

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. О.О.БОГОМОЛЬЦЯ

Іпатов Анатолій Володимирович

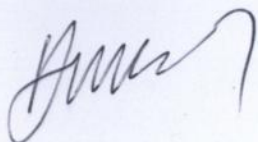
УДК 616-082: 711.454

**НАУКОВЕ ОБГРУНТУВАННЯ ПРІОРИТЕТНИХ НАПРЯМКІВ
РОЗВИТКУ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОЇ ДОПОМОГИ
НАСЕЛЕННЮ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ**

¹⁰
14.02.03 - "Соціальна медицина та охорона здоров'я" (медичні науки)

Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук

Київ - 1997



АВ 38.619

Дисертація є рукопис.

Робота виконана в Дніпропетровській державній медичній академії.

• Науковий керівник - доктор медичних наук, професор

ЛЕХАН ВАЛЕРІЯ МИКИТІВНА

Дніпропетровська державна медична академія,

завідуюча кафедрою соціальної медицини, організації і

управління охороною здоров'я

Офіційні опоненти: - доктор медичних наук, професор

КРИШТОПА БОРИС ПАВЛОВИЧ

Київська медична академія післядипломної освіти

завідувач кафедрою управління охороною здоров'я

- кандидат медичних наук, доцент

ГУЛЬЧІЙ ОЛЕСЯ ПЕТРІВНА

Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця

доцент кафедри соціальної гігієни та організації охорони здоров'я

Провідна установа Вінницький медичний університет

кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я

Захист відбудеться 20 к 1997 р. о 13 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради

Д26.003.01 при Національному медичному університеті ім.О.О.Богомольця за адресою: 252057

м.Київ - 57, пр.Перемоги, 34., медико-профілактичний корпус УДМУ, аудиторія №2.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Національного медичного університету

ім.О.О.Богомольця за адресою: 252057, Київ -57, вул. Зоологічна,3.

Автореферат розісланий "16" к 1997 р.

Вчений секретар

спеціалізованої вченої ради _____

О.П.Яворівський

ЛННБ України ім.В.Стефаніка



00728747 (Z)

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність проблеми.

Основною метою управління охороною здоров'я є максимально можливе зменшення витрат здоров'я населення. Необхідність орієнтації системи охорони здоров'я на кінцеві результати актуалізується в умовах соціально-економічної кризи в Україні, яка супроводжується стрімким погіршенням здоров'я населення на фоні різкого скорочення державних витрат на медичну допомогу.

Головним завданням, яке покликані вирішити реформи в охороні здоров'я, є створення системи охорони здоров'я з високою ефективністю та низькими витратами [M.T.French, L.J.Dunlop, D.Galtis et al.,1996]. Обмежене фінансування висуває на передній план проблему раціонального розподілу і використання ресурсів. Чим менше виділяється коштів на потреби галузі, тим більше зростає значення управлінської функції, пов'язаної з вибором основних напрямків розвитку, що забезпечують найбільш ефективне використання ресурсів.

Встановлення пріоритетів медичної допомоги згідно з проектом концепції розвитку охорони здоров'я в Україні розглядається як одна з основних проблем державної політики в області охорони здоров'я [А.М.Сердюк, 1997; Б.П.Криштопа, 1997; В.С. Швецов, В.М. Бодак, 1997]. Однак, до цього часу обмежені ресурси, що виділяються, розподіляються недостатньо ефективно. Як і раніше, ресурсні показники виступають як цільові, а не забезпечуючі.

В ряді документів Всесвітньої організації охорони здоров'я [Завдання по досягненню здоров'я для всіх, 1993; матеріалах Люблянської конференції, яку проводило Європейське регіональне бюро у 1996 році], роботах багатьох вітчизняних [В.М.Лехан, 1994; С.Джердж, 1997] і іноземних дослідників [А.Mills, і K.Lee, 1993; D.M.Eddy, 1994;] підкреслюється необхідність наукового обґрунтування пріоритетів в охороні здоров'я для забезпечення ефективного розподілу обмежених ресурсів галузі. Створюються передумови і науковий інструментарій для цих робіт. Ведеться активний пошук комплексного вимірювача стану здоров'я населення [А.А.Киселев, С.П.Ермаков, 1989; Н.А.Зинин, 1993; В.В.Беликов, 1996; L.Brenzel, 1993; W.Foege, 1994]. Багато уваги приділяється розробці методик аналізу та оцінки раціональності витрат коштів в охороні здоров'я [M.G.Weinstein, 1990; C.J.L.Murrey, R. Govindaraj, P.Musgrove, 1994; P.Smith, T.A.Sheldon, R.A.Carr-Hill et al., 1994]. Опрацьовується технологія виявлення пріоритетних напрямків охорони здоров'я [Ю.Т.Шарабчиев, 1996].

Однак, незважаючи на загострення проблеми ефективного розподілу ресурсів, лише поодинокі дослідження по визначенню пріоритетів виконані з використанням сучасних наукових підходів [Ю.М.Комаров з співавт., 1994; Ghana health assessment project team, 1981; The World Bank, World Development Report, 1993]. В Україні такі роботи практично не проводилися. Тому при визначенні обсягу медичної допомоги, який гарантується державою, розробці базових і

територіальних програм соціального медичного страхування реформатори зіштовхуються з великими труднощами.

Вище наведене обумовило актуальність дослідження і його мету.

Мета дослідження - науково обґрунтувати пріоритети лікувально-профілактичної допомоги на основі комплексної кількісної оцінки здоров'я населення регіону.

Завдання, обумовлені метою дослідження, передбачали:

- проведення аналізу смертності населення регіону та виявлення чинників, що впливають на її динаміку і структуру;
- вивчення медико-соціальних характеристик стійкої непрацездатності населення;
- вивчення потенційних втрат життя, зумовлених хворобами і травмами;
- визначення груп захворювань і окремих нозологічних форм, що потребують першочергового втручання, виходячи з їх розповсюдженості і керованості охороною здоров'я;
- проведення аналізу використання ресурсного потенціалу системи охорони здоров'я;
- обґрунтування основних напрямків розвитку лікувально-профілактичної допомоги в регіоні.

