортивні секції		25

Відповіді учнів і учениць сільської та міської шкіл теж дещо відрізнялися за змістом. Так розподілилися думки учениць міської школи:

1.	Різноманітні гуртки, виховні заходи, соціальні програми	48 %
2.	Здоровий спосіб життя	12 %
3.	Змінити і покращити програми телебачення і радіо	8 %
4.	Налагодити контакти з батьками	8 %
5.	Не дали відповіді	24 %

Учениці сільської школи надали такі відповіді:

1	Річні виховні заходи з культури поведінки і спілкування, вечори, диспути, гуртки	36 %
2	Сімейне виховання (батьки мало приділяють уваги дітям)	12 %
3	Посилити вимоги і контроль за поведінкою підлітків	8 %

Відповіді учнів міської школи розподілилися таким чином:

1.	Пропаганда здорового способу життя	43 %
2.	Виховання культури	43 %
3.	Більше вимогливості до молоді	14%

Усі сільські школи вважають за необхідне посилити такі заходи:

1.	Різноманітні виховні заходи (спорт, гуртки, секції, автошколи)	70 %
2.	Більше надати самостійності молоді	20%
3.	Виховувати з дитинства культуру поведінки	10 %

Як бачимо, відповіді вчителів і учнів майже співпадають. Необхідно батькам і вчителям більше уваги приділяти культурі поведінки і спілкуванню підлітків, тому що гарні манери, дотримання норм етики, вихованості взагалі не просто красиві слова. Ці якості споконвічно цінуються й шануються в народі, оскільки вони є основою глибокої духовності, багатого внутрішнього світу людини.

Засоби масової інформації часто негативно впливають на формування культури міжстатевих стосунків. Це одностайно відзначали вчителі міських і сільських шкіл, додаючи, що бракує освітніх програм, а деякі передачі телебачення пропагують розпусту, безвідповідальність, сімейну зраду. А біля телевізорів підлітки проводять більшу частку свого вільного часу.

Особливий вплив на формування культури міжстатевих стосунків підлітків мають відносини батьків, емоційна атмосфера, у якій ростуть діти. Увага, турбота, повага батька й матері один до одного виховують певний стереотип поведінки: буду сильним і добрим, як батько, або турботливою і ніжною, як мама. І навпаки, взаємна неприязнь, сварки вносять тривогу в душу дитини і з дитинства формують грубе ставлення до протилежної статі [3].

Про це свідчать і результати анкетування. На запитання анкети “Як впливають взаємини батьків на формування культури міжстатевих стосунків підлітків” учителі міських і сільських шкіл відповіли, що стосунки в сім’ї є основою формування ставлення до протилежної статі.

У складний пубертатний період на формування особливостей, культури взаємовідносин значний вплив має школа. Саме тут формується ставлення до дружби й кохання, виховується моральність. Тематика дисциплін суспільствознавчого та природничого циклів ще недостатньо зорієнтована на піднесення гуманітарних знань про людину, здоровий спосіб життя, етичні, правові аспекти регуляції міжстатевих стосунків. Це відзначили в своїх анкетах учителі. На запитання “Який вплив має шкільне середовище на формування культури міжстатевих стосунків підлітків” 60 % учителів міської та 39 % учителів сільської шкіл відповіли, що значний, а 23 % учителів сільської і 10 % учителів міської шкіл відповіли, що недостатній.

На формування культури міжстатевих відносин підлітків значний вплив мають вулиця та юнацька субкультура. Буває й так, що дівчата і хлопці легко вступають у статеві стосунки, не задумуючись про наслідки, виключно із бажання не пасти задніх у компанії. Дівчата в цей період користуються у хлопців особливою популярністю, симпатією. Але коли приходить час одружуватися, то виявляється,

що ці хлопці своїх подруг не обирають, а звертають увагу на більш скромних і стриманих дівчат [4].

Отже, підсумовуючи результати анкетування, слід зауважити, що виховання культури міжстатевих стосунків необхідно розпочинати з раннього віку. Простір для засвоєння практичних навичок створює позакласна та позашкільна робота: диспути, вечори, зустрічі з кваліфікованими спеціалістами, (про що відзначали в анкетах і вчителі), у процесі якої статеві відмінності, інтереси, уміння дітей одержують чітку орієнтацію.

Суттєві позитивні зрушення у справі виховання жіночості й мужності, культури взаємин можуть здійснюватися за умови, якщо в центрі педагогічної уваги перебуватиме не кількісний підхід до оцінки всебічного розвитку дитини, а ступінь задоволення її вікових потреб, інтересів, запитів відповідно до статевої належності.

Література:

1. Вихователю про психологію та педагогіку сексуального розвитку дитини: Науково-методичний збірник / За ред. Т.В. Говорун. – К., ІЗМН, 1996. – 168 с.
2. Говорун Т., Кікінеджи О. Стать та сексуальність: психологічний ракурс. Навч. пос. – Тернопіль, 1999. – 384 с.
3. Кушницрук Ю.Г., Щербаков А.Н. Популярно о сексологии. – К.: Наук. думка, 1988. – 168 с.
4. Лисенко В.Б., Синицин І.М., Щербаков О.П. Розмова про сокровенне: Науково-популярні нариси. – К.: Молодь, 1985. – 80 с.
5. Нанкова Л.М. У порога семейной жизни. Книга для учителя. – М.: Просвещение, 1991. – 144 с.

УДК 616.314–089.29

Т.В. ТОМИЛИНА

СИСТЕМОГЕНЕЗ ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ СТОМАТИТА В КОНТЕКСТЕ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ

Проаналізовано авторські винаходи з проблеми діагностики, прогнозування та профілактики стоматиту. Показано міжсистемний зв'язок між рівнями діагностичного процесу, застосування та призначення пріоритетних розробок у стоматології.

С учетом многокомпонентности этиопатогенетических звеньев стоматита и изученных в специальном исследовании особенностей клинических,

проведен семантичний аналіз пріоритетних розробок по вирішенню проблеми ранньої діагностики і прогнозування стоматита. Указані авторські способи застосовані для оцінки рівня резистентності організму [1] і її резервів [2] як по даним гематологічних [3], так і імунологічних особливостей [4] з визначенням імунокомпетентних клітин, а також для удосконалення діагностики і прогнозування стоматита [5] по комплексу діагностички значимих ознак. В той же час для застосування на рівні первинної медико-санітарної допомоги розроблено "Спосіб оцінки ефективності профілактики стоматита" [6], що дозволяє індивідуалізувати заходи профілактики і обґрунтовувати цільові і комплексні програми профілактичного втручання.

Хронологічно раніше винахід "Спосіб оцінки резистентності організму" (Патент 10049, Україна, 1996) належить до області медицини, зокрема до імунології, і призначався для застосування при прогнозуванні, профілактиці і лікуванні захворювань, пов'язаних з порушенням неспецифічної стійкості організму до шкідливих ендо- і екзогенних факторів. Розв'язувана винаходом задача полягала в виключенні впливу на показник резистентності організму циркулюючих імунних комплексів, не пов'язаних еозинофілами; в основі винаходу – задача створення скринінг-технології для визначення напрямленості неспецифічної імунної резистентності організму.

"Спосіб визначення імунокомпетентних клітин" (Патент 21017, Україна, 1997) належить до медицини, зокрема до імунології, і направлений для оцінювання імунного статусу людини. Мета, розв'язувана вказаним способом, – визначення імунокомпетентних клітин з виключенням можливого впливу параметра диференціації від умов проведення дослідження, а також від впливу екзо- і ендогенних факторів.

"Спосіб визначення резерва резистентності організму" (Патент 24686, Україна, 1998) належить до клінічної імунології і може бути використаний для прогнозування, оцінки ефективності профілактичних і лікувальних заходів, що вимагають врахування резерва неспецифічної резистентності. В основі винаходу – задача скринінг – технології диференційованої оцінки кількості активних і неактивних О-лімфоцитів, що дозволяє врахувати резерв трансформації О-лімфоцитів в Т- і В- клітини, відповідно – визначення рівня імунокомпетентних клітин в випадках дефіциту резистентності організму.

"Спосіб визначення гематологічного показника резистентності організму" (Патент 32808, Україна, 1998) належить до області клінічної імунології і використовується для вибору тактики лікування або напрямленої профілактики захворювань різної етіології, протікаючих з різними рівнями напруженості модуляції захисної реакції; в основі винаходу – задача створення скринінг – технології для визначення напруженості захисної

реакции.

“Способ диагностики активности стоматита” относится к клинической медицине и терапевтической стоматологии, а также к клинко-лабораторным и популяционно-диагностическим технологиям. Разработанный способ может использоваться для оценки распознавания риска стоматита, а также для определения значимости профилактических мероприятий в отношении стоматита. В основе изобретения – задача повышения точности диагностики путем учета гигиенических, биологических, анамнестических и индивидуально-валеологических показателей.

Изобретение “Способ оценки эффективности профилактики стоматита” базируется на применении энтропийной оценки уровня организованности этиопатогенетической системы, что позволяет моделировать варианты профилактических воздействий и оценивать эффективность проводимых мероприятий.

Таким образом, системогенез изучаемой проблемы базируется на многоуровневом подходе (клетка – организм – популяция) и характеризуется эволюционными переходами от клеточно-организменного к популяционному уровню, что создает новые возможности в стратегии профилактики стоматита как составляющей программы интегрированный профилактики хронических неинфекционных заболеваний.

