

УДК 614.2(477.7)

К. О. Талалаєв, канд. мед. наук, доц.

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ПРОТИДІЇ СОЦІАЛЬНИМ І ХРОНІЧНИМ ХВОРОБАМ У ПРИЧОРНОМОРЬСЬКОМУ РЕГІОНІ УКРАЇНИ

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

УДК 614.2(477.7)

К. О. Талалаєв

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ПРОТИДІЇ СОЦІАЛЬНИМ І ХРОНІЧНИМ ХВОРОБАМ У ПРИЧОРНОМОРЬСЬКОМУ РЕГІОНІ УКРАЇНИ

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

Стан системи охорони здоров'я України характеризується високими показниками захворюваності, інвалідності та летальності. Фінансова й економічна ситуація в медичній галузі не сприяє отриманню доступної та якісної медичної допомоги широким верствам населення. Протягом останніх років сфера охорони здоров'я України перебуває в стані перманентного реформування. Головна мета реформи — побудова моделі охорони здоров'я, яка б забезпечувала справедливий доступ усіх членів суспільства до необхідних медичних послуг, їхню високу якість та економічність при збереженні соціально прийняттого обсягу державних гарантій, а також сприяла б забезпеченню ефективного розвитку медичної галузі.

В Україні в цілому та в Причорноморському регіоні зокрема зростає частка людей, які протягом тривалого часу страждають від хронічних патологій та мультиморбідних хвороб. Наукове дослідження виконано нами з метою оптимізувати наявні та обґрунтувати якісно нові організаційні форми, види та методи медико-соціальної діяльності держави, суспільства і системи охорони здоров'я на засадах предиктивної медицини задля підвищення ефективності діяльності, спрямованої на збереження, зміцнення та відновлення здоров'я в умовах соціально-орієнтованого ринкового суспільства.

Ключові слова: здоров'я, система охорони здоров'я, реформування, соціальні та хронічні хвороби, Причорноморський регіон.

UDC 614.2(477.7)

K. O. Talalayev

THE ACTUAL QUESTIONS OF IMPROVEMENT OF THE COUNTERACTION SYSTEM TO THE SOCIAL AND CHRONIC DISEASES IN THE BLACK SEA REGION OF UKRAINE

The Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine

The state of the system of health protection service Ukraine is characterized by the high rate of morbidity, invalidability and lethality. The financial and economic situation in the medical field does not assist in accessible and qualified medical service to the wide population. During the last years a sphere of health service Ukraine is in a state of permanent reformation. The main aim of reform is construction of the health service model, which would provide the just access of all members of society to the necessary medical services, their high quality and economy in case of saving socially acceptable volume of state guarantees, and also would assist to providing an effective development of medicine.

The part of people which during the protracted time suffer from the chronic pathologies and multimorbid diseases increases in Ukraine as the whole and in the Black Sea region. The scientific research is executed with the aim to optimize the available and ground the new organizational forms, kinds and methods of medical and social activity of the state, society and system of health protection service on bases of predictive medicine for the sake of rise of efficiency of activity, directed on saving, strengthening and renewal of health under conditions of socially oriented market society.

Key words: health, system of health protection service, reformation, social and chronic diseases, the Black Sea region.

Вступ

Стан системи охорони здоров'я України характеризується високими показниками захворюваності, інвалідності та летальності. Фінансова й економічна ситуація в медичній галузі не сприяє отриманню доступної та якісної медичної допомоги широким верствам населення. Переважну більшість лікарських засобів і товарів медичного призначення, необхідних для лікування, пацієнти змушені купувати власним коштом. Витрати домогосподарств становлять понад 94 % коштів приватного сектора [1].

Протягом останніх років сфера охорони здоров'я України перебуває в стані перманентного реформування. Головна мета цієї реформи — побудова такої моделі охорони здоров'я, яка б забезпечувала справедливий доступ усіх членів суспільства до необхідних медичних послуг, їхню високу якість та економічність при збереженні соціально прийнятної обсягу державних гарантій, а також сприяла б забезпеченню ефективного розвитку медичної галузі.

В Україні у цілому та в Причорноморському регіоні зокрема зростає частка людей, які протягом тривалого часу страждають від хронічних патологій та мультиморбідних хвороб. Лікування цих груп хворих не може обмежуватися епізодичними контактами з пацієнтами за їхньої особистої ініціативи. Проте сьогодні медична допомога будується переважно навколо моделі мозаїчного лікування окремих станів і характеризується фрагментацією послуг, що значно знижує результативність та ефективність медичного обслуговування більшості хворих. Така особливість надання медичних послуг є визнаною проблемою в багатьох системах охорони здоров'я. У розвинутих країнах міждисциплінарні команди створюються як об'єднання медичних і соціальних працівників, у яких ролі та обов'язки всіх членів чітко визначені, щоб забезпечити плавні переходи пацієнтів від отримання одного пакета послуг до іншого [2].