Виконане дослідження є складовою частиною науково-дослідних робіт кафедри соціальної медицини, організації і управління охороною здоров'я Дніпропетровської державної медичної академії "Наукове обґрунтування організації та управління первинною медико-санітарною допомогою міському населенню в умовах страхової медицини" (№ держреєстрації 0194U002286) та "Наукове обґрунтування структурної перебудови охорони здоров'я м.Дніпропетровська у сучасних економічних умовах" (№ держреєстрації 0196U012646).

Наукова новизна дослідження полягає в тому, що вперше:

- комплексно вивчені кількісні втрати років здорового життя населення через захворювання і травми;
- визначені групи захворювань і окремі нозологічні форми, що потребують першочергового втручання, виходячи з їх розповсюдженості і керованості охороною здоров'я;
- визначені особливості динаміки смертності у перехідний період розвитку економіки країни;
- встановлені закономірності позалікарняної смертності;
- обґрунтовані на основі всебічних модельних розрахунків з оцінкою можливих наслідків для здоров'я населення пріоритетні напрямки розвитку лікувально-профілактичної допомоги в регіоні;
- адаптована з врахуванням особливостей національної системи медико-статистичної інформації методика визначення глобального тягару, що накладають хвороби на здоров'я населення.

Практичне значення дослідження полягає в тому, що його результати стали підставою для:

- об'єктивізації і моніторингу проблем здоров'я населення;
- наукового забезпечення управлінських рішень відносно служб і видів медичної допомоги, які потребують першочергового розвитку, контролю за ефективністю використання ресурсів охорони здоров'я;
- застосування запропонованого підходу при визначенні пріоритетів на рівні будь-якого регіону і держави в цілому;
- створення бази для визначення гарантованого обсягу медичної допомоги і базових програм соціального медичного страхування.

Впровадження результатів дослідження в практику здійснено на державному і регіональному рівнях. Результати роботи використані при підготовці проекту закону України про медичне страхування, підготовці проекту наказу МОЗ України про реформування первинної медико-санітарної допомоги населенню.

Виходячи з матеріалів дослідження про пріоритетні напрямки розвитку, прийняті рішення колегій управління Дніпропетровської обласної держадміністрації "Про стан амбулаторно-поліклінічної допомоги в Дніпропетровській області" (протокол №12 від 26.11.96р.), звітної (за 1996 рік) (протокол №1 від 14.02.97р.). Результати роботи були використані при підготовці наказу по управлінню охорони здоров'я Дніпропетровської державної адміністрації "Про удосконалення первинної медико-санітарної допомоги" №207 від 08.09.97р., організаційного плану заходів на 1997-1998рр. щодо реалізації доручення президента України на зустрічі з працівниками охорони здоров'я, затвердженого облдержадміністрацією 12.08.97р.

Матеріали дисертаційної роботи використовуються у навчальному процесі на кафедрах соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я Дніпропетровської державної медичної академії, Запорізького інституту удосконалення лікарів, Запорізького медичного університету.

Апробація роботи.

Основні положення дисертації доповідались на міжнародній науково-практичній конференції "Поширення досвіду реформування системи охорони здоров'я в Україні" /Дніпропетровськ, 1996/, III міжнародній конференції по впровадженню страхової медицини /Ялта, 1997/, двох обласних науково-практичних конференціях "Підвищення ролі первинної медико-санітарної допомоги в умовах реформи охорони здоров'я" /Дніпропетровськ, 1997/. Апробацію роботи проведено на засіданні кафедри соціальної медицини, організації і управління охороною здоров'я Дніпропетровської державної медичної академії протокол № 4 від 9.09.97р., засіданні апробаційної ради з соціальної медицини і охорони здоров'я Національного медичного університету ім. О.О.Богомольця (8.10.97р.).

Публікації. Матеріали дисертації знайшли відображення у 5 наукових працях (в тому числі в центральних журналах -3), з них - 2 самостійних.

Декларація конкретного особистого внеску в опрацювання наукових результатів, що виносяться на захист.

Дисертантом особисто визначена мета і програма досліджень. Самостійно здійснювався збір матеріалів офіційної статистики про стан здоров'я населення регіону та діяльність медичних закладів, відбір лікарських свідочств про смерть і історій хвороб амбулаторних хворих. Пошукувач організував проведення експертної оцінки можливого внеску охорони здоров'я у втрати років здорового життя населення і визначення відповідальних за них медичних служб, можливого відвернення летальних наслідків у померлих поза стаціонаром. Здійснював інтерпретацію одержаних результатів та їх оформлення. Автор провів аналіз та математичну обробку отриманих результатів з використанням електронно-обчислювальної техніки.

Структура і обсяг роботи.

Дисертаційна робота викладена на 156 сторінках друкарського тексту /в т.ч. власно тексту 128 сторінок/, складається із вступу, 6 розділів, заключення, висновків, 9 додатків. Список використаних джерел містить 108 робіт вітчизняних авторів та держав СНД і 70 іноземних джерел. Дисертація ілюстрована 33 таблицями і 20 рисунками.

Основні положення, які виносяться на захист:

- закономірності смертності і інвалідності населення у перехідний період розвитку економіки країни;
- характеристики глобального тягару хвороб в регіоні;
- визначення проблем здоров'я, які потребують першочергового втручання системи охорони здоров'я;
- наукове обґрунтування пріоритетних напрямків розвитку системи лікувально-профілактичної допомоги в регіоні.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Програма, методи, об'єкт дослідження.

Об'єктами дослідження були здоров'я населення та система охорони здоров'я великого промислового регіону України - Дніпропетровської області. Програма дослідження була розроблена, виходячи з поставленої мети та завдань, необхідних для її досягнення (рис.1).

Предмет дослідження: матеріали офіційної статистики за 5 років - з 1991 по 1995 рік, а також матеріали спеціальних досліджень окремих складових здоров'я.