Литература:

1. *Ткаченко Н.Н., Голик В.П., Воропаева Л.В., Томилиня Т.В.* Способ оценки резистентности организма. – Патент 10049, Украина, 1996.
2. *Ткаченко Н.Н., Голик В.П., Воропаева Л.В., Томилиня Т.В.* Способ определения иммунокомпетентных клеток. – Патент 21017, Украина, 1997.
3. *Ткаченко Н.Н., Голик В.П., Воропаева Л.В., Томилиня Т.В.* Способ определения гематологического показателя резистентности организма. – Патент 32808, Украина, 1998
4. *Ткаченко Н.Н., Голик В.П., Воропаева Л.В., Томилиня Т.В.* Способ определения резерва резистентности организма. – Патент 24686, Украина, 1998.
5. *Томіліня Т.В., Шкляр С.П., Катурсова Г.В., Голік В.П., Воропаєва Л.В.* Спосіб діагностики активності стоматиту. – Рішення про видачу патента України на винахід; пріоритет від 5.12.2001 р.
6. *Томіліня Т.В., Шкляр С.П., Катурсова Г.В., Голік В.П., Воропаєва Л.В.* Спосіб оцінки ефективності профілактики стоматиту. – Рішення про видачу патента України на винахід; пріоритет від 5.12.2001 р.

УДК 616.61-084(478)

І.І. ТОПЧІЙ

321

РЕГІОНАЛЬНА ПРОГРАМА ВТОРИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ НИРКОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ НА ПРОГРЕСУЮЧІ НЕФРОПАТІЇ

Проаналізовано стан хворих Харківського регіону на гіпертонічну хворобу та прогресуючі нефропатії – хронічний пієлонефрит, хронічний гломерулонефрит, діабетичну та подагричну нефропатії після обстеження та лікування.

В останні роки минулого століття в багатоцентровому дослідженні (DMMS, США) було встановлено, що під наглядом нефрологів знаходилося лише 39 % пацієнтів, для лікування яких були змушені застосувати програмний гемодіаліз [3; 4]. Несвоєчасна поява таких хворих у полі зору спеціаліста-нефролога характерна не лише для США, тому разом із зміцненням матеріально-технічної бази діалітичної служби України особливої актуальності набувають питання профілактики хронічної ниркової недостатності. Інститут сімейної медицини, що розвивається в останні роки, подає надії на покращання ситуації в поновленні медицини профілактичної. У зв'язку з цим Інститутом терапії АМН України разом з місцевими органами охорони здоров'я започатковано регіональну програму профілактики хронічної ниркової недостатності у хворих Харківського регіону як складову національної програми інтегрованої профілактики хронічних неінфекційних захворювань – “СІНДІ – Україна” з розробкою індивідуальних засобів запобігання подальшого розвитку ниркової недостатності у хворих на прогресуючі нефропатії.

У рамках зазначеної регіональної програми здійснено клінічно-експериментальне дослідження, що передбачало визначення основних патогенетичних ознак захворювання і функціонально-морфологічного стану органів-мішеней у хворих на прогресуючі нефропатії; перевірку ідентичності виявлених змін в експерименті на тваринах для верифікації робочої гіпотези із застосування диференційованих засобів профілактики; лікування хворих у умовах інституту терапії.

На першому етапі дослідження обстежено 1084 хворих (653 чоловіка і 431 жінка, середній вік яких 51+7 років. У 378 хворих встановлено сечокам'яну хворобу та хронічний пієлонефрит, у 129 – хронічний гломерулонефрит, у 372 – гіпертонічну хворобу, у структурі якої переважали резистентні форми з нефроангіосклерозом; у 121 хворого – діабетичну нефропатію та у 84 – подагричну нефропатію. Хронічна ниркова недостатність різного ступеню була встановлена у 123 осіб. Контрольну групу склали 30 донорів. У хворих визначали: стан внутрішньониркової гемодинаміки – методом радіоізотопної скінтиграфії, морфологічні параметри нирок – методом екскреторної урографії та ехосонографії, внутрішньосерцеву гемодинаміку – за допомогою апарата для ультразвукових досліджень “ALoka SSD-280” (Японія). Показники системи гемостазу, білкового та ліпідного обміну, клітинний метаболізм встановлювали за допомогою обладнання фірм “Flow”

(Великобританія), “Linbro” (США), “Boeringer Mannheim” (Німеччина), “Amersham” (Англія) та “ABBOT Lab” (США) у відповідності з інструкцією виготівника.

Отримані результати свідчать про те, що у хворих на прогресуючі нефропатії велими важливе значення мають взаємовідносини формених елементів крові та судинних структур. Відоме визначення ендотелію як “маестро” судин з кожним роком отримує все більше підтверджень. Деригуючи “оркестром” серцево-судинної системи, він не лише корегує судинний тонус, але й робить значний внесок у ремоделювання судинної стінки й органів-мішеней – міокарду, нирок та ін. [5]. Аналіз функціонально-морфологічних властивостей формених елементів крові, показників пошкодження ендотелію (фактор Віллебранда) тканинних структур (У-глутамилтрансфераза, бета-мікрोगлобулін) та параметрів функціональної активності ендотелію (за вмістом ендотеліну, стабільного метаболіту оксида азоту) у хворих на прогресуючі нефропатії свідчить про пряму кореляційну залежність фази перебігу захворювання від активності таких елементів крові, як нейтрофіли, тромбоцити, лімфоцити та реакції ендотелію. Так, при загостренні гломерулонефриту ФМЛФ-індукована агрегація нейтрофілів підвищувалась на 18,7+4,2 %; разом із збільшенням активності лейкоцитів встановлено підвищення вмісту інтерлейкінів -1 та -8 (на 14 % та 17 % відповідно). При цьому в крові вміст стабільного метаболіту оксида азота NO_2 підвищувався на 12 %, а фібронектину знижувався порівняно з контрольною групою більше ніж на 50 % (356+45 мг /л та 147+31 мг /л відповідно). Активація нейтрофілів, підвищення агрегаційних властивостей тромбоцитів та еритроцитів поряд із збільшенням концентрації фібрिनотену призводить до порушень мікроциркуляції та гемодинаміки в нирках, що негативно впливає на показники фільтрації та реабсорбції, секреції гормонів, а також сприяє підтримці імунзапального процесу. Ураховуючи відоме положення, що при запальних процесах відбувається модуляція клітинних мембран, виникає запитання: який механізм активації клітин при цьому спрацьовує? За отриманими результатами як у клінічних умовах, так і в експерименті встановлено, що суттєве значення при цьому мають зміни в системі вторинних месенджерів – фосфоінозитидів. Так, на фоні зростання рівня всіх фосфоінозитидів у плазмі крові, лейкоцитах, лімфоцитах у хворих на хронічний гломерулонефрит та у щурів з експериментальними гломерулонефритами в крові та гомогенаті ниркової тканини, відзначається значне збільшення питомої ваги фосфоінозитидтрифосфата в клітинах крові хворих (53,8 % проти 34,1 % на контролі) та в гомогенаті ниркової тканини (55,8 % проти 26,7 %).

Під час обстеження хворих без загострення основного захворювання не було виявлено значних відхилень у складі інтерлейкінів та активності нейтрофілів, проте, за даними сцинтиграфії та білкового навантаження, простежуються значні зміни внутрішньониркової гемо- та уродинаміки з ознаками клубочкової гіперфільтрації. Так, у хворих на гломерулонефрит функціональний резерв нирок становив +5 % при хронічному піелонефриті + 9 %, при діабетичній нефропатії + 7 % (у контрольній групі + 17 %). Разом з тим механізм активації клітин крові при гіперфільтрації також включав зміни співвідношення фосфоінозитидів з наступним порушенням виведення внутрішньоклітинного Ca^{2+} . Перевірка цієї гіпотези на експериментальній моделі у нефректомованих щурів показала ідентичність змін

експериментальній моделі у нефректомованих щурів показала ідентичність змін внутрішньоклітинної регуляції з хворими на прогресуючі нефропатії – при навантаженні білком у клінічних умовах вміст фосфоінозитидтрифосфату підвищувався з (222 +17) мкг\мг до (374+21) мкг\мг ($p<0,05$), після гострої еналаприлової проби – зменшувався до (198+15) мкг\мг ($p<0,01$). При цьому відмічено активацію лімфоцитарної ланки імунної систем, що відповідає поглядам про вирішальне значення лімфоцитарно-моноцитарної ланки в розвитку та прогресі фібропластичних процесів у нирках [1; 2].

Аналізуючи стан систем організму, що беруть участь у регуляції артеріального тиску, було встановлено, що в утворенні ангіотензину-II разом з кініназою-II беруть участь інші ферменти – серинові протеази, карбоксипептидази, що сприяють утворенню ангіотензину-II альтернативним шляхом. Так, активність хімази становила у хворих на піелонефрит 5,53+1,22%, у пацієнтів на гломерулонефрит – 13,21%, що значно перевищувало показник у контрольній групі – 1,13+0,52% ($p<0,01$); активність карбоксипептидази-N при гломерулонефриті становила (1,43+0,09) мкм.хв.мл (у контрольній групі (1,14+0,05) мкм.хв.мл.) ($p<0,05$). При цьому вміст ангіотензину-II у хворих на гломерулонефит становив 26,8 пг / мл, що майже вдвічі перевищує показник у контрольній групі ($p<0,05$). Підвищення рівня вазоконстрикторів супроводжувалось зменшенням вмісту NO_2 . Так, у хворих на гіпертонічну хворобу він становив (10,3+1,7) мкмоль / л, у хворих на гломерулонефрит – (10,8 +2,4) мкмоль / л, у контрольній групі – (13,0+1,4) мкмоль / л.