Наукове дослідження виконано нами в рамках науково-дослідної роботи «Соціально-управлінський та економіко-правовий аспекти реформи системи охорони здоров'я в Україні на сучасному етапі з урахуванням засад предиктивної медицини» кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я та медичного права Одеського національного медичного університету (№ державної реєстрації 0117U004736).

Мета роботи — оптимізувати наявні та обгрунтувати якісно нові організаційні форми, види та

методи медико-соціальної діяльності держави, суспільства і системи охорони здоров'я на засадах предиктивної медицини задля підвищення ефективності діяльності, спрямованої на збереження, зміцнення та відновлення здоров'я в умовах соціально-орієнтованого ринкового суспільства.

Матеріали та методи дослідження

Об'єкт дослідження — система організації медичної допомоги. Статистична інформація — фактичні дані щодо інтеграції медичної допомоги в різних країнах і дані власних досліджень щодо організації та результативності медичної допомоги.

Основні методи ґрунтуються на традиційних для сучасної науки принципах дослідження: порівняння, узагальнення, системності, структурності тощо. Зокрема, порівняльний метод застосовано для протиставлення однорідних рядів даних, що представляють різні географічні ділянки. Структуру та функції системи надання медичної допомоги в Причорноморському регіоні та в інших країнах проаналізовано із застосуванням структурно-функціонального методу. Особливості ситуації охарактеризовано за допомогою системного підходу. Підґрунтям для емпіричного дослідження є узагальнення отриманих даних та офіційна статистика. Вивчено та застосовано наукові напрацювання з організації охорони здоров'я, епідеміології, інфекційних хвороб.

Результати дослідження та їх обговорення

У 2012 р. держави-члени Європейського регіону Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) схвалили європейську політику охорони здоров'я «Здоров'я-2020», визнавши зміцнення системи охорони здоров'я одним із чотирьох пріоритетних напрямів діяльності, визначаючи хід дій щодо досягнення найбільшого потенціалу регіону в галузі охорони здоров'я до 2020 р. [3].

Програма «Здоров'я-2020» закликає до розбудови систем охорони здоров'я, орієнтованих на людей. Відповідно до цих пріоритетів, стратегія руху протягом 2015–2020 рр. містить в собі два пріоритетних напрями:

1) трансформація медичних послуг для розв'язання проблем охорони здоров'я у XXI ст.;

2) рух у напрямі загального охоплення високоякісною доступною медичною допомогою громадян Європи [4].

В Україні протягом останніх десятиріч спостерігається суттєве зростання кількості хворих на соціально значущі захворювання, хронічні хвороби, у тому числі спричинені інфекціями, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), серед них ВІЛ і гепатити, а також на туберкульоз. Зазначена група хвороб потребує проведення ефективних профілактичних заходів за участі не тільки органів охорони здоров'я, а й органів влади, освіти, а також громадськості. Швидке поширення соціально значущих хвороб в останнє десятиліття заподіяло суттєвих збитків суспільству і є основною причиною витрат на профілактику, лікування, реабілітацію, непрацездатність, передчасну смертність, а також перешкодою економічному розвитку нашої країни.

Одним із базових інструментів оцінювання ефективності державної політики у сфері протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу є оцінка витрат на протидію їй як на національному, так і на регіональному рівнях [5].

Соціальні хвороби — загальна назва групи хвороб, що виникають переважно з соціальних причин (наприклад, злидні, війна, бездомність, професійні шкідливості, міграція, відсутність турботи про дітей, расові, етнічні та релігійні конфлікти, доступність алкоголю, наркотиків тощо). Лікування таких хвороб має істотне значення для окремих пацієнтів, але основне розв'язання проблеми полягає в участі держави в усуненні джерел захворюваності, умов для передачі інфекцій та в радикальному оздоровленні системи соціальних стосунків.

Це стосується, серед інших, і туберкульозу, і ІПСШ, особливо сифілісу, гонореї, а також вірусних гепатитів В та С, ВІЛ-інфекції, що завдають тяжких наслідків і можуть спричинити смерть хворих. Статевим шляхом передаються збудники понад 30 хвороб: вірусів, бактерій, грибів і паразитів. Розповсюджуються ІПСШ завдяки контактному механізму, переважно під час статевих контактів (оральних, вагінальних, анальних). Деякі ІПСШ можуть також розповсюджуватися іншими шляхами: артифіційним (при деяких медичних інвазивних маніпуляціях або процедурах), гемоконтактним (через контаміновані збудником компоненти крові), гемотрансфузійним. Вертикальний механізм відбувається при таких ІПСШ, як ВІЛ, сифіліс, гепатити В, С, хламідіоз, гонорея, що можуть передаватися від матері до дитини під час вагітності та пологів. Досить часто ІПСШ мають латентний перебіг.