Інформаційна база дослідження зформована з матеріалів державної статистичної звітності про стан здоров'я населення, матеріалів комп'ютерних баз даних смертності обласного

управління статистики та інвалідності обласної комісії медико-соціальної експертизи. Вибірковим методом вивчалися матеріали первинної медико-статистичної документації: лікарські свідоцтва про смерть, історії хвороби амбулаторних хворих. Використані дані статистичних щорічників "Показники здоров'я населення і використання ресурсів Дніпропетровської області", аналітико-інформаційних збірників "Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України", "Щорічників світової санітарної статистики".

В роботі був використаний комплекс сучасних методів дослідження - статистичний, потенційної демографії, експертних оцінок.

Дослідження проводилось у 3 етапи. На першому етапі визначалися провідні проблеми здоров'я населення. Другий етап полягав у оцінці внеску охорони здоров'я в поліпшення здоров'я. На третьому етапі визначалися пріоритетні проблеми лікувально-профілактичної допомоги.

Показники смертності вивчалися в залежності від віку, статі, місця поселення померлих (міста, сільські райони), місця настання летального наслідку (стаціонар, поза стаціонаром) за 206 причинами смерті, показники інвалідності - залежно від віку, статі, серед міського і сільського населення за 83 причинами інвалідності. Обчислювалися середня тривалість прийдешнього життя, середній вік смерті і інвалідизації.

Визначення глобального тягару хвороб (ГТХ) проводилося за методикою, розробленою ВООЗ і Світовим банком (DALY) і адаптованою до особливостей національної системи медико-статистичної інформації.

Можливий внесок охорони здоров'я у збереження здоров'я населення визначався з допомогою експертних процедур і з врахуванням міжнародного досвіду і рекомендацій ВООЗ.

Результати дослідження

Поглиблене вивчення характеру медико-демографічних процесів, що відбуваються у великому індустріальному регіоні, яким є Дніпропетровська область, дозволило встановити регресивний тип відтворення населення і значний рівень демографічного навантаження, особливо у сільській місцевості.

Рівень смертності населення за 5 років зріс більше, ніж на чверть (на 29,3%) і досяг 15,8 на 1000 населення. Відмінною рисою сучасного демографічного процесу є те, що темпи погіршення показників смертності в містах суттєво випереджають такі в сільських поселеннях (за 5 років 31,5% і 23,0% відповідно), в результаті чого рівні смертності в поселеннях різного типу мають тенденцію до зближення. Стандартизовані показники смертності в

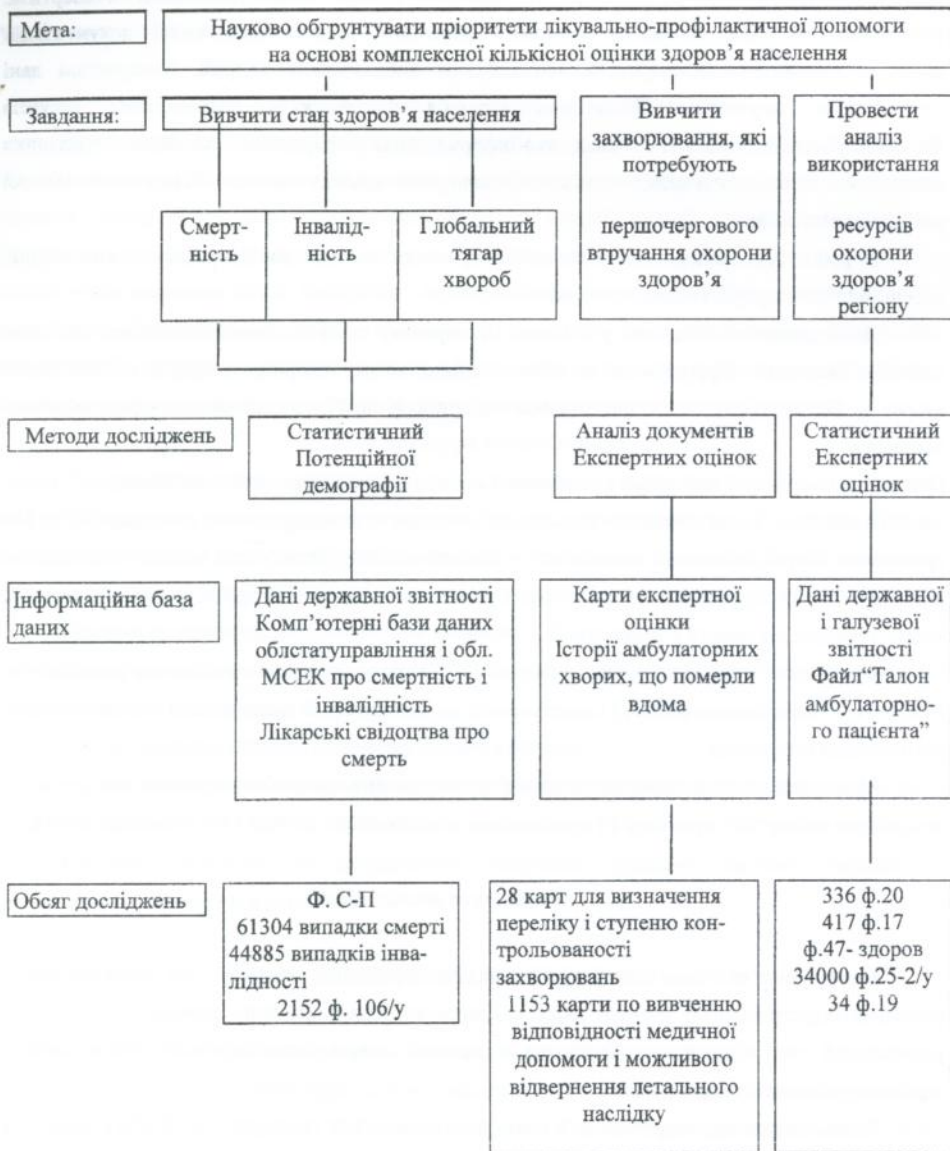


Рис. 1

Програма і обсяг досліджень

поселеннях різного типу практично не відрізняються. Смертність серед осіб працездатного віку збільшилася у 1,5 рази. Відбувся ріст смертності майже від усіх причин смерті: інфекційних і паразитарних хвороб на 92,9%, травм і отруєнь - на 65,9%, хвороб кровообігу - на 37,0%, хвороб органів дихання - на 34,0%, хвороб органів травлення - на 26,3%. Практично незмінними залишилися показники смертності від злоякісних новоутворень.