Таким чином, суттєві порушення діяльності ензиматичного каскаду у хворих на прогресуючі нефропатії, що призводить до дисбалансу між системами регуляції артеріального тиску, дисфункції судинного ендотелію, підвищенню вмісту ангіотензину-II тощо, передбачають необхідність деференційованої медикаментозної та немедикаментозної корекції. Виходячи з цього, основу базової терапії при хронічному перебігу нефропатії складали інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту (ІАПФ) (еналаприл, енап, берліприл, каптопрес); пролонговані форми антагоністів кальцію (норваск, діакордин); дезагреганти (пентоксифілін, курантіл, берлітін); антикоагулянти – (гепарін; піввіт – вітчизняний препарат, що містить гірудін та простагландин Е). Ліпідний, жирнокислотний та амінокислотний обмін корегували препаратами гемфіброзил, есенціале, байкамін, інфезол. Для регуляції артеріального тиску у хворих на цукровий діабет застосовували препарати кардура та небілет. Хворим на сечокам'яну хворобу призначали блемарен та вітчизняний препарат фітоліт. При наявності анемії призначали рекомбінантний еритропоєтин Рекормон (“Хоффманн-Ля Рош”, Швейцарія). Під час загострення захворювання нирок для корекції складу цитокінів застосовували стандартні протизапальні схеми лікування з призначенням глюкокортикоїдів, антибактеріальних засобів. За умов недостатньої ефективності проводили плазмаферез за допомогою рефрижераторної центрифуги ЦПР5-01 та пластикатних контейнерів Гемакон 500/300.

Проведене стаціонарне лікування хворих із застосуванням відзначених препаратів та плазмаферезу дозволило стабілізувати перебіг захворювань нирок та контролювати артеріальний тиск у більшості обстежених. Усім пацієнтам надані

його стадії, чутливості до основних лікарських засобів. Щорічний контроль за перебігом захворювання в умовах інституту та подальше спостереження лікарів первинного контакту дасть можливість простежити ефективність вибраних схем лікування, запобігти ускладнень з боку серцево-судинної системи та зменшити темпи розвитку хронічної ниркової недостатності.

Література:

1. Дудар І., Пуріг Л. Терапевтичні заходи в стратегії профілактики прогресування захворювань нирок // Матеріали Всеукраїнської конференції нефрологів "Хронічна ниркова недостатність". – Х., 1999. – С. 252 – 262.
2. Дядик О.І. Гіпотензивна терапія хронічної ниркової недостатності // Матеріали Всеукраїнської конференції нефрологів "Хронічна ниркова недостатність". – Х., 1999, С. 249–252.
3. Eli A. Friedman. Struggling to deliver ESRD therapy in developing nations // Nephrol Dial Transplant (1998) 13: 865–866.
4. Jacques Chanard. The role of the nephrologist in the intensive care unit // Nephrol Dial Transplant (1998) 13: 268–270.
5. Patrick S. Parfrey. Recommendations for the management of cardiovascular risk factors // Nephrol Dial Transplant (2000) 15 [Suppl 5]: 58–68.

УДК 373.6

Н.О. ХОЛОДОВА

ЗДІЙСНЕННЯ ОХОРОНОЗДОРОВЧОЇ СТРАТЕГІЇ ПРИ ВИКЛАДАННІ ОСНОВ МЕДИЧНИХ ЗНАТЬ В УМОВАХ 12-РІЧНОЇ СЕРЕДНЬОЇ ЗАГАЛЬНООСВІТНЬОЇ ШКОЛИ

Розглянуто питання формування й реалізації охороноздоровчої політики в загальноосвітній середній школі та викладання курсу "Основи медичних знань і цивільної оборони" для дівчат 10-11 класів загальноосвітніх навчальних закладів.

Діти – майбутнє кожної держави, перспективи її економічного, соціального й духовного розвитку. Тому одним із головних стратегічних завдань національної освіти є виховання молоді в дусі відповідального ставлення до власного здоров'я і здоров'я оточуючих як до найвищої індивідуальної і суспільної цінності [5].

Різке погіршення побутових умов, порушення системи шкільного харчування, неповноцінний відпочинок, зниження рухової активності, зменшення щоденного фізичного навантаження, наслідки хімізації, промислового прогресу, поява багатьох раніше заборонених харчових добавок і наповнювачів, вживання в їжу неякісних продуктів, наслідки чорнобильської катастрофи й інші несприятливі екологічні фактори неминуче призводять до росту дитячої захворюваності. Тому

одним із завдань виховання здорового покоління є роз'яснення кожній дитині основних понять про здоровий спосіб життя, що сприяє збереженню фізичного і морального здоров'я, правильної поведінки в умовах можливого ризику для життя людини у побуті й мінливих екологічних (природних) умовах [4].

За відсутності у значної частини населення пріоритету здоров'я і мотивації вести здоровий спосіб життя закономірним наслідком стало народження ослаблених дітей, скорочення середньої тривалості життя, зростання захворюваності, розвиток епідемії СНІДу й туберкульозу в Україні, поширення наркотичної й алкогольної залежності.

Україна активно сприйняла світові тенденції щодо поліпшення стану здоров'я населення через освіту. Школа – це життєвий простір дитини, в якому вона перебуває 70 % свого часу, тому саме вона повинна давати знання і вміння організувати життя, діагностувати, берегти й поліпшувати здоров'я дитини.

Саме зі школи починається шлях до формування стійких переконань у пріоритеті здоров'я як основної умови реалізації фізичного, психічного, соціального й духовного потенціалу людини. При цьому потрібно врахувати етичні, соціально-економічні, екологічні, кліматичні, регіональні та індивідуальні особливості, в яких виховується дитина.

Аналіз стану здоров'я дітей в нашій країні підтверджує, що пошуки методів виховання й форм його організації щодо збереження і зміцнення здоров'я молодого покоління держави набувають особливого значення. Успішне досягнення цієї мети можливе лише за умов методичної, комплексної й узгодженої роботи батьків, педагогів, лікарів, юристів і соціологів.

Етапи самопізнання, самооцінювання й самооздоровлення не тільки пов'язані одне з одним, але й взаємозумовлені. Вивчення свого організму, оцінка його можливостей визначають прогноз відносно здоров'я й використання певних оздоровчих факторів. У той же час прагнення до зміцнення свого здоров'я передбачає більш глибоке вивчення його стану, що спонукає учнів до самоосвіти: самостійний пошук наукової літератури про здоров'я, її аналіз і синтез [1].

Сьогодні кожна освічена людина повинна знати, що здоров'я не є цілком медичне поняття. Це міждисциплінарна проблема, яка об'єднує систему знань з біології, медицини, фізичної культури, основ безпеки життєвої діяльності, педагогіки, психології тощо.

Перехід на 12-річний термін навчання створює суттєві переваги для одержання учнями якісної освіти і збереження їхнього здоров'я, тобто до основної функції освіти – дати знання – приєднується оздоровча.

Особливе місце посідає курс "Основи медичних знань і цивільної оборони", який передбачає підготовку учениць 10-11 класів загальноосвітніх закладів з питань першої медичної допомоги, надання допомоги не лише в осередках масового ураження, але й використання знань у повсякденному житті, вміння визначати рівень здоров'я, прогнозувати і зберігати його, коригувати спосіб життя, запобігати захворюванням, травмам, нещасним випадкам, вести просвітницьку роботу щодо формування здорового способу життя [7].

Заняття з цього курсу проводяться з розрахунку 140 навчальних годин (2 години

на тиждень у кожному класі), у тому числі 16 годин на проведення триденних практичних занять у лікувальному закладі [6].

Уроки проводять медичні працівники, вчителі-сестри запасу, викладачі біології тощо.

Аналіз банку даних викладачів основ медичних знань Харкова й Харківської області показав, що цей курс викладають майже 600 вчителів, з них тільки $\frac{1}{3}$ працює за фахом. Серед педагогів за кваліфікацією переважає категорія “спеціаліст” – 35 %, 28 % – вчителі I категорії, по 18,5 % – викладачі II і вищої категорії. Тому виникла необхідність організувати курси підвищення кваліфікації викладачів основ медичних знань при Харківському обласному науково-методичному інституті безперервної освіти й розробити планування проведення уроків з цього курсу.

В умовах семестрової структури навчального року і 12-бальної системи оцінювання стає можливим чітко тематичне планування з визначенням знань і вмінь, які потрібно засвоїти з теми; здійснення навчально-виховного процесу з використанням цілісного подання матеріалу на початку вивчення теми, узагальнення й систематизація знань і вмінь наприкінці; діагностування рівня засвоєння навчальної дисципліни у відповідних формах тематичної атестації; регулювання рівня засвоєння як бажаного результату навчання. Структуру кожного розділу курсу “Основи медичних знань” має визначати вчитель з урахуванням конкретних педагогічних умов.

На сучасному етапі розвитку загальноосвітньої школи значно підвищився рівень вимог до діяльності педагогів. Методична майстерність вчителя має розвиватися на фундаментальних знаннях з базового предмета, високій загальній культурі і ґрунтовній дидактичній компетентності. Доводиться відмовлятися від стереотипів, розробляти нові принципи шкільної освіти, формувати новий зміст і методику навчання [3].

Перед кожним викладачем основ медичних знань виникає питання підвищення ефективності процесу навчання й збереження пізнавального інтересу учнів через принципи наступності, інтеграції, диференціації, інтенсифікації й модернізації навчально-виховного процесу як складових 12-річної освіти.

Запровадження сучасних технологій у навчально-виховний процес у загальноосвітніх навчальних закладах, перехід від пасивних форм навчання до активної творчої праці стали першочерговими завданнями кожного вчителя. На зміну репродуктивним методам навчання повинні прийти проблемний евристичний і дослідницький методи [2].

Під час викладання курсу “Основи медичних знань” виникає необхідність моделювати реальні життєві ситуації, пропонувати проблеми для спільного розв’язання, застосовувати ігри тощо. Це сприяє формуванню в учнів умінь і навичок, виробленню їх власних цінностей, створюванню атмосфери співробітництва, творчої взаємодії в навчанні.