Погіршення соціально-економічних умов на початку 90-х років минулого сторіччя призвело

до стрімкого розповсюдження соціальних та хронічних хвороб як в Україні, так і в Причорноморському регіоні зокрема.

Захворюваність на гонорею серед населення зазнала значних коливань від 13,07 (2016 р.) до 39,41 (2010 р.) та в середньому становила $21,73 \pm 4,22$ на 100 тис. населення. Рівень захворюваності дітей до 17 років коливався від 0,67 (2015 р.) до 7,20 (2010 р.), у середньому становив $3,79 \pm 0,94$. Середній багаторічний показник захворюваності серед загального населення вірогідно перевищував такий серед дитячого ($t=6,87$; $p<0,0005$). Рівень захворюваності на сифіліс серед жителів Одеської області коливався в різні роки від 14,60 (2016 р.) до 51,93 (2010 р.) і в середньому становив $25,12 \pm 5,68$ на 100 тис. населення, вірогідно перевищуючи показники серед дитячого населення ($t=5,27$; $p<0,005$). У групі дітей до 17 років інтенсивні показники коливались від 0,44 (2016 р.) до 9,36 (2010 р.), середній багаторічний показник становив $5,03 \pm 1,39$. При розрахунку тенденції розвитку епідемічного процесу сифілісу серед дорослого та дитячого населення Одеської області видно, що спостерігається зниження рівня захворюваності. Серед загального населення випадки захворювань мали постійний цілорічний характер реєстрації. Підвищення показника сезонних коливань (ПСК) зафіксовано з лютого по квітень, у червні, серпні та жовтні. Пік ПСК припадав на лютий (126,08 %). Серед дитячого населення виділено значний сезонний підйом захворюваності з піком у липні — ПСК = 159,64 % та серпні — ПСК = 143,11 %, та ще кілька невеликих підйомів у лютому, квітні, травні та жовтні. Рівень зареєстрованої захворюваності на гепатит В (ГВ) серед жителів Одеської області не мав значних коливань, зберігаючись на стабільному рівні протягом періоду, що аналізувався, від 2,07 (2014 р.) до 7,38 (2010 р.) і в середньому становив $3,31 \pm 0,80$ на 100 тис. населення, вірогідно перевищуючи показники серед дитячого населення ($t=4,37$; $p<0,005$) [6].

За даними Центру медичної статистики МОЗ України, за 2018 р. в Україні кількість уперше зареєстрованих захворювань на туберкульоз, включно з його рецидивами, становила 26 321, або 62,3 на 100 тис. населення, що на 2,5 % менше, ніж у 2017 р. (63,9 на 100 тис.). Захворюваність на туберкульоз серед дітей, яка тісно пов'язана з туберкульозом у дорослих, також мала тенденцію до зниження — на 4,3 % (із 9,3 до 8,9 на 100 тис. дітей віком до 14 років включно). Показник захворюваності на туберкульоз серед підлітків в Україні зменшився на 18,4 % (із 23,3 до

19,0 на 100 тис. дітей віком 15–17 років включно). Захворюваність на активний туберкульоз у поєднанні з хворобою, зумовленою вірусом імунодефіциту людини, за 2018 р. порівняно з 2017 р. мала тенденцію до зростання — на 3% (із 13,3 до 13,7 на 100 тис. населення). Поширеність туберкульозу (включно з новими випадками та рецидивами) у 2018 р. становила (на 100 тис. населення) в Одеській області 140,6, у Миколаївській області 69,3, у Херсонській області 83,4 [7].

Хворі із зазначеною патологією як джерело збудників інфекцій можуть становити безпосередню загрозу для оточуючих їх осіб, а перебіг епідемічного процесу туберкульозу та ІПСШ значною мірою зумовлюється рівнем соціально-економічного розвитку суспільства.

В Україні основний тягар обов'язків у протидії соціальним і хронічним хворобам покладено на органи та установи, що підпорядковуються Міністерству охорони здоров'я. Інші ж органи державної влади лише опосередковано виконують передбачені законодавством завдання. Соціальні хвороби становлять суттєву загрозу добробуту населення в світі та тягар для систем охорони здоров'я взагалі. Наслідками багатьох з них є непрацездатність (тимчасова або стійка), фінансові витрати на профілактику, курацію, реабілітацію. Зазначена група хвороб негативно впливає на якість і тривалість життя, а також є причиною передчасних смертей [8].