Основними причинами смерті, як і в розвинутих країнах світу, є хвороби системи кровообігу і онкологічні захворювання. Однак, в регіоні такі хворі вмирають на 5-8 років раніше, що є проявом прискороеного старіння населення. Спостерігаються істотні зрушення в структурі смертності: випереджаючий ріст смертності від серцево-судинних захворювань та травм і отруєнь відтісняє злоякісні новоутворення як причину смерті, в результаті чого питома вага останніх і зовнішніх причин смерті практично зрівнялася (13,5% і 12,6% в структурі загальної смертності відповідно).

Феномен чоловічої "надсмертності" у регіоні різко виражений, особливо у працездатному віці, коли смертність чоловіків у 4 рази переважає смертність жінок. В результаті розподіл померлих по вікових групах складається нерівномірно: у працездатному віці вмирає близько 42% чоловіків і лише 16% жінок, у старших вікових групах відповідно 56,5 і 82,5%. При збереженні існуючих тенденцій смертності, з числа осіб, що вступають у працездатний вік, до 60 років доживуть 71%, в тому числі чоловіків - 60%, жінок - 84,4%. В цілому середня тривалість прийдешнього життя складає у чоловіків 60,3 роки, що на 11,4 роки менше, ніж у жінок (71,7 роки). Тривалість життя у Дніпропетровському регіоні значно поступається більшості економічно розвинутих країн (Великобританія, Франція, США, Японія та інші): у чоловіків - на 11-16 років, у жінок різниця декілька менша і коливається між 6,5 і 11 роками.

Результати проведеного дослідження свідчать, що одну з найпотужніших складових передчасної смерті населення і об'єкт для особливої уваги з боку охорони здоров'я, враховуючи частоту, темпи росту та вікові особливості смерті, являють собою травми і отруєння. За 5 років рівень смертності від цих причин збільшився на 65,9% і досяг 199,5 на 100 000 населення, за темпами росту обігнав смертність від хвороб системи кровообігу, органів дихання, травлення. Середній вік померлих від травм і отруєнь складає 44,5 роки.

Хвороби системи кровообігу посідають перше місце в структурі причин смерті населення регіону - 59,2%. Вони є причиною смерті головним чином літніх людей (середній вік померлих - 73,3 роки), однак епідемічний характер збільшення смертності від даного класу хвороб, значна частка осіб працездатного віку, особливо чоловіків, що гинуть від серцево-судинних захворювань, дозволяють вважати проблему смертності від хвороб кровообігу однією з центральних у сучасній медицині. Більшість факторів, які впливають на смертність і захворюваність цієї патологією, знаходиться за межами галузевого впливу. Однак система охорони здоров'я має в своєму арсеналі засоби, перш за все через профілактичну діяльність,

спрямовану на фактори ризику, для збільшення внеску охоронооздоровчого сектору у подолання цієї проблеми.

Друге місце в структурі смертності належить новоутворенням - 13,5%. Незважаючи на те, що в останній період не відбулося значних зрушень у смертності від онкологічних причин, соціальне значення злоякісних новоутворень дуже високе. Хоч ці хвороби у більшості забирають людське життя у похилому і старечому віці (середній вік смерті 62,7 роки), достатня кількість молодих, в тому числі дітей, гине від цієї грізної патології. Встановлено, що в структурі смертності дітей віком 1-4 роки новоутворення посідають п'яте, а в 5-14 років вони виходять на друге місце. Значну роль, поперед всього у смертності жіночого населення, відіграють "керовані" хвороби цього класу - рак молочної залози і рак шийки матки.

Смертність від туберкульоза і її негативна динаміка характеризують недостатню ефективність зусиль охорони здоров'я в подоланні цієї хвороби, тому що при сучасній діагностиці і правильному лікуванні смерть від туберкульоза повинна бути виключним явищем. Смертність немовлят залишається неприпустимо високою для європейського регіону. Її рівні (13,9 на 1000 новонароджених), особливо у сільській місцевості (15,4%), динаміка, значне місце в структурі керованих причин свідчать про наявність значних резервів для зниження дитячої смертності в системі охорони здоров'я, навіть враховуючи фінансові негаразди галузі.

Суттєво погіршується такий компонент демографічної ситуації як позалікарняна смертність. З загального числа померлих 81,1% вмирають поза стаціонаром. Найбільш несприятливі тенденції позалікарняної смертності виявлені стосовно інфекційних захворювань, цукрового діабету, травм і отруєнь, хвороб органів травлення, дихання, системи кровообігу. Практично по всіх причинах смерті поза лікувальними закладами більш виражені зміни виявлені у жителів міст у порівнянні з населенням сільських районів, що свідчить про стрімке зниження рівня здоров'я міського населення, яке система охорони здоров'я в стані розпаду не в силах стримати.

Інвалідність, як будь-яка втрата соціальної активності, є частковою втратою життя. Частота первинного виходу на інвалідність дорослих складає 689,3 на 100 000 населення, загальна інвалідність у 1,7 рази вища і становить 1171,1 в тих же одиницях вимірювання. Серед сільського населення обидва показники перевищують аналогічні для міських жителів в 1,3-1,2 рази. У дітей частота первинного виходу на інвалідність складає 125,6, рівень загальної інвалідності 1101,2 на 100 000 дитячого населення. Виявлені істотні відмінності головних причин інвалідності і смертності. Серед хвороб, що призводять до інвалідності в дитячому віці головну роль відіграють хвороби першої системи і органів чуття - їх частка складає 32%, в тому числі дитячий церебральний параліч - 11,4% і хвороби ока і його додатків - 7,5%. Друге місце посідають вроджені аномалії - 17,0%, третє - психічні розлади (13,5%), в тому числі розумова відсталість (10,6% або 79,2% всього класу хвороб), четверте - хвороби органів дихання (7,5%), п'яте - хвороби ендокринної системи (7,4%), в тому числі цукровий діабет (5,3%). Серед причин,

що призвели до виходу на інвалідність у дорослих, перше місце посідають хвороби системи кровообігу (31,5%), далі йдуть новоутворення - (13,0%), травми і отруєння (11,7%), хвороби кістково-м'язової системи (8,6%), хвороби нервової системи і органів чуття (6,8%), психічні розлади (6,6%), хвороби органів дихання - (6,0%).