Оцінювання рівня навчальних досягнень учнів передбачає аналіз відповіді учня, якість знань, ступінь сформованості загально-навчальних і предметних умінь, рівень оволодіння розумовими операціями, досвід творчої діяльності, самостійні

судження.

Оцінювання якості знань – одна з найскладніших проблем сучасної української освіти. Тому науково-методична лабораторія з проблем виховання здорового способу життя ХОНМБО розробила критерії оцінювання навчальних досягнень учнів з основ медичних знань за 12-бальною шкалою.

Уміння застосовувати теоретичні знання на практиці мають обов'язково оцінюватись учителем [7].

Під час проведення занять використовуються навчально-наочні посібники: підручники, медична література, діафільми, підручні засоби надання першої медичної допомоги, предмети допомоги хворим, але, на жаль, у більшості шкіл області їх недостатньо.

Лише в школі за умов надання знань з формування, збереження і зміцнення здоров'я людини, здійснення превентивного виховання молоді, розвитку валеологічної свідомості громадян, культури здоров'я особистості, відповідної підготовки педагогічних кадрів можна реалізувати політику охорони здоров'я в сучасних умовах.

Література:

1. *Кривошеєва Г.Л.* Система формування культури здоров'я студентів // Рідна школа. – 2000. – № 5.

2. *Кузнецов М.Е.* Учитель и ученик в личностно-ориентированном образовательном процессе: концептуально-дидактический аспект // Педагог: наука, технология, практика. – 1998. – № 7.

3. *Куценко В.І., Мальований Ю.І., Соф'янюк Е.М.* Шкільний освітній компонент: сутність, функції, реалізація. – Донецьк: ТОВ “КІПС”, 1999.

4. *Лисицин Ю.П.* Здоровье населения и понятие социальной обусловленности здоровья // Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения. – М.: Медицина, 1987.

5. *Національна доктрина розвитку освіти України // Освіта України – 2002. – № 33.*

6. *Програми з основ медичних знань та цивільної оборони для дівчат 10-11 класів середньої загальноосвітньої школи та 2-3 курсів середніх спеціальних навчальних закладів. – К.: Освіта, 1993.*

7. *Холодова Н.О., Кривонос Ю.Д.* Порадник учителю. – Х.: ХОНМБО, 2002.

УДК 374.32

В.І. ШАХНЕНКО, Є.О. ЦУКАНОВА

КОНЦЕПТУАЛЬНІ ОСНОВИ “ШКОЛИ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ І БЕЗПЕКИ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ”

Доведено доцільність створення школи здорового способу життя і безпеки життєдіяльності, яка певною мірою може знизити перенавантаження учнів, створити культ здоров'я у сім'ї та школі, поєднуючи зусилля з державними закладами у вихованні школярів.

У 1980-ті рр. склалася соціальна, екологічна та економічна криза, яка набула обвального характеру та призвела до процесу виродження нації. У різних регіонах України смертність у 2–4 рази перевищує народжуваність. Щороку населення в країні зменшується на 0,4 млн чоловік. ООН віднесла Україну до вимираючих держав.

Як свідчать статистичні дані, процес виродження нації починається в сім'ї та школі. Так, початкову школу закінчує 20 % здорових дітей, а середню – лише 5–7. Однією з причин цього є низька культура здоров'я учнів, негативний вплив шкідливих звичок. Третина учнів середніх загальноосвітніх шкіл палить, а в ПТУ доля курців складає 60 %. Кожний 10-й учень вживає наркотики. Особливо непокоїть те, що останнім часом ці негативні явища мають місце серед жіночої частини учнів та дорослого населення, яким самою природою призначено дарувати життя і здоров'я новим поколінням.

Як показав досвід передових країн світу, одним із ефективних засобів формування культури здоров'я підрастаючих поколінь і призупинення виродження нації є медико-педагогічна освіта. Причому, оскільки школа є найгнучкішою ланкою у плані формування соціального досвіду, цю роботу найкраще починати саме з неї.

Досвід викладання курсів “Навчання здоровому способу життя” (у США і Японії), “Формування навичок здорового способу життя” (у Фінляндії), “Навчання раціональному використанню дозвілля” (в Австрії), досвід поєднання курсів “Валеологія” та “Основи безпеки життєдіяльності” у ряді шкіл Дніпропетровської, Київської, Харківської та інших областей показав позитивні результати. Отже, виникла потреба у створенні моделі школи здорового способу життя і безпеки життєдіяльності, мета якої була б:

- створити безпечні умови навчання та виховання учнів;
- навчити вихованців здоровому способу життя;
- підготувати учнів до здійснення профілактики шкідливих звичок, захворювань, надання першої долікарської неспеціалізованої допомоги (ПДНД) та корекції шкідливих звичок;
- навчити учнів оцінці ступеня ризику будь-якої діяльності та безпечній поведінці під час виникнення побутових, природних, технічних, соціальних

екстремальних ситуацій та захисту прав людини.

Шляхом перерозподілу інваріантної частини навчальних планів увести у кожному навчальному класі 34-годинний інтегрований курс “Основи безпеки життєдіяльності”, складовою частиною якого є система знань з валеології.

Навчально-виховний процес у вітчизняній загальноосвітній школі здійснюється на основі традиційних та народних принципів навчання (виховний характер навчання, науковість, активність і свідомість навчання, ґрунтовність знань, вмінь і навичок, доступність, індивідуалізація та диференціація навчання, гуманістичний характер, навчання на загальнолюдських цінностях, найкращих традиціях і обрядах народу України, навчання моралі та вірування пращурів, етнографічних особливостях попередніх поколінь тощо) та принципів виховання (зв'язок виховання з життям, єдність свідомості та поведінки, виховання в праці і колективі та поданих вище принципах народної педагогіки. Проте здоров'я учнів залишається за межами цих принципів. Тому, напевне, було б доцільним увести загальнопедагогічний принцип “Бережливе ставлення вчителя до здоров'я дітей у навчально-виховному процесі загальноосвітньої школи”, підпорядкувавши цьому принципу навчально-виховний процес, спрямований на реалізацію вказаних вище мети та завдань школи. Їх реалізація має бути побудована на таких положеннях.

Школа I ступеня

Навчально-виховний процес за діючим навчальним планом, що включає щотижневий урок (або уроки) з “Основа безпеки життєдіяльності”, який є інтегрованим курсом безпеки життєдіяльності та системи знань з валеології. Він спрямований на засвоєння учнями елементарних базових знань, формування вмінь і навичок ведення здорового способу життя та особистої безпеки життєдіяльності.

Учні вчать, що у світі існують тисячі таємниць, серед яких є таємниці про збереження і зміцнення здоров'я та безпеки життєдіяльності, про цінність і неповторність життя, про роль здоров'я в житті людини, одержують знання про чинники здоров'я, які складають основу здорового способу життя, про залежність здоров'я від шкідливих звичок.

На початку навчального року, після першого півріччя та у період літніх канікул проводиться валеологічний моніторинг, спрямований на те, щоб учні знали про індивідуальний рівень свого здоров'я та вчилися його формувати і берегти у повсякденному житті.

Оскільки однією з причин погіршення здоров'я учнів є те, що понад 90 % часу уроків вони проводять за партами, починаючи з 1-го класу, вводиться режим “динамічних поз”, структура уроків “Основи безпеки життєдіяльності” доповнюється елементом “оздоровчо-духова частина” (окремі вправи або комплекс ранкової гігієнічної гімнастики, вправи на розвиток дихання, опорно-рухової системи, зняття втоми органів зору, психологічне розваження учнів тощо).

Школа II ступеня

В основній школі продовжується викладатись інтегрований курс “Основи безпеки життєдіяльності” (1-2 години на тиждень), який включає блоки “Організм

здорової людини” (5-6-й класи), “Здоровий спосіб життя” (7-8-й) та “Фундаментальні знання про здоров’я та безпеку життєдіяльності” (9-й клас).

У 5-6-му класах на основі початкової школи учні одержують поняття про соматичне, фізичне, психічне та моральне здоров’я, виробляють вміння і навички самовиховання, збереження і зміцнення здоров’я. У 7-8-му класах поглиблюється знання учнів про здоровий спосіб життя, та на основі даних валеологічного моніторингу переконуються в тому, що шкідливі звички гальмують розвиток і підривають їхнє здоров’я.

Оскільки часто учні не продовжуватимуть навчання у старшій школі, то є потреба на основі знань біології про фізичний та фізіологічний розвиток глибоко розкрити сутність соматичного, фізичного, психічного та морального здоров’я, здорового способу життя, фізіологічні та моральні аспекти соціальних стосунків, гігієнічної та моральної поведінки, спрямованої на збереження і зміцнення свого здоров’я.

В основній школі завершується вивчення питань особистої безпеки (правила дорожнього руху, пожежної безпеки, електробезпеки, безпеки користування газом та ін). Крім цього, у разі потреби вводиться факультатив, який включає тренінг з профілактики та корекції шкідливих звичок.

Міжпредметні зв’язки “Основ безпеки життєдіяльності” з навчальними предметами та інтеграція знань безпеки життєдіяльності і валеології в оновленому структурованому курсі “Основи безпеки життєдіяльності” сприяють реалізації мети та завдань школи.