Протягом останніх років в українській системі охорони здоров'я взагалі та в системі протидії соціальним і хронічним хворобам зокрема загострилася проблема фрагментації медичної допомоги. Суть проблеми полягає в недостатній взаємодії окремих медичних служб (служби ВІЛ, інфекційних хвороб, фтизіатрії, гепатоцентрів, шкірно-венерологічних диспансерів, наркодиспансерів тощо). Зазначеним службам притаманна недостатня взаємодія та спрямованість на досягнення кінцевого клінічного та соціоекономічного результату, який би задовольняв як пацієнта, так і державу, яка одночасно є замовником та надавачем медичних послуг. Втрати часу в системі виникають «на стиках» між окремими галузями та видами медичної допомоги. Так, пацієнти з хронічними хворобами на тривалий час залишаються поза увагою лікарів, що майже завжди призводить до погіршення стану їхнього здоров'я та створює додаткові витрати.

Для розвинених західних країн фрагментація діяльності медичних служб стала серйозним викликом системі управління охороною здоров'я. Подолання фрагментації, формування інтегрованої системи охорони здоров'я є самостійним напрямом державної політики в окремих країнах [9].

Українській системі надання медичної допомоги також притаманні процеси з переважанням фрагментації. Водночас слід віддати належне провідним українським вченим В. А. Огнєву, В. М. Лехан, Г. О. Слабкому, які виконують істотну роботу в напрямку вивчення інтеграції в охороні здоров'я.

Слід акцентувати увагу, що саме перший з наведених ВООЗ в стратегії «Здоров'я-2020» пріоритетів безпосередньо стосується створення орієнтованих на людину та інтегрованих служб охорони здоров'я [10].

Інтеграція медичної допомоги певним чином є протиположною відокремленості лікувальних закладів, що належить до одного краю континууму з найменшою співпрацею. Інтеграція — поєднання частин роботи або послуг — належить до протилежного краю з найбільшою співпрацею та координацією [11].

Поняття інтеграції сягає корінням у теорію систем, що досліджує процеси об'єднання організаційно-виробничих структур та пов'язані з цим зміни в системах управління. У найбільш загальному вигляді інтеграція визначається як «якість співпраці між підрозділами, яким необхідно об'єднати зусилля відповідно до вимог зовнішнього середовища». Ідея інтеграції в галузі охорони здоров'я спрямована на формування єдиної системи, що забезпечує максимальне задоволення справедливих потреб населення в медичній допомозі, безперервність і високий стандарт якості її надання [12].

Інтегрована допомога, за визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (2002), — це концепція надання медичної допомоги, що забезпечує координованість дій окремих постачальників медичних послуг із метою досягнення ефективності, поліпшення якості та підвищення рівня задоволеності користувачів і постачальників медичної допомоги, забезпечення безперервності процесу надання медичної допомоги та розширення прав і можливостей споживачів послуг.

Комплексна допомога доволі часто протиставляється фрагментарному та епізодичному догляду, і вона використовується синонімічно для таких термінів, як скоординована допомога та безперебійний догляд. Однак не існує уніфікованого визначення або загального концептуального розуміння поняття «інтегрована допомога», що, ймовірно, є результатом «поліморфної природи самої комплексної допомоги» [13].

Виходячи з різноманітності поглядів і концепцій, з літератури можна виділити основне визначення на основі процесу, яке застосовується багатьма національними урядами для розуміння різних компонентів інтегрованої допомоги. Інтеграція — це цілісний набір методів та моделей фінансування, адміністрування, організації, надання послуг на клінічному рівні, що покликані створити зв'язок, узгодження та співпрацю в секторах лікування та допомоги. Мета цих методів та моделей — підвищити якість обслуговування та якість життя, задоволеність споживачів й ефективність системи для людей шляхом скорочення кількості послуг, постачальників і налаштувань. Це визначення поєднує інтегровану допомогу з якостями координації догляду як постійний процес підтримки протягом часу, але, в першу чергу, обмежений в межах сфери охорони здоров'я. Визначення справедливо описує складність і міжгалузевий характер інтегрованої допомоги та має перевагу в тому, щоб розрізнити інтеграцію, тобто процес, за допомогою якого фахівці та організації збираються разом, та інтегровану допомогу, що розуміється як результат, який відчувають користувачі послуг. Однак визначення є скоріше механістичним, оскільки інтегрований догляд розглядається як сукупність взаємозв'язаних процесів, а не як те, що має певне значення або значення для кінцевого споживача [14].

В охороні здоров'я багатьох країн Європейського Союзу та Сполучених Штатів Америки триває пошук організаційно-економічних механізмів інтеграції роботи окремих медичних служб для забезпечення безперервності, наступності лікування і досягнення на цій основі внутрішньосистемної економії та більш високих клінічних результатів роботи галузі в цілому [15].

Сьогодні набули поширення два підходи скоординованого надання послуг:

1) інтегрована медична та медико-соціальна допомога (K. Leichsenring) [16];

2) інтегроване ведення хвороб (E. Nolte) [17].