Інвалідність передусім явище соціальне, яке залежить від комплексу чинників соціально-економічного, гігієнічного, правового характеру. Водночас, результати проведеного дослідження свідчать, що значна частка інвалідів одержали інвалідність у допенсійному віці, коли на характер і тяжкість багатьох захворювань, в тому числі серцево-судинних, органів дихання, кістково-м'язової системи та інших, можливо впливати лікувальними і профілактичними засобами.

Аналізуючи традиційні показники здоров'я населення слід відзначити, що показники смертності призводять до зміщення проблем в здоров'ї в бік тих захворювань, які притаманні старшим віковим групам населення - серцево-судинних захворювань і новоутворень. Смертність не дозволяє оцінити значення для здоров'я ряду хвороб, які не призводять до летальних наслідків, але обтяжують життя і знижують його якість перш за все через непрацездатність. Причини смертності і інвалідності істотно відрізняються і використання якоїсь однієї групи показників здоров'я призводить до неточностей і перекучень в оцінці здоров'я населення.

Комплексна оцінка стану здоров'я населення з інтеграцією різних наслідків захворювань в одному показнику - глобальному тягару хвороб - проведена за адаптованою методикою DALY, яка базується на методах потенційної демографії. Вивчено число років потенційно втраченого життя (РПВЖ) через передчасну смерть і число років неякісно прожитого життя через інвалідність. Встановлено, що потенційні втрати життя всього населення (віком 0-100 років - РПВЖ-100) в порівнянні зі стандартним населенням з низьким рівнем смертності складала у 1995 році 27748,2 роки, населення віком 0-65 років (РПВЖ-65) - 11964,0 на 100 000 населення регіону відповідного віку. У чоловіків величина РПВЖ-100 у 1,8 рази, РПВЖ-65 у 2,8 рази більша, ніж у жінок. Структура втрат здоров'я внаслідок передчасної смерті відрізняється від структури смертності. Найбільший вклад в структуру РПВЖ-100, як і в структуру смертності, вносять хвороби системи кровообігу (39,9%). Друге місце посідають травми і отруєння (26,2%), які серед причин смерті займають третє місце. Далі йдуть новоутворення (17,1%), хвороби органів дихання і травлення (4,8 і 3,9%). Ці 5 класів складають 91,9% всіх втрат здоров'я населення від передчасної смерті. На шостому місці - втрати внаслідок смертності немовлят(3,6%), на 7-му місці - втрати внаслідок інфекційних і паразитарних хвороб (2,5%).

В іншому порядку розмістилися причини втрат РПВЖ-65. В число головних 5 причин ввійшли травми і отруєння (37,8%), потім - хвороби системи кровообігу (22,1%), новоутворення (12,5%), смертність немовлят (7,9%) і хвороби органів травлення (4,3%), які разом склали 84,6%. Наступні рангові місця належать хворобам органів дихання (4,2%) та інфекційним хворобам (3,8%). Суттєву роль у РПВЖ-65 відіграють вроджені аномалії (3,4%) і перинатальні стани (3,2%), які є основними причинами смертності немовлят.

Внаслідок стійкої непрацездатності у 1995 році в регіоні було додатково втрачено 3555,8 чоловіко-років здорового життя на кожні 100 000 населення у віці 0-65 років. Основний вклад у розмір цих втрат вносять захворювання, які не відіграють істотної ролі у втратах здоров'я внаслідок передчасної смерті. Більше 80% потенційно втрачених років здорового життя через інвалідність спричинили психічні розлади (24,5%), хвороби нервової системи та органів чуття (24,4%), хвороби ендокринної системи (11,1%), новоутворення (10,5%) та хвороби кістково-м'язової системи і сполучної тканини (9,9%).

Глобальний тягар хвороб є надійним комплексним вимірювачем здоров'я населення, який дозволяє узагальнити різні, а інколи і різнонаправлені, наслідки захворювань (передчасна смерть, непрацездатність) і встановити не лише основні причини смерті, інвалідності, але й визначити проблеми здоров'я, які призводять до найбільших втрат життя. Інтегральна оцінка здоров'я населення під таким кутом зору показала, що загальний тягар хвороб внаслідок передчасної смерті з поправкою на непрацездатність в регіоні складає 15519,7 чоловіко-років на 100 000 населення віком 0-65 років. Найбільших збитків здоров'ю завдають травми і отруєння, якими обумовлено 29,3% втрат. Хвороби системи кровобігу і новоутворення за втратами років здорового життя у віковій групі 0-65 років відтіснені на друге і третє місце (18,1% і 12,0% втрат відповідно). В зв'язку зі значними втратами здоров'я внаслідок стійкої непрацездатності в число провідних проблем здоров'я потрапляють хвороби нервової системи і психічні розлади (7,8 і 7,2% втрат). Смертність немовлят займає шосте місце (6,1%), в той час як в структурі смертності смертність дітей першого року життя складає лише 0,7%.

Діяльність системи охорони здоров'я по зниженню втрат здоров'я обмежена наявними ресурсами та ступенем керованості конкретними захворюваннями на визначеному етапі розвитку науки. В умовах існуючих обмежень досягти максимального зниження втрат здоров'я можливо лише сконцентрувавши зусилля на захворюваннях, які обумовлюють в основному ці втрати, тобто виділяючи пріоритетні цілі охорони здоров'я. Тому надзвичайно важливим є визначення не тільки тих захворювань, які лягають найбільшим тягарем на здоров'я населення, але й тих з них, які можуть бути керовані на галузевому рівні. Експертами (28 фахівцями вищої категорії з 7 спеціальностей) на основі аналізу даних світової літератури і власного досвіду визначено перелік захворювань і станів, зумовлених причинами, які можна було б усунути або запобігти при своєчасному і адекватному медичному втручанні, і визначено ступінь їх можливої контрольованості. До числа захворювань, на розвиток і наслідки яких спроможна успішно впливати система лікувально-профілактичної допомоги, віднесені: гострі інфекційні хвороби, в тому числі дитячі інфекції, туберкульоз, рак шийки матки і молочної залози, цукровий діабет, катаракта, гіпертонічна хвороба (а через неї зниження частоти церебро-васкулярних захворювань і ішемічної хвороби серця), хронічна ревматична хвороба серця, гострі респіраторні інфекції, пневмонії, бронхіальна астма, виразкова хвороба шлунку і 12-палої кишки, апендицит,

жовчокам'яна хвороба і холецистит, черевні грижі, артропатії і остеохондропатії, материнська смертність і хвороби перинатального періоду, травми і отруєння.