Школа III ступеня

У старшій школі здійснюється підготовка учнів до поведінки у повсякденних ситуаціях природного, техногенного та соціально-політичного характеру. Особливість цього блоку полягає в тому, що особиста безпека учнів залежить не лише від них самих, а й від непередбачених природних катаклізмів, екологічної та соціальної політики держави. Якщо у школі I-II ступеня для учня, групи чи цілого класу можна було змоделювати надзвичайні ситуації в реальних умовах (наприклад, перехід дороги, користування побутовими електро- чи газовими приладами, вогнегасниками тощо), то у старшій школі надзвичайні ситуації моделюються умовно і в основному вчителем. За таких обставин учні позбавлені можливості удосконалення своїх вмінь і навичок у широкомасштабних навчальних ситуаціях, де їхні дії координуються з діями оточуючих під керівництвом кваліфікованих спеціалістів. У зв’язку з цим виникає необхідність у проведенні імітаційних занять та позакласних заходів, на яких моделюються надзвичайні ситуації різного характеру. Цьому сприяють міжпредметні зв’язки та інтеграція з окремих питань і тем “Основ безпеки життєдіяльності” з уроками мов, “Здоров’я і фізичної культури”, фізики, біології, хімії, початкової військової підготовки та основами медичних знань.

Учні старшої школи на основі окремих досліджень вітчизняних та зарубіжних учених у галузі фізіології, регіо-, селенобіології та медицини детально

знайомляться із впливом на здоров'я людини наслідків техногенного забруднення навколишнього середовища, сонячної активності та фаз Місяця, що дає можливість сформувати в учнів переконання, що від здоров'я природи значною мірою залежить здоров'я людей. Останнє є підґрунтям для проведення природоохоронної роботи. Крім цього, учні знайомляться з методами визначення ступеня забрудненості навколишнього середовища та із засобами пом'якшення його негативного впливу на побутовому, професійному та соціально-громадянському рівні.

У старшій школі завершується вивчення теоретичних основ та практичного застосування знань здорового способу життя. Складовою частиною цього є вироблення правильних взаємин чоловіка і жінки та створення здорової сім'ї.

Позакласна виховна робота

Позакласна виховна робота включає предметні заходи, класні години, гуртки, активний відпочинок на перервах, виховні заходи шкільних керівників, загальношкільні заходи (День здоров'я, заходи екологічного виховання, огляд агітбригад з пожежної безпеки та правил дорожнього руху), гурткові заняття спеціалізованих дитячих установ (спортивних, Будинків дитячої творчості, туристичних центрів тощо).

У позакласній роботі проводяться фізкультурна пауза, заняття з ритміки, національних та бальних танців, клубна робота за інтересами: театр, бесіди про здоров'я чи практичні заняття з основ гігієни, етичні бесіди, суспільно-корисна праця, робота в зоні громадської дії, зеленого патруля, волонтерська робота, ігри-розваги зі спілкуванням (окремо) українською, російською та іноземною мовами, щоденне психологічне розвантаження, щорічні 4–6 годинні туристичні походи (ознайомлення та спілкування з природою, збір лікарських рослин тощо).

Робота такої моделі школи, поєднання її зі спільними зусиллями сім'ї, державних установ та ЗМІ з підготовки учнів до ведення здорового способу життя та безпеки життєдіяльності та певною мірою сприятиме призупиненню процесу виродження нації, починаючи зі шкільного віку.

Література:

1. Закон України "Про загальну середню освіту" // Уряд. кур'єр. – 1999. – № 125 – 126. – С. 5 – 8.
2. *Шахненко В.І.* Азбука здоров'я молодшого школяра. Посіб. для вчителя 1–4-х класів. – К.: Центр "Магістр-S" Творчої спілки вчителів України, 1998. – 182 с.
3. *Шахненко В.І.* Теоретичні основи формування культури здоров'я молодших школярів. II част. – К., 1995. – 179 с.
4. *Шахненко В.І., Хуторний С.К., Косюченко І.М., Легка Н.А.* Абетка здоров'я: Уроки валеології в 3-му класі: Посіб. для вчителя / За ред. В.І. Шахненка. – Х.: Ранок, 2000. – 176 с.
5. *Шахненко В.І., Цуканова Є.О.* Концепція "Школи здорового способу життя та безпеки життєдіяльності" // Освіта. – № 69-70. – 28 листоп. – 5 грудня 2001 р.

БАГАТОФАКТОРНІ ОЦІНКИ ТА ПОШУК МОДЕЛІ ПРОФІЛАКТИЧНОГО ВПЛИВУ НА ЗДОРОВ'Я ПІДЛІТКІВ

Розглянуто методологічні проблеми вивчення та кількісного відображення комплексних показників з позицій системного аналізу, узагальнено принципи кваліметрії – оцінки якості здоров'я з використанням патометричних оцінок факторів ризику.

Розробка методичних основ вивчення статусу здоров'я та врахування умов і факторів, які його визначають, знаходяться у стадії пошуку та експериментів [1]. Дослідження у цьому напрямку пов'язані з виключною складністю та комплексністю безпосередньо об'єкта вивчення – стану здоров'я, а в широкому розумінні – багатовизначенності різнорівневих і різноякісних факторів.

Однією з головних проблем, вирішення якої має непересічне практичне медико-соціальне значення для визначення основних напрямків розвитку системи надання медичної допомоги полягає у визначенні “внеску” кожного із факторів у формування загального потенціалу здоров'я та його різноманітних складових [2]. Складність проблеми зумовлена не стільки багатофакторністю, скільки багатоплановістю взаємодії на стан здоров'я та взаємозв'язком факторів між собою. Саме тому із загальної (цілісної) системи багатофакторного впливу лише умовно та досить відносно можна виділи її окремі структурні компоненти. Незважаючи на це, без розподілу (навіть штучного) неможливий аналіз чинниково-послідовних співвідношень між станом здоров'я та такими масивними групами факторів, як соціально-економічні, особисто-психологічні, біологічні, медико-організаційні та інші (класифікації яких можуть бути досить різноманітними, що опосередковується метою конкретних досліджень). Виходячи з означеного – оцінка рівня здоров'я підлітків може бути об'єктивною лише за умов комплексного врахування багатьох факторів.

Виключно велика складність проблеми визначення впливу різноманітних факторів на стан здоров'я підлітків пояснює її відносно слабку методологічну опрацьованість. Важливе значення у вирішенні цієї проблеми повинен відіграти розвиток методології популяційного аналізу здоров'я та патометричний підхід до індивідуальних оцінок рівня здоров'я [3]. У кількісному плані індивідуальні оцінки повинні подаватися у вигляді одного інтегрального показника, який би відображав різні грані індивідуального та суспільного здоров'я. Тобто комплексність показників здоров'я підлітків, умов та факторів, які його визначають, детермінують синтетичний характер індивідуальних та популяційних оцінок рівня здоров'я. Сучасні уявлення про комплексні оцінки рівня здоров'я базуються на синтетичних (комплексних, інтегральних, багатовимірних) показниках, вимогою до яких є потреба врахування різноманітних (за походженням та методами одержання) показників здоров'я чи

“не здоров’я” як на індивідуальному, так і на популяційному рівнях.

В оцінках здоров’я більшість дослідників спираються на показники захворюваності, смертності, працездатності, фізичного розвитку та психологічного стану, частина яких у підлітковому віці малоприйнятна через “деформації” інтегральних оцінок у напрямку психо-фізичних показників. До того ж, відсутність розбіжності між позитивними та негативними тенденціями в сучасних популяціях підлітків (наприклад: високі темпи поширеності факторів ризику при відносно стабільних показниках захворюваності ХНЗЛ) актуалізує необхідність системного багатфакторного аналізу якості здоров’я та розробку методології індивідуально-популяційних оцінок його рівня.

У програмних документах ВООЗ закріплено класифікацію основних ознак груп людей за рівнем їх здоров’я, а саме: показники рівня народжуваності, захворюваності, смертності, фізичного розвитку та ін. Інтегральні показники здоров’я передбачають велику кількість ознак: загальної фізіологічної та іммунологічної реактивності, складу крові, варіантів метаболізму, неспецифічної резистентності та багатьох інших [4]. Насамперед складність таких інтегральних показників потенціює розробку та використання індексів здоров’я різного походження: популяційного, які співвідносяться із великими сукупностями населення та мікроіндекси, які характеризують рівень індивідуального здоров’я та використовуються відносно невеликих груп населення. Основний методичний спосіб, який використовується для визначення першого із вказаних індексів, базується на використанні традиційних показників у межах статистичної звітності. До них належать показники загальної та госпітальної захворюваності, захворюваності із тимчасовою втратою працездатності, інвалідності, народжуваності, смертності, середнього терміну майбутнього життя, фізичного розвитку та ін. Головними джерелами інформації є дані, одержані за зверненням, та статистика медичних оглядів. За походженням показники можуть бути різнонаправленими (темпи захворюваності зменшуються, а питома вага хворих ХЗ ШКТ збільшується), що ускладнює (і логічно – унеможлиблює) поєднання таких показників до одного числового індекса. Окрім того, звернення підлітків до лікувально-профілактичних установ визначається загальною культурою сім’ї, освітою батьків, раціональним розташуванням медичних закладів, рівнем організації медичної допомоги та деякими іншими факторами.

Під час визначення мікроіндексів для характеристики та порівняльного аналізу стану здоров’я окремих груп підлітків використовують інформацію, яку одержують на індивідуальному або груповому рівнях (медичні огляди, соціологічні опитування, спеціальні анкети та ін.). При цьому вибір методів для конструювання індексів індивідуального здоров’я залежить від концепції або методичних підходів до визначення поняття цієї категорії. Найвразливішим моментом індексів індивідуального здоров’я є розробка вагомих коефіцієнтів факторів, які повинні відображати відносну значимість різних за якістю рівнів здоров’я.