Щодо міжнародних джерел фінансування, основним з яких в Україні став Глобальний Фонд, основні витрати сконцентрувалися на профілактичних заходах, виконавцями яких є регіональні неурядові організації (профілактика ВІЛ-інфекції серед уразливих груп населення, психосоціального супровід програм замісної підтримувальної терапії тощо). Меншою мірою фінансувалися протягом досліджуваних років лікувальні заходи: препарати антиретровірусної терапії (АРТ); діагностика та лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом; лабораторний супровід

АРТ, організаційні заходи (з адміністрування та програмного менеджменту для партнерських неурядових організацій) — лише у 2013–2014 рр. [18].

Перший серйозний підхід до концептуалізації інтеграції охорони здоров'я міститься в роботах Н. О. Семашка — першого наркома охорони здоров'я СРСР. У моделі Семашка, серед інших, виділяються такі найважливіші елементи інтегрованої медичної допомоги: відповідальність певного лікаря за стан здоров'я пацієнта; принцип спільної роботи лікарів різних спеціальностей в рамках клініки; багаторівнева система надання медичної допомоги та визначення «маршрутів» руху пацієнтів за рівнями надання медичної допомоги; формування інформаційної взаємодії між медичними службами [19].

Головним інтегратором в системі надання допомоги в зв'язку з соціальними і хронічними хворобами має бути лікар-координатор кожного пацієнта (Comprehensive Case Management), який не тільки лікує сам, а й організовує і координує медичну допомогу на інших етапах її надання [20]. Він здійснює постійний нагляд за ефективністю лікування, забезпечує спадковість лікування на різних його етапах. Центральні ідеї теоретичної моделі Семашка, що лягли в основу системи охорони здоров'я, що аж до 70-х рр. минулого століття функціонувала як інтегрована і продемонструвала певну ефективність у боротьбі з захворюваннями при вкрай низькому фінансуванні системи охорони здоров'я, можуть бути модифіковані та екстрапольовані у вигляді багатопрофільної організації медичної допомоги пацієнтам із соціальними та хронічними хворобами з урахуванням координуючої функції лікаря-координатора. У сучасній науковій літературі виділяються характеристики інтеграції охорони здоров'я стосовно різних його систем. Для особливо фрагментованої системи охорони здоров'я США відомий американський економіст А. Ентховен виділяє такі атрибути інтегрованих систем:

- а) командна робота, орієнтована на зв'язок з іншими ланками надання медичної допомоги і досягнення кінцевого результату ведення хворого;
- б) координація та обмін інформацією між лікарями різних спеціальностей;
- в) вимір діяльності окремих служб і звітність за результати;
- г) ведення обліку руху пацієнта за постачальниками послуг, а також стану хворого і обсягу отриманих ним послуг [21].

М. Штіфель і співавт. вважають важливими характеристиками інтеграції:

а) відповідальність групи постачальників медичних послуг за здоров'я певних когорат насе-

лення (ключових груп населення); б) робота з фіксованим бюджетом для пацієнтів, які постійно отримують послуги, що створює сильні стимули до пошуку внутрішньосистемних джерел економії; в) введення в систему «інтегратора» — медичної організації або лікаря-координатора, які беруть на себе відповідальність за надання медичної допомоги для певної групи населення; г) навчання хронічно хворих, постійна комунікація з ними; д) перехід від індивідуальної лікарської практики до багатопрофільних форм надання спеціалізованої допомоги із залученням фахівців у межах клініки та у тісній кооперації з іншими лікарняними службами [22].

Дж. Халворсан робить наголос на більш ефективному обміні інформацією між постачальниками медичних послуг [23]. Має бути визначена за основу роль лікаря-координатора як «керівника» кейса пацієнта (case-keeper), що направляє хворих до вузьких спеціалістів і на шпиталізацію (на противагу менш ефективної та більш вартісної моделі прямого звернення до фахівця). Такий лікар має діяти як «агент» пацієнта, організовуючи високотехнологічні зв'язки в багаторівневій системі охорони здоров'я. Накопичено емпіричні дані про те, що в країнах з досвідченим лікарем-координатором, який виконує функції «менеджера пацієнта» в системі охорони здоров'я, більше уваги приділяється питанням спільної роботи і наступності лікування [24]. Крім того, відома закономірність: у багатопрофільних клініках, де за кожного пацієнта «відповідає» конкретний лікар і він же координує направлення до інших вузьких спеціалістів, обсяги вартісної стаціонарної допомоги, як і загальні витрати на медичну допомогу, нижчі [25].

З огляду на зазначене вище, існує підґрунтя констатувати наявність тривалого порушення прав та інтересів громадян України, в тому числі тих, які мешкають в Причорноморському регіоні, у сфері боротьби із соціальними та хронічними хворобами.