Всього в регіоні зусиллями охорони здоров'я при ефективно організованій її діяльності можливо зберегти 18,5% чоловіко-років втраченого або неякісно прожитого життя. Значення окремих причин втрат з позицій можливої контролюваності охороною здоров'я в порівнянні з їх ранговими місцями при визначенні загальної шкоди для здоров'я, істотно змінилися (табл.1). Підвищилися ранги пневмонії (з 15 до 2), гіпертонічної хвороби (з 8 до 3), вроджених аномалій (з 12 до 4), раку молочної залози (з 21 до 5), цукрового діабету (з 9 до 6), хвороб перинатального періоду (з 10 до 8), туберкульоза органів дихання (з 13 до 9), бронхіальної астми (з 23 до 10) і т.і.

В цілому, виходячи з рівня можливого збереження років здорового життя, найбільш значущими є травми, хвороби органів дихання, гіпертонічна хвороба, хвороби немовлят (вроджені аномалії і стани перинатального періоду), рак молочної залози, цукровий діабет і туберкульоз органів дихання.

Експертно встановлено, що найбільший внесок в реалізацію потенційних можливостей зменшення втрат здоров'я активної частки населення забезпечують наступні медичні служби (табл.1): первинна медико-санітарна допомога, швидка медична допомога, реанімація і акушерство. Розвиток цих служб треба розглядати як пріоритетні завдання системи охорони здоров'я, орієнтованої на кінцеві результати діяльності. Можливості попередження летального результату за умов надання адекватної медичної допомоги на передтермінальному і більш ранніх етапах вивчалися додатково на вибірковій сукупності померлих вдома чисельністю 1153 чоловік. Експертами встановлено, що запобігти летальному результату можна було б у 13,5% випадків, з них 39,7% - особи працездатного віку, переважно чоловіки (75,8%), інші - у віці до 70 років. Основною службою відповідальною за можливості збереження життя у 60% визнано первинну медико-санітарну допомогу, в інших випадках хворі потребували госпіталізації до профільного стаціонару.

Аналіз розподілу і використання ресурсів в системі охорони здоров'я регіону показав, що до 80% фінансових коштів і лікарських кадрів поглинає стаціонарний сектор. Ліжковий фонд використовується неефективно: середньорічна зайнятість ліжок по області варіює близько 300 днів, середня тривалість лікування в стаціонарах становить 16,4 дня, число лікарняних днів на душу населення за рік сягає 3,6-4. В той же час певна частка населення, що потребує стаціонарної допомоги, її не одержує. Експертно встановлено, що 49,2% померлих вдома, потребували більш інтенсивної медичної допомоги, з них 23,5% рекомендована госпіталізація до профільного стаціонару. Первинна медико-санітарна допомога, виходячи з її фінансового і кадрового забезпечення, не належить до пріоритетних служб. У первинній ланці зайняті 20% лікарів, на її діяльність витрачається 4,4-5,2% коштів. Потенційні можливості цієї служби

Таблиця 1

Можливий вклад охорони здоров'я в зменшення глобального тягару хвороб в регіоні

Ранг пріоритету здоров'я	Причини втрат років здорового життя	ГТХ	Можливості відвертаємості втрат зусиллями охорони здоров'я		Ранг пріоритету охорони здоров'я	Служби і види медичної допомоги, першочергово відповідальні за збереження років здорового життя
			%	розмір		
1	2	3	4	5	6	7
2	Неуточнені нещасні випадки	1365,7	45	1075,8	1	ШМД, реанімація, хірургія, травматологія
15	Пневмонія	264,9	90	238,4	2	ПМСД, терапія
8	Гіпертонічна хвороба (ГХ), ІХС, судинні ураження мозку зі згадкою про ГХ	453,9	35	236,9	3	ПМСД, терапія, неврологія
12	Природжені аномалії	319,2	45	143,6	4	Акушерство, ПМСД
21	Рак молочної залози	203,0	65	132,0	5	ПМСД, онкологія
9	Цукровий діабет	390,2	30	117,1	6	ПМСД, ендокринологія
7	Травми внутрішніх органів	55,2	25	113,8	7	ШМД, реанімація, хірургія
10	Хвороби перинатального періода	378,4	30	113,5	8	ПМСД, акушерство, неонатологія

Продовження табл.1

1	2	3	4	5	6	7
13	Туберкульоз органів дихання	312,7	30	93,8	9	ПМСД, фізіотрія
23	Бронхіальна астма	153,6	60	92,2	10	ПМСД, терапія
24	Артропатії	144,7	50	72,4	11	Ортопедія, ПМСД
19	Хвороби ока і його додатків	215,9	30	64,8	12	Офтальмологія
28	Остеохондропатії	90,8	70	63,4	13	Ортопедія, ПМСД
17	Внутрішньочерепні травми	250,0	25	62,5	14	ШМД, реанімація, травматологія
5	Переломи кісток черепа	624,4	10	62,4	15	ШМД, травматологія, нейрохірургія
29	Хронічна ревматична хвороба серця	89,2	60	53,5	16	ПМСД, ревматологія
30	Виразка шлунку і 12-палої кишки	66,1	80	52,9	17	ПМСД, хірургія
31	Рак шийки матки	44,2	70	30,9	18	ПМСД, онкологія
32	Хвороби органів дихання у дітей 1-го року життя	34,4	65	22,4	19	ПМСД, педіатрія
34	Жовчокам'яна хвороба і холецистит	10,2	80	8,2	20	Хірургія, ПМСД
3	Інфекційні хвороби у дітей 1-го року життя	20,5	35	7,2	21	ПМСД, педіатрія
35	Апендицит	5,6	60	3,4	22	Хірургія
36	Черевні грижі	4,0	60	2,4	23	Хірургія, ПМСД