Своєрідним (клініко-адміністративним), хоча і не пов’язаним із використанням індивідуальних індексів здоров’я, підходом до виміру статусу здоров’я є формування так званих “груп здоров’я”. На відміну від традиційних методів

популяційної оцінки, формування таких груп здоров'я (а на їх основі різноманітних індексів) базується на ознаках перебігу захворювання (гостре, хронічне) та ступенях компенсації (компенсація, субкомпенсація, декомпенсація). Тобто проводиться штучний розподіл хворих за клінічними ознаками. При цьому такий розподіл залишає без діагностичної та профілактичної уваги "практично здорових" підлітків, у тому числі й тих, які мають високий ризик розвитку хронічних захворювань. Такий стан речей пов'язаний із лікувальними, а не профілактичними цілями – вторинною профілактикою, оскільки первинна профілактика – це "... зменшення впливу, або усунення несприятливих факторів" та попередження захворювання за рахунок зменшення ризику. А тому, існуюча у практиці охорони здоров'я підлітків методологія формування груп здоров'я не тільки теоретично та логічно неадекватна цілям первинної профілактики, але й шкідлива відносно одержаних реальних індивідуальних оцінок здоров'я підлітків, а тим паче – для оцінки ефективності профілактичного впливу (оскільки ефективність зменшення ризику захворювання не може вимірюватися динамікою патофізіологічних механізмів хвороби: субкомпенсованого стану у компенсований, або загостренням хронічного захворювання чи появою його ускладнень); формально – це алогічно, соціально – недалекоглядно, профілактично – неадекватно накопиченим знанням сучасної теоретичної і практичної медицини про етіопатогенетичні механізми формування патології та можливі шляхи профілактики (зменшення ризику) ХНІЗ.

За останні роки опрацьовано багато методичних способів одержання комплексної якісно-кількісної оцінки стану індивідуального здоров'я, але універсальний підхід до розв'язання проблеми – відсутній. Одержання узагальненої якісно-кількісної оцінки залишається найважливішим методичним завданням сучасної теоретичної та практичної медицини.

Література:

1. Шкляр С.П. Использование основных показателей информационно-энтропийного анализа в комплексной оценке факторов риска // Proceeding second international conference "New leading – edge technologies". – Ukraine, 1993. – P.191–194.
2. Шкляр С.П. Кластерный анализ по факторам риска: вычислительный эксперимент патомет-рического распознавания // Proceeding second international conference "New leading-edge technologies". – Ukraine, 1993. – P. 172 – 176.
3. Шкляр С.П. Методологічні аспекти типізації стану здоров'я в багатовимірному просторі захворювань // Проблеми охорони здоров'я дитячого населення. – К., 1993. – С. 166 – 169.
4. Шкляр С.П. Принципы и опыт информационного моделирования этиопатогенетических звеньев хронических неинфекционных заболеваний // Подготовка специалистов к работе в условиях открытых и компьютерных интегрированных технологий. – Х., 1996. – С. 169-170.
5. Шкляр С.П. Досвід розробки регіонального "Реєстру факторів ризику та хронічних захворювань" в популяції підлітків // Гігієнічні проблеми охорони здоров'я населення: Матер. науково-практ. конф. – Дніпропетровськ, 1997. – С. 272 – 274.

**РЕКОМЕНДАЦІЇ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
“ПРОБЛЕМИ ФОРМУВАННЯ ТА РЕАЛІЗАЦІЇ
ОХОРОНОЗДОРОВЧОЇ ПОЛІТИКИ В СУЧАСНИХ УМОВАХ”**

Учасники конференції, обговоривши проблеми політики у сфері охорони здоров'я, констатують, що одним із основних завдань держави та медичної галузі є реалізація конституційних гарантій громадян щодо збереження і зміцнення їх здоров'я, забезпечення ефективного та доступного для всіх медичного обслуговування.

Для реалізації накресленого пріоритету діяльності виконавчої та законодавчої влади концентруються на формуванні позитивної бюджетної політики щодо охорони здоров'я, активної демографічної політики, випереджувальному розвитку первинної медико-санітарної допомоги, переорієнтації діяльності медичного сектора на суттєве посилення заходів з попередження захворювань та виховання у населення бережливого ставлення до свого здоров'я.

Серед позитивних зрушень слід відзначити посилення фінансової підтримки галузі, підвищення заробітної платні медичних працівників, стабілізацію показників загальної смертності, зниження рівня материнської та дитячої смертності.

Про зростання соціальної значущості проблем охорони здоров'я свідчить постійна увага до їх розв'язання Президента України Л.Д. Кучми та Уряду країни, формування громадської ініціативи “Пульс України” та Всеукраїнської Конфедерації громадських організацій сприяння охороні здоров'я населення, а також Постанови Кабінету Міністрів України “Про затвердження міжгалузевої комплексної програми “Здоров'я нації” та “Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я” від 20.06.2000 р. № 989 від 10.01.2002 р. № 14.

У регіоні (Луганська, Полтавська, Сумська, Харківська області) формуються сучасні системи охорони здоров'я. Так, наприклад, відповідно до розпорядження голови Харківської облдержадміністрації розроблено план поетапної реорганізації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на 2001-2005 рр. За підсумками першого етапу, в районах області відкрито 96 амбулаторій сімейної медицини, і тепер сімейні лікарі обслуговують майже 10 % мешканців області. За шість місяців поточного року на Харківщині до сімейних лікарів за медичною допомогою звернулося 163 620 осіб, 89 % з яких розпочали і закінчили лікування у сімейного лікаря.

Разом з тим залишається невирішеною низка проблем та нормативно-правових протиріч. Розбіжності між декларуванням безоплатності медичного обслуговування та реальним станом медичної опіки приводять до нестабільності та зростання соціальної напруженості в суспільстві.

Багатоканальність фінансування охорони здоров'я обмежується відсутністю загальнодержавної системи медичного страхування, а недостатня прозорість

бюджету щодо медичної галузі зумовлює численні порушення фінансової дисципліни та неефективне використання наявних ресурсів. Бракує гласності під час підготовки нормативних документів, що регламентують діяльність галузі, не опрацьовано механізми зворотного зв'язку між законодавцями та представниками медичного сектора з питань законотворчого процесу, недостатній інформаційний супровід новачій у сфері охорони здоров'я серед широких верств населення.

Незважаючи на важливість профілактичних заходів як основного засобу втілення стратегічної програми Всесвітньої організації охорони здоров'я "Здоров'я для всіх", державні механізми реалізації пріоритету профілактичної діяльності медицини до цього часу не відпрацьовано. Відсутня система індивідуального і популяційного обліку та моніторингу чинників, що сприяють виникненню та поширенню соціальнонебезпечних захворювань, серйозні вади має інформаційна та нормативно-правова база формування в населення навичок здорового способу життя. Хоча в основу Постанови Кабінету Міністрів України № 14 від 10.01.2002 р. "Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації" на 2002 – 2011 рр." покладено принципи державної політики у сфері охорони здоров'я та принципи політики ВООЗ "Здоров'я – 21", проте охороноздоровчі стратегії ще не стали реальним підґрунтям діяльності всіх секторів суспільства, владних структур, державних службовців.

Виходячи із зазначеного, учасники конференції *рекомендують*:

1. Сприяти створенню нормативно-правової бази функціонування закладів охорони здоров'я в нових соціально-економічних умовах.
2. Створювати умови гласності під час обговорення нормативно-правових актів щодо реорганізації системи охорони здоров'я, опрацювати механізми зворотного зв'язку між органами влади та громадськістю на регіональному, муніципальному та районному рівнях.
3. Ініціювати створення регіональних рад з охорони здоров'я.
4. З метою забезпечення конституційних прав громадян України на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування розробити перелік та обсяги гарантованого рівня безоплатної медичної допомоги державними і комунальними закладами охорони здоров'я.
5. Усіма засобами запроваджувати механізми стимулювання бережливого ставлення до здоров'я особистості, всіляко поліпшувати обслуговування населення шляхом профілактики та дотримання здорового способу життя тощо.
6. Медичним закладам та управлінським структурам галузі необхідно підвищити ефективність використання ресурсів охорони здоров'я, забезпечити прозорість формування та виконання бюджетів галузі різних рівней.
7. Здійснити комплекс заходів щодо реалізації пріоритету профілактичної діяльності медичної галузі та валеологізації всіх сфер суспільного життя: опрацювати систему соціально-економічного стимулювання здорового способу життя; розробити та запровадити у практику систему диференційованої оплати праці медичних працівників залежно від кількості та якості виконуваної ними профілактичної роботи; апробувати та запровадити опрацьовану ХарРІ УАДУ систему індивідуального та популяційного обліку і моніторингу факторів ризику

найпоширеніших хвороб та програму інтегрованої профілактики хронічних неінфекційних захворювань; уключити до програм підготовки студентів вищих навчальних закладів медичного профілю всіх рівнів акредитації розділи з державної та глобальної політики і стратегії в галузі охорони здоров'я, формування здорового способу життя, інтегрованої профілактики хронічних неінфекційних захворювань.

8. Посилити роль державних органів та органів місцевого самоврядування у формуванні й реалізації охороноздоровчої політики, оптимізувати нормативно-правове забезпечення валеологізації державної служби.

9. Уключити до програм підготовки магістрів державного управління модулі "Державна політика і стратегія в галузі охорони здоров'я" та "Проблеми валеології в державному управлінні".

10. Розробити систему соціально-економічного стимулювання здорового способу життя державного службовця.

11. Реалізувати тезу "Державний службовець – взірець культури здоров'я, педагог з питань здорового способу життя".