До них можна включити:

— порушення основоположного принципу безоплатності надання медичної допомоги для населення, низький рівень матеріально-технічного забезпечення лікувальних установ, обмеженість фінансування програм за кошти державного та місцевих бюджетів;

— впровадження неефективних для умов епідемії в Україні стандартів подолання соціальних і хронічних хвороб, руйнування системи медичної допомоги, яка традиційно склалася в Україні, неоптимізованість мережі закладів для ліку-

вання хворих на туберкульоз, гепатити, ВІЛ та інші ІПСШ, закриття значної кількості лікарень, диспансерів, санаторіїв, недоступність медичної допомоги, особливо в сільській місцевості;

— відсутність дієвої державної системи санітарної просвіти та національної програми інформування населення про соціальні та хронічні хвороби, їхні симптоматику, профілактику і лікування;

— кадровий дефіцит і неадекватна епідемічній обстановці в країні кадрова політика та система підготовки й підвищення кваліфікації кадрів.

Загальний принцип розробки та удосконалення нормативно-правових актів у сфері протидії соціальним та хронічним хворобам і повноцінного контролю епідемій в Україні має передбачати поєднання трьох факторів: загальних законодавчих (конституційних) норм, програмних завдань і ресурсного забезпечення.

Законодавство, нормативна база і програмні завдання у сфері боротьби з соціально-залежними інфекційними хворобами потребують стратегічного бачення розвитку та мають будуватися на базових принципах, яких вимагає специфіка цих хвороб: ефективна профілактика, своєчасне виявлення хворих та повне (з мінімальним ризиком рецидиву) їхвилікування [26]. Системність передбачає взаємодію різних галузей народного господарства, суб'єктів різних організаційно-правових форм, координацію цієї роботи на міжгалузевому рівні [27].

Метою законодавства у сфері боротьби з соціальними та хронічними хворобами має бути:

— забезпечення захисту прав хворих;

— захист населення від соціальних і хронічних хвороб шляхом запобігання їхньому виникненню та розповсюдженню;

— забезпечення вжиття державними органами влади заходів з контролю за соціальними і хронічними хворобами й координації діяльності цих органів.

У рамках контролю за соціальними та хронічними хворобами, який полягає у зменшенні захворюваності, поширеності та летальності, метою відповідних нормативно-правових актів має бути запобігання передачі інфекцій та наступного розвитку хвороб. Законодавство має передбачати заходи щодо забезпечення:

— реєстрації та звітності;

— здійснення скринінгу для виявлення випадків інфікування та захворювання серед тих, хто мав безпосередній контакт з хворим;

— виявлення та початку лікування випадків заразних форм соціальних і хронічних хвороб якомога раніше після появи симптомів;

- отримання хворими адекватного лікування;
- захисту неінфікованих осіб від інфекції та запобігання розвитку хвороби шляхом проведення профілактичного лікування визначених груп інфікованих осіб.

В умовах епідемій, які тривають на фоні економічної кризи та соціальної нестабільності в Україні, що сприяє поглибленню пов'язаних з епідеміями проблем, спеціалізована служба і програмний комплекс законодавчих і спеціальних заходів, розрахованих на стабілізацію рівня поширеності хвороб і його подальше зниження, безумовно, мають бути істотно посилені та ґрунтуватися на таких положеннях: дотримання демократичних принципів у суспільстві регулюється законодавством, проте практика застосування правових засад у різних спеціальних галузях має коректуватися не тільки фахівцями сфери державного управління, юриспруденції і права, але й професійними експертами, у даному випадку — з організації та управління охороною здоров'я. Наявний комплекс законодавчих і правових норм щодо профілактики соціальних та хронічних хвороб має бути орієнтований на запозичення передових міжнародних норм і рекомендації міжнародних неурядових організацій, враховувати позитивний вітчизняний досвід.

Соціальна, правова держава, якою є Україна, безумовно, зобов'язана захищати життя і здоров'я громадян. В умовах, коли епідемії становлять загрозу національній безпеці, максимальна кількість базових заходів з протидії епідеміям має носити законодавчо закріплений обов'язковий характер.

Так, зокрема, законодавче планування, регулювання, бюджетне фінансування і контроль за виконанням комплексу заходів мають бути пріоритетною функцією держави і впроваджуватися у форматі загальнонаціонального проекту. У надзвичайних умовах потрібне не зниження, а значне збільшення бюджетних асигнувань усіх рівнів, для чого необхідна політична воля. Аргументи про високу збитковість заходів у наявній ситуації в соціально-орієнтованій державі не можуть братися до уваги. Для фінансування цих заходів можуть і повинні залучатися додаткові кошти, у тому числі за рахунок підвищення соціальної відповідальності приватного бізнесу, проте основою має бути державне бюджетне фінансування в достатньому обсязі. Значно підвищити реальні можливості фінансового забезпечення цієї (разом з іншими) сфери здатна була б повноцінна система медичного страхування, адаптована до реальних можливостей громадян.