використовуються незадовільно, що призводить до перевантаження другого рівня - спеціалізованої допомоги: частка відвідувань дільничних лікарів складає лише 39,2% від числа всіх амбулаторних відвідувань. Водночас виявлено, що більше половини (53,6%) померлих у 1995 році в стаціонарах Дніпропетровської області, загинули у перші 5 діб, в тому числі 16,9% - впродовж першої доби після госпіталізації. Тобто, потік хворих з запрогнозованим летальним

результатом сигналізує про часто занадто пізні надходження хворих з моменту виникнення захворювання із вже наявними тяжкими ускладненнями і є проявом перш за все про недостатньої ефективності діяльності первинної ланки.

Результати дослідження покладені в основу розробленої в області програми розвитку лікувально-профілактичної допомоги населенню, яка включає комплекс заходів по першочерговому розвитку первинної медико-санітарної допомоги (зміцнення матеріальної бази і запровадження економічно детермінованої моделі організації роботи первинної ланки, перепідготовка медичних кадрів на засадах сімейної медицини), переорієнтації служби швидкої допомоги на надання екстренної допомоги, раціональній профілізації ліжкового фонду, виходячи з потреб населення у стаціонарній допомозі різної інтенсивності. Реалізація програми сприятиме оптимізації використання обмежених ресурсів галузі при збереженні доступності медичної допомоги населенню.

ВИСНОВКИ

1. Вибір основних напрямків розвитку, які забезпечують найбільш ефективний з позиції зменшення втрат здоров'я розподіл обмежених ресурсів - ключова проблема ефективного управління охороною здоров'я. В Україні досліджень, присвячених науковому обґрунтуванню пріоритетів медичної допомоги на основі комплексної кількісної оцінки здоров'я населення, практично не проводилося, в світі виконані поодинокі дослідження за цією тематикою.

2. Методичним підходом до обґрунтування пріоритетів лікувально-профілактичної допомоги стало поєднання оцінки глобального тягару хвороб, як комплексного вимірника стану здоров'я, за адаптованою методикою DALY з експертними процедурами по визначенню переліку керованих захворювань та ступеню їх контрольованості охороною здоров'я, виявленню служб і видів медичної допомоги, відповідальних за втрати/збереження здоров'я населення.

3. Встановлені закономірності формування тягару хвороб внаслідок передчасної смертності і стійкої непрацездатності населення, визначені основні причини і кількісні характеристики потенційних втрат років здорового життя. Виходячи з визначення частки впливу і відповідальності системи охорони здоров'я та окремих її служб на втрати здоров'я населення обґрунтовані пріоритетні напрямки розвитку системи лікувально-профілактичної допомоги в регіоні, до яких віднесені: первинна медико-санітарна допомога, швидка медична допомога, служби реанімації і акушерська.

4. Загальна смертність за 5-річний термін зросла на 27,5%, її рівень на 2,6% вище загальноукраїнського і у 1,4-2,5разів переважає рівні смертності у економічно розвинутих країнах. Серед працездатного населення смертність збільшилася на 49,0% і складає 40% загального приросту смертності. Збільшуються позастаціонарна смертність, частка померлих поза медичними закладами сягає 81,1%. Більш швидкими темпами зростає смертність міського

населення в порівнянні з сільським, а її рівні в поселеннях різного типу у стандартизованих показниках практично не відрізняються (1484,9 і 1525,9 на 100 000 населення відповідно). Встановлено особливості феномену "чоловічої надсмертності": стандартизовані показники смертності у чоловіків вищі ніж у жінок у 1,8 рази, в "квітучому" працездатному віці (25-44 роки) - у 4 рази. Очікувана тривалість життя за 8 років зменшилась на 5 років і нижча, ніж у розвинутих країнах у чоловіків на 11-16, у жінок - на 6,5-11 років.

5. Основними причинами загальної смертності залишаються хвороби системи кровообігу (59,2%), новоутворення (13,5%), травми і отруєння (12,6%). Встановлено прискорення процесів старіння населення регіону, що виявляється у "помолодшанні" віку смерті від дегенеративних захворювань, характерних для похилого віку: середній медіанний вік смерті від хвороб системи кровообігу складає 69,6, злоякісних новоутворень - 61,5, хвороб органів дихання - 64,0 роки. Смертність від травм зростає випереджаючими темпами, а її рівні наближаються до рівнів смертності від злоякісних новоутворень (191,2 і 198,0 на 100 000 населення відповідно). У дітей віком 1-14 років і дорослих молодого віку травми і отруєння займають перше місце серед причин смерті. Середній вік смерті від екзогенних причин становить 44,8 роки. На першому році життя 74,1% всіх летальних випадків приходить на причини перинатальної патології і вроджені аномалії.

6. Встановлено, що 1,2% населення регіону страждає від тих чи інших наслідків інвалідності. Виявлені істотні відмінності головних причин інвалідності і смертності. До стійкої непрацездатності, особливо у дітей, приводять захворювання, які не відіграють значної ролі в структурі причин смертності: хвороби нервової системи і органів чуття, включаючи проблеми органів зору і слуху, психічні розлади, хвороби кістково-м'язової системи.

7. Інтегральна кількісна оцінка стану здоров'я показала, що глобальний тягар хвороб складає 15519,7 років на 100 000 населення віком 0-65 років, з яких 77,1% приходить на втрати внаслідок передчасної смерті і 22,9% внаслідок стійкої непрацездатності. Пріоритетними проблемами здоров'я за критерієм потенційних втрат років здорового життя визначені: травми і отруєння (29,3% втрат), хвороби системи кровообігу (18,1%), новоутворення (12,0%), хвороби нервової системи і органів чуття (7,8%), психічні розлади (7,2%), смертність немовлят (6,1%), хвороби органів дихання (4,3%) і хвороби органів травлення (3,6% втрат).