12. Засобам масової інформації активізувати популяризацію майбутніх новацій у сфері охорони здоров'я серед медичної громадськості та населення.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Безкоровайний Д.О., викладач кафедри фізичного виховання і спорту ХДАМГ, засл. майстер спорту України, м. Харків

Беседіна А.С., головний патентознавець відділу інформації Ін-ту терапії АМН України, м. Харків

Богмат Л.Ф., зав. відділу патології підлітків Ін-ту охорони здоров'я дітей і підлітків АМН України, д-р мед. наук, м. Харків

Божко Л.Д., викладач ХДАКМ, м. Харків

Бондаренко Г.М., ст. наук. співробітник відділення венерології Ін-ту дерматології і венерології АМН України, канд. мед. наук, слухач ХарПІ НАДУ, м. Харків

Бондаренко О.В., викладач Ін-ту сходознавства і міжнародних відносин "Харківський колегіум", м. Харків

Бондаренко Т.В., доц. кафедри міжнародних відносин Ін-ту сходознавства і міжнародних відносин "Харківський колегіум", м. Харків

Бражникова Л.М., наук. співробітник Держ. наук. центру лікарських засобів, м. Харків.

Вашев О.Є., доц. кафедри управління охороною здоров'я ХарПІ НАДУ, канд. мед. наук, м. Харків

Волос Б.О., зав. кафедри управління охороною здоров'я ХарПІ НАДУ, канд. мед. наук, м. Харків

Волченко В.В., начальник Управління охорони здоров'я Полтавської облдержадміністрації, м. Харків

Галацан О.В., заст. начальника Управління охорони здоров'я Харківської міської ради, м. Харків

Герасименко Ж.М., ст. наук. співробітник Ін-ту терапії АМН України, м. Харків

Герасименко С.В., ст. викладач фак-ту фундаментальної медицини ХНУ ім. В.Н.Каразіна, м. Харків

Головченко Г.Т., ректор Ін-ту сходознавства і міжнародних відносин "Харківський колегіум", канд. техн. наук, проф., м. Харків

Гончаренко М.С., зав. кафедри валеології фак-ту післядипломної освіти ХНУ ім. В.Н. Каразіна, д-р біол. наук, проф., м. Харків

Гримблат С.О., проф., директор Хар. ін-ту МАУП, зав. кафедри стратегічного менеджменту, член-кор. Міжнародної Кадрової Академії, м. Харків

Даниленко Г.М., ст. наук. співробітник Ін-ту охорони здоров'я дітей і підлітків АМН України, канд. мед. наук, м. Харків

Дунаєвська М.М., ст. наук. співробітник Ін-ту терапії АМН України, канд. мед. наук, м. Харків

Єрмаков Л.В., гол. лікар стомат. поліклініки № 4 Червонозаводського району, слухач ХарПІ НАДУ, м. Харків

Єфіменко Т.П., гол. терапевт Управління охорони здоров'я Харківської облдержадміністрації, слухач ХарПІ НАДУ, м. Харків

- Жарікова С. Б.**, вчитель ОБЖ, психолог школи-інтернату № 8, м. Харків
- Жорник І. М.**, заст. зав. відділу КП "Аптека № 30", м. Харків
- Жук Д. Д.**, викладач ХМАПО, м. Харків
- Зайцев В. П.**, проф. кафедри фізичного виховання і спорту БДТАБМ, канд. мед. наук, м. Белгород, Росія
- Зливка Л. В.**, зав. неврологічного відділення поліклінічного відділення міської клінічної лікарні № 11, слухач ХарРІ НАДУ, м. Харків,
- Золотарьов В. Ф.**, доц. кафедри регіонального управління та місцевого самоврядування ХарРІ НАДУ, канд. екон. наук, м. Харків
- Іванова Л. А.**, студентка фак-ту соціально-економічного управління ХарРІ НАДУ, м. Харків
- Іванчак Г. В.**, завідувач-провізор вищої категорії КП "Аптека № 334", магістр державного управління, м. Харків
- Камаєв О. І.**, проф. НУВС, д-р пед. наук, м. Харків
- Камаєва Е. К.**, ст. викладач кафедри фізичного виховання і спорту ХДАМГ, м. Харків
- Кантемир О. В.**, наук. співробітник Ін-ту терапії АМН України, канд. мед. наук, м. Харків
- Карамышев Д. В.**, директор ХФ страх. компанії "Україна", слухач ХарРІ НАДУ, м. Харків
- Клочко В. М.**, зав. кафедри фізичного виховання і спорту ХДАМГ, член-кор. Міжнародної академії біоенерготехнологій, канд. техн. наук, доц., м. Харків
- Коваль С. М.**, зав. відділу артеріальних гіпертензій Ін-ту терапії АМН України, д-р мед. наук, проф., м. Харків
- Кожухова Т. В.**, заст. декана відділення підвищення кваліфікації НФаУ, канд. фарм. наук, доц., м. Харків
- Конькова В. С.**, наук. співробітник, відділу артеріальних гіпертензій Ін-ту терапії АМН України, канд. мед. наук, м. Харків
- Коршенко В. О.**, гол. лікар Полтавського обласного Центру профілактики та боротьби зі СНІДом, слухач ХарРІ НАДУ, канд. мед. наук, м. Полтава
- Крамской С. И.**, зав. кафедри фізичного виховання і спорту БДТАБМ, м. Белгород, Росія
- Лавренко Т. А.**, мол. наук. співробітник Ін-ту терапії АМН України, м. Харків
- Латишев Є. Є.**, керівник головного НМЦ сімейної медицини МОЗ України, м. Київ
- Лисак В. П.**, перший заст. начальника Управління охорони здоров'я Полтавської облдержадміністрації, слухач ХарРІ НАДУ, м. Полтава
- Мавров Г. І.**, зав. відділу венерології Ін-ту дерматології і венерології АМН України, слухач ХарРІ НАДУ, д-р мед. наук, проф., м. Харків
- Мак-Кормік С.**, директор міжурядової програми партнерства "Харків-Ла Кросс" (штат Вісконсін, США)
- Масляева Л. В.**, ст. наук. співробітник Ін-ту терапії АМН України, канд. мед. наук, м. Харків
- Михайлов В. С.**, директор ХДФП "Здоров'я народу", магістр державного управління, м. Харків

- Михальчук В.М.**, нач. Управління первинної медико-санітарної допомоги МОЗ України, м. Київ
- Мищенко І.В.**, доц. кафедри управління та економіки фармації ПКСФ НФаУ, канд. фарм. наук, м. Харків
- Мороз Н.М.**, зав. ОП “Аптека № 308”, магістр державного управління, м. Харків
- Мостовий Г.І.**, директор ХарРІ НАДУ, член-кор. АЕН України, проф., м. Харків
- Надута Г.М.**, керуюча справами громадської організації Асоціація “Сімейна медицина”, слухач ХарРІ НАДУ, м. Комсомольськ Полтавської обл.
- Немченко А.С.**, проф. кафедри управління охороною здоров’я ХарРІ НАДУ, д-р фарм. наук, м. Харків
- Ніколенко Є.Я.**, проф. кафедри загальної практики сімейного лікаря ХМАПО, д-р мед. наук, м. Харків
- Новосад А.М.**, директор благодійної організації “Регіональний медичний фонд”, м. Харків
- Патока Л.Н.**, проректор ХМАПО, ст. викл. кафедри соціальної медицини, управління та бізнесу в охороні здоров’я ХМАПО, м. Харків
- Півень О.П.**, зав. лабораторії маркетингових і техніко-економічних досліджень ДНЦЛЗ, канд. фарм. наук, м. Харків
- Подколзіна М.В.**, заст. директора фарм. фірми “Амріда”, м. Харків
- Подколзіна Р.І.**, доц. кафедри організації і економіки фармації НФаУ, канд. фарм. наук, м. Харків
- Попова Л.П.**, провідний інженер ДНЦЛЗ, м. Харків
- Просоленко Н.В.**, доц. кафедри соціальної медицини, управління та бізнесу в охороні здоров’я ХМАПО, канд. мед. наук, м. Харків
- Рибалка О.Я.**, ст. викладач ПДПУ ім. В.Г. Короленка, м. Полтава
- Романцева О.В.**, зав. кабінету медичної статистики Ін-ту охорони здоров’я дітей і підлітків АМН України, м. Харків
- Сердюк О.І.**, зав. кафедри соціальної медицини, управління та бізнесу в охороні здоров’я ХМАПО, перший заст. начальника Управління охорони здоров’я Харківської облдержадміністрації, канд. мед. наук, доц., м. Харків
- Тітова А.О.**, студентка БДТАБМ, м. Белгород, Росія
- Толмачева С.Р.**, ст. наук. співробітник відділення патології підлітків Ін-ту охорони здоров’я дітей і підлітків АМН України, канд. мед. наук, м. Харків
- Толочко В.М.**, перший проректор, зав. кафедри управління та економіки фармації ПКСФ НФаУ, д-р фарм. наук, проф., м. Харків
- Томіліна Т.В.**, асистент кафедри терапевтичної стоматології ХДМУ МОЗ України, м. Харків
- Топчий І.І.**, зав. відділу нефрології Ін-ту терапії АМН України, д-р мед. наук, проф., м. Харків
- Федченко Ю.Г.**, начальник Управління охорони здоров’я Харківської облдержадміністрації, канд. мед. наук, доц., слухач ХарРІ НАДУ, м. Харків
- Хвисюк М.І.**, ректор ХМАПО, д-р мед. наук, проф., м. Харків
- Холодова Н.О.**, методист науково-методичної лабораторії з проблем виховання здорового способу життя ХОНМІБО, м. Харків

Цуканова Є.О., вчитель-методист ОБЖ і культури здоров'я Клуґіно-Башкирівської СЗОШ, Харківська обл.