Запорукою успіху боротьби з соціальними та хронічними хворобами є збереження диспансерного принципу обслуговування контингенту хворих, диспансерних груп підвищеного ризику захворювання і рецидиву. Найважливішими елементами цього принципу є персональний облік (бажано — Національний електронний реєстр), якісний контроль за ходом лікувального процесу і його ефективністю. Нівеляція ролі спеціалізованої диспансерної служби, як це спостерігається нині, неприпустима. Децентралізація цього виду допомоги, передача його функцій первинній лікувальній мережі призводитиме до ситуацій, коли ніхто не відповідатиме за стан здоров'я конкретних хворих. Співпраця із лікарями первинної ланки, лікарями приватної практики, соціальними службами та громадськими організаціями на етапі виявлення хворих є обов'язковою умовою.

Після системних широкоохоплюючих і компетентних роз'яснювальних кампаній слід домагатися якнайповнішого залучення громадян до профілактичних обстежень і законодавчо закріпити їхню обов'язковість не тільки для груп ризику і декретованих контингентів, а для всього населення.

Удосконалення організаційних засад запобігання соціальним і хронічним хворобам

Питання належної інформованості та посилення аналітичної роботи у сфері протидії соціальним і хронічним хворобам потребують більш системного підходу до їхнього вирішення. У кінцевому підсумку формування стратегії та тактики перш за все залежить від наявності відповідного інформаційного ресурсу, що дозволяє не лише визначити перспективи такої діяльності, а й реалізувати конкретні необхідні заходи та оцінити їхню дієвість. Водночас не менш важливим слід визнати і здійснення відповідної аналітичної роботи з урахуванням потенційних і наявних можливостей кожного із суб'єктів, задіяних у сфері соціальних та хронічних хвороб. При цьому слід мати на увазі два ключових, на наш погляд, аспекти. Перший стосується необхідності акумулювання в єдиному органі всього спектра інформації щодо певної когорти хвороб. Другий передбачає забезпечення об'єднання зусиль усіх відповідних державних органів, у тому числі і в контексті вирішення стратегічних і тактичних завдань [28].

Тим же часом, на наш погляд, розв'язання проблеми можливе трьома варіантами.

Перший варіант пропонує продовження застосування існуючого підходу до розв'язання

проблеми соціальних і хронічних хвороб, який передбачає виконання затверджених комплексних заходів з обмеженим фінансуванням та відсутністю очікуваних результатів. Однак такий підхід не сприяє належному розв'язанню проблеми в цілому.

Другий варіант розв'язання проблеми передбачає створення програм з профілактики, діагностики та лікування соціальних і хронічних хвороб з визначенням пріоритетних заходів фінансування, покладання функції координації та виконання заходів програми на комунальні заклади охорони здоров'я. З огляду на складний соціально-економічний стан та проведення реформування системи охорони здоров'я, досягнення цілей зазначеної стратегії в повному обсязі є нереалістичним.

Третій, оптимальний варіант, передбачає мультисекторальний підхід до розв'язання проблеми шляхом створення системи безперервного надання доступних і якісних послуг з профілактики, діагностики та лікування, насамперед серед представників груп підвищеного щодо інфікування ризику, з пріоритетним фінансуванням та належною координацією. Такий підхід має здійснюватися у межах реформування системи охорони здоров'я шляхом розробки і затвердження програми, розробленої на підставі державної соціальної програми, об'єднання зусиль державних і комунальних медичних, соціальних та наукових установ, бізнес-структур, громадських й релігійних організацій в її реалізації та за умови пошуку додаткових механізмів фінансування, незаборонених державою.

Особливу увагу слід приділити посиленню профілактики інфекцій та інфекційного контролю, включаючи безпеку ін'єкцій в установах охорони здоров'я, а саме постійне дотримання запобіжних заходів інфекційного контролю та ін'єкційної безпеки, включаючи забезпечення гігієни праці в установах охорони здоров'я та в рамках місцевих громад, сприятиме зниженню показників передачі вірусного гепатиту та багатьох інших інфекцій. Найважливішим завданням залишається скорочення кількості ін'єкцій, що не спричинені необхідністю, поряд з навчанням персоналу безпечної техніці ін'єкцій, а також ефективній утилізації колючих та ріжучих інструментів і відходів.