8. Встановлено, що діяльність системи охорони здоров'я спроможна зменшити глобальний тягар хвороб на 18,5%. Першочергової уваги потребують такі проблеми здоров'я, як травми, хвороби органів дихання (пневмонії, бронхіальна астма), гіпертонічна хвороба, хвороби немовлят (вроджені аномалії і стани перинатального періоду), рак молочної залози, цукровий діабет, туберкульоз органів дихання, які призводять до значних втрат здоров'я і можуть бути керовані охороною здоров'я.

9. Доведено, що пріоритетного розвитку потребує перш за все первинна медико-санітарна допомога, а також такі медичні служби як швидка медична допомога, реанімація і акушерство,

які несуть основну відповідальність за зменшення тягару від більшості контрольованих охороною здоров'я хвороб і збереження років здорового життя населення. Розподіл і використання наявних ресурсів не кореспондується з виявленими пріоритетами. Розроблено комплекс заходів, спрямований на підвищення ефективності охорони здоров'я регіону: запровадження економічно детермінованої моделі організації первинної медико-санітарної допомоги, раціональної профілізації ліжкового фонду на основі визначення диференційованих потреб у стаціонарній допомозі різної інтенсивності, переорієнтації служби швидкої допомоги на надання екстренної медичної допомоги.

СПИСОК РОБІТ, ОПУБЛІКОВАНИХ ПО ТЕМІ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Іпатов А.В. Смертність населення Дніпропетровської області: тенденції та головні причини // Медичні перспективи. -1997. -Т.ІІ, №2. -С.96-101.
2. Стан та перспективи використання стаціонарної допомоги населенню /В.М.Лехан, А.В.Іпатов, А.О.Сокульський і ін. // Медичні перспективи. -1997. -ТІІ, №1. -С.61-65.
3. Лехан В.М., Іпатов А.В., Духовенко К.К. Напрямки реформи первинної медико-санітарної допомоги в Україні // Медичні перспективи. - 1996. - №1. - С.68-71.
4. Новые условия - новые требования / А.В.Ипатов, А.П.Татаровский, В.И.Шаталов, О.Л.Прокопчук // Актуальні аспекти і тенденції розвитку соціально-медичної освіти в Україні. - Дніпропетровськ, 1997. -С.12-15.
5. Іпатов А.В. Здоров'я населення - найважливіший пріоритет сучасності // Економічні проблеми розвитку Західно-Українського агропромислового комплексу в умовах переходу до ринкової економіки. -Тернопіль, 1996. - С.25-26.

АННОТАЦІЯ

Іпатов А.В. Наукове обґрунтування пріоритетних напрямків розвитку лікувально-профілактичної допомоги населенню на регіональному рівні.- Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.02.03 - соціальна медицина і охорона здоров'я.- Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця, Київ, 1997.

Дисертація присвячена питанням виявлення і наукового обґрунтування пріоритетів лікувально-профілактичної допомоги на основі комплексної кількісної оцінки здоров'я населення. Встановлено, що надійним комплексним вимірником здоров'я є визначення глобального тягару хвороб внаслідок передчасної смерті і інвалідності. Визначені групи захворювань і окремі нозологічні форми, що потребують першочергового втручання, виходячи з

їх розповсюдженості і керуваності охороною здоров'я. Обґрунтовані на основі всебічних модельних розрахунків з оцінкою можливих наслідків для здоров'я населення пріоритетні напрямки розвитку лікувально-профілактичної допомоги в регіоні. Виявлені особливості динаміки смертності у перехідний період розвитку економіки країни і встановлені закономірності позалікарняної смертності. Основні результати праці знайшли впровадження при реформуванні регіональної системи охорони здоров'я.

Ключові слова: здоров'я, населення, смертність, інвалідність, глобальний тягар хвороб, пріоритети, лікувально-профілактична допомога.

Ипатов А.В. Научное обоснование приоритетных направлений развития лечебно-профилактической помощи населению на региональном уровне.- Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.02.03 - социальная медицина и охрана здоровья.- Национальный медицинский университет им. А.А.Богомольца, Киев, 1997.

Диссертация посвящена вопросам выявления и научного обоснования приоритетов лечебно-профилактической помощи на основе комплексной количественной оценки здоровья населения. Установлено, что надежным комплексным измерителем здоровья является определение глобального бремени болезней вследствие преждевременной смерти и инвалидности. Определены группы заболеваний и отдельные нозологические формы, которые требуют первоочередного вмешательства, исходя из их распространенности и управляемости здравоохранением. Обоснованы на основании всесторонних модельных расчетов с оценкой возможных последствий для здоровья населения приоритетные направления развития лечебно-профилактической помощи в регионе. Виявлені особливості динаміки смертності в перехідний період розвитку економіки країни і встановлені закономірності внебольничной смертності. Основные результаты работы нашли применение при реформировании региональной системы здравоохранения.

Ключевые слова: здоровье, население, смертность, инвалидность, глобальное бремя болезней, приоритеты, лечебно-профилактическая помощь.

Ipatov A.V. Scientific Grounds for Prioritizing the Trends of Development in the Disease Management and Prevention in the Population of a Region. - Manuscript.

Dissertation for seeking of the scientific degree of the Candidate of Medical Sciences in the Speciality 14.02.03 - Social Medicine and Public Health Care. - National Medical University named after A.Bogomolets, Kyiv, 1997.

The dissertation is based on the study, determining and scientific grounding of the priorities in the disease management and prevention based on the complex analysis and quantity assessment of the population's health. It is established that the designation of the life and labor losses in the population resulting from traumas and diseases, due to early deaths and handicaps would be the credible complex indicator of health. The groups of diseases and isolated nosological forms were determined that would require first priority interference based on their incidence rate and health care management. The priority trends of the development in disease management and prevention in the region were grounded upon overall model calculations with the estimation of possible outcomes in the health of population. The peculiarities of the fatality dynamics in transition is estimated and the specifics of the out-of-hospital fatality established. The basic results of the study will be applied within the framework of reforms of the regional system of health care.

Keywords: health; population; death rate, handicapped; global disease burden; priorities; disease management and prevention.

434112

AB 38.619

AB 38.619