Чередніченко В.Д., нач. фарм. управління Харківської облдержадміністрації, магістр державного управління, м. Харків

Черкашина Л.В., секретар колегії МОЗ України, канд. мед. наук, м. Київ

Чернищенко Т.І., заст. начальника Головного управління освіти, науки та інформаційно-аналітичного забезпечення МОЗ України, м. Київ

Чинов Г.П., гол. дерматовенеролог МОЗ АР Крим, гол. лікар Республіканського дермато-венерологічного диспансеру АР Крим, м. Сімферополь

Шахненко В.І., доц. кафедри виховання та розвитку особистості ХОНМІБО, канд. пед. наук, м. Харків

Шейко П.А., асистент кафедри травматології та ортопедії УМСА, засл. раціоналізатор України, слухач ХарРІ НАДУ, м. Полтава

Шкляр С.П., доц. кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я ХДМУ, канд. мед. наук, м. Харків

Ярина Н.А., наук. співробітник Ін-ту терапії АМН України, м. Харків

ЗМІСТ

<i>Мостовий Г.І.</i> Сучасна державна політика у сфері охорони здоров'я України: від теорії до практики	3
ПРОБЛЕМИ РЕФОРМУВАННЯ ТА СУЧАСНА ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	5
<i>Вашиев О.Є., Іванова Л.А.</i> Впровадження формулярної системи як етап реформування галузі охорони здоров'я	5
<i>Волос Б.О., Герасименко Ж.М., Кантемир О.В., Лавренко Т.А., Ярина Н.А.</i> Управлінські аспекти поліпшення кардіологічної допомоги населенню регіону	7
<i>Волченко В.В., Лисак В.П., Коршенко В.О.</i> Досвід надання медичної допомоги сільському населенню Полтавської області	10
<i>Галацан О.В.</i> Комунікативні зв'язки у сфері охорони здоров'я як складова державного управління	13
<i>Єрмаков Л.В.</i> Удосконалення діяльності стоматологічної служби регіону	16
<i>Єфіменко Т.П.</i> Готовність населення та медиків до впровадження сімейної медицини	19
<i>Жорник І.М.</i> Запровадження страхової та сімейної медицини і фармації	22
<i>Зливка Л.В.</i> Теоретические аспекты формирования оценки затрат на медицинское обслуживание на основе клинико-статистических групп	24
<i>Золотарьов В.Ф.</i> Організаційно-економічний механізм регіонального управління літнім оздоровленням дітей	26
<i>Іванчак Г.В.</i> Сучасні трансформаційні процеси у фармацевтичному секторі економіки	29
<i>Карамьшев Д.В., Немченко А.С.</i> Предпосылки введения формулярной системы в Украине	32
<i>Коваль С.Л., Конькова В.С., Дунаевская М.М., Масляева Л.В.</i> О ходе реализации Национальной программы профилактики и лечения артериальной гипертензии в Харьковском регионе	35
<i>Кожухова Т.В.</i> Современные подходы к подготовке и повышению квалификации руководителей фармацевтических предприятий	38
<i>Михальчук В.М., Латишев Є.Є.</i> Стан розвитку сімейної медицини в Україні	41
<i>Надута Г.М.</i> Міжсекторальна взаємодія при вирішенні проблеми громадського здоров'я	45
<i>Немченко А.С., Мороз Н.М., Михайлов В.С., Чередніченко В.Д.</i> Державне управління фармацевтичною галуззю в Україні	49
<i>Ніколенко Є.Я., Герасименко Ж.М., Жук Д.Д., Беседіна А.С.</i> Створення ефективної моделі медичного страхування в Україні	52
<i>Новосад А.М.</i> Міжсекторальна взаємодія в процесі первинної медико-санітарної допомоги	55
<i>Пивень Е.П., Попова Л.П., Бражникова Л.Н.</i> Структуризация системы ценообразования на лекарственные средства	56

Подколзіна М.В., Подколзіна Р.І, Немченко А.С. Концепція управління лікарським забезпеченням за умов упровадження обов'язкового медичного страхування в Україні.....	60
Сердюк О.І. Регіональні підходи до реформування системи охорони здоров'я населення	63
Толочко В.М., Міщенко І.В. Спрямованість розвитку лідерських якостей керівників фармацевтичних підприємств	66
Хвисьюк Н.И., Федченко Ю.Г., Сердюк А.И., Патока Л.Н., Мак-Кормик С. Опыт организации массового открытия амбулаторий (центров) первичной медико-санитарной помощи на принципах семейной медицины.....	69
Черкашина Л.В. Інформаційно-комунікаційне забезпечення та технологічні цикли прийняття колегіальних управлінських рішень	74
Чернишенко Т.І. Державне управління інформаційно-комунікаційним забезпеченням реформування медсестринської освіти в Україні: доорганізація системи (1996-2002 рр.)	76
Шейко П.А. Науково-інформаційне забезпечення інноваційних процесів у практичній медицині	79
ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ ЯК ОСНОВА НОВОЇ ОХОРОНОЗДОРОВЧОЇ СТРАТЕГІЇ	82
Богмат Л.Ф., Толмачева С.Р. Обоснование реабилитационных программ по предупреждению социальной дезадаптации у детей с заболеваниями органов кровообращения.....	82
Безкоровайний Д.О., Ключко В.М. Кібернетика валеології	84
Божко Л.Д. Вклад харьковских ученых в развитие здравоохранения Харьков в XIX в.: исторический аспект межсекторального взаимодействия	88
Герасименко С.В. Хворі на ювенільний діабет: доорганізація системи державного санітарного нагляду.....	90
Головченко Г.Т., Бондаренко Т.В., Камаєва Е.К. Исследование двигательной активности и распространенности табакокурения среди студентов	93
Гончаренко М.С Стратегія і тактика організації підготовки кадрів з курсу валеології.....	96
Гримблат С.О., Богмат Л.Ф., Романцева О.В. Медико-социальная реабилитация несовершеннолетних - качественно новая модель в инфраструктуре охраны здоровья детей и подростков	100
Даниленко Г.М. Вплив загальноосвітніх навчальних закладів на поведінку підлітків щодо збереження здоров'я	102
Жарикова С.Б. Проблема социальной адаптации детей с отклонениями в физическом развитии	106
Зайцев В.П., Крамской С.И., Титова А.А. Формирование здорового образа жизни студентов	108
Камаєв О.И. Физическая подготовка как основа здорового образа жизни, здоровья и высокого качества жизни.....	113
Камаєва Е.К. Определение путей сохранения здоровья и функциональные возможности женщин среднего возраста.....	116

Кармишев Д.В. Удосконалення системи фінансування охорони здоров'я в Україні.....	118
Клочко В.М., Бондаренко Т.В., Бондаренко О.В. Соціально-валеологічні аспекти відбору кадрів.....	122
Мавров Г.И., Чинов Г.П. Демографическая и социально-эпидемиологическая характеристика больных венерическими болезнями в Автономной Республике Крым	126
Мавров Г.И., Бондаренко Г.М. Математическое моделирование и прогноз заболеваемости венерическими болезнями в отдельно взятом регионе	129
Просоленко Н.В. Основные направления стратегии профилактики на региональном уровне	133
Рибалка О.Я. Формування культури міжстатевих стосунків підлітків	136
Томилина Т.В. Системогенез проблемы диагностики и прогнозирования стоматита в контексте оценки эффективности профилактических программ.....	141
Топчий І.І. Регіональна програма вторинної профілактики ниркової недостатності у хворих на прогресуючі нефропатії.....	144
Холодова Н.О. Здійснення охороноздоровчої стратегії при викладанні основ медичних знань в умовах 12-річної середньої загальноосвітньої школи	147
Шахненко В.І., Цуканова Є.О., Концептуальні основи "Школи здорового способу життя і безпеки життєдіяльності".....	151
Шкляр С. П. Багатофакторні оцінки та пошук моделі профілактичного впливу на здоров'я підлітків.....	155
РЕКОМЕНДАЦІЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ "ПРОБЛЕМИ ФОРМУВАННЯ ТА РЕАЛІЗАЦІЇ ОХОРОНОЗДОРОВЧОЇ ПОЛІТИКИ В СУЧАСНИХ УМОВАХ"	158
ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ	161

Організаційний комітет конференції висловлює щире подяку директорові Харківського державного підприємства "Здоров'я народу" Володимирі Семеновичу Михайлову за суттєву допомогу, яка уможливила проведення конференції "Проблеми формування та реалізації охороноздоровчої політики в сучасних умовах".

Наукове видання

**ТЕОРІЯ ТА ПРАКТИКА
ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ
Випуск 3**

Засновано в 2003 р.

**Проблеми формування
та реалізації
охороноздоровчої політики
в сучасних умовах**

Матеріали науково-практичної конференції
16 жовтня 2002 р.

Відповідальний за випуск канд. мед. наук, доц. **Б.О. Волос**
Редактори
Т.В. Кузнякова
Художники обкладинки
Комп'ютерний набір
Технічна редакція і верстка

О.І. Новохацька,
О.В. Радченко, Л.О. Петренко
Н.Г. Рибчинська
Л.О. Петренко

ISSN 966-7798-46-1 = Teoria ta praktika derzavnogo upravlinna

Підписано до друку 24.09.2003. Формат 70x100/16. Папір офсетний. Гарнітура Тайме. Друк офсетний. Умов. друк. арк. 13,54. Обл.-вид. арк. 14,0. Тираж 300 прим.

Видавництво Харківського регіонального інституту Національної академії державного управління при Президентіві України "Магістр".

Свідоцтво про Державну реєстрацію
ДК № 913 від 15.05.2002 р.

61050, м. Харків, просп. Московський, 75, тел. (0572) 21-32-55,
електронна адреса: sciencedpt@kbuapa.kharkov.ua

Віддруковано з оригінал — макета в поліграфічному центрі "Літографіка".
61050, м. Харків, просп. Московський, 75.