Способи впровадження змін:

— розробка і затвердження дієвої державної програми з профілактики, діагностики та лікування соціальних і хронічних хвороб з визначенням пріоритетних заходів фінансування;

— оптимізація системи надання медичної допомоги і соціальних послуг, забезпечення професійної підготовки кадрів (сімейних лікарів, працівників спеціалізованих служб і закладів, які надають послуги представникам груп підвищеного ризику щодо інфікування соціальними та хронічними хворобами, їхнім партнерам і хворим);

— забезпечення доступу населення до послуг тестування та проведення подальшої діагностики;

— забезпечення пріоритетності охоплення лікуванням;

— посилення профілактичних форм роботи та заходів стосовно представників груп підвищеного ризику щодо інфікування з метою зниження темпів поширення інфекцій;

— набуття пріоритетної ролі центрів первинної медико-санітарної допомоги в організації виявлення інфікованих та забезпечення дотримання «маршрутів пацієнта»;

— забезпечення взаємодії обласних і місцевих органів виконавчої влади під час профілактичних заходів;

— запровадження моніторингу за реалізацією заходів та очікуваних результатів;

— залучення громадських організацій до надання представникам груп підвищеного ризику щодо інфікування і хворим послуг з профілактики, лікування, догляду та психосоціальної підтримки;

— розроблення та здійснення заходів і проєктів, спрямованих на пошук донорських коштів;

— запровадження постійного соціального діалогу між державною адміністрацією, роботодавцями, профспілками, бізнес-структурами, громадськістю з метою втілення цілеспрямованої політики з питань профілактики соціальних і хронічних хвороб в дію.

За приклад для України можна взяти організацію медичної допомоги ВІЛ-інфікованим у США, яку забезпечує Національний центр з ВІЛ, ІПСШ та профілактики туберкульозу, який створено в 1994 р., щоб об'єднати більшість видів діяльності з профілактики ВІЛ у рамках єдиної організаційної структури, спрямованої також на боротьбу із ІПСШ та туберкульозом. У 2006 р. в складі центру створено відділ вірусних гепатитів, який було перейменовано на Національний центр з ВІЛ/СНІД, вірусних гепатитів, захворювань, що передаються статевим шляхом, і туберкульозу (National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention, NCHHSTP). Об'єднаний центр робить акцент на роботі з контингентами

населення підвищеного ризику, зокрема жінок секс-бізнесу, чоловіків, що мають секс із чоловіками, та споживачів ін'єкційних наркотиків. Сьогодні NCHHSTP є одним з великих центрів у складі Центрів з контролю та запобігання захворюванням (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) з бюджетом приблизно 1 млрд доларів. Співробітники Центру активно співпрацюють з урядовими та громадськими організаціями на рівні місцевих громад, штатів, загальнонаціональному та міжнародному рівнях [29].

Запобігання соціальним та хронічним хворобам та реалізації нормативних правових актів на практиці покликані сприяти також економічні та фінансові механізми, які необхідно враховувати вже в процесі розроблення законопроектів, зокрема, при визначенні обсягу і джерел фінансових коштів, необхідних для виконання намічених у законах заходів. Невиконання цього принципу призводить до того, що деякі закони або статті законів не можуть вступити в дію. Обов'язково має бути запроваджено постійний соціальний діалог між державною адміністрацією, роботодавцями, профспілками, бізнес-структурами, громадськістю з метою втілення цілеспрямованої політики з питань профілактики соціальних і хронічних хвороб в дію.

Реалізація на практиці системи безперервної медичної освіти допоможе працівникам охорони здоров'я мати необхідний теоретичний і практичний потенціал, який відповідає сучасному рівню розвитку медичної науки і практики. У кінцевому рахунку успішна реалізація системи безперервної медичної освіти щодо профілактики сприятиме поліпшенню якості профілактичної роботи та її ефективності. Важливим аспектом формування навчальних програм безперервної медичної освіти з питань профілактики є обґрунтування їхнього змісту, термінів навчання, місця проведення, визначення методів, цільових груп, критеріїв оцінки, мотиваційних механізмів тощо [30].

Створення нової інтегрованої системи організації допомоги хворим на хронічні та соціальні хвороби у вигляді Одеського обласного науково-практичного центру лікування та запобігання захворюванням, що передаються статевим шляхом, ВІЛ/СНІД, вірусних гепатитів, і туберкульозу Департаменту охорони здоров'я Одеської обласної державної адміністрації може вивести на більш сучасний рівень допомогу пацієнтам завдяки застосуванню автоматизованої системи адміністрування процесу надання медичної допомоги на підставі обробки великих масивів статистичних даних, що дозволить у режимі on-line

отримувати необхідну інформацію і своєчасно приймати управлінські рішення, а також надавати методичну допомогу філіям зазначеного центру. Одним з ключових моментів роботи Центру має стати пошук сучасних механізмів профілактики поширення ІПСШ (у тому числі ВІЛ, гепатитів, сифілісу, гонореї тощо) та туберкульозу в Причорноморському регіоні, розробка і впровадження нових управлінських і господарських рішень. Частиною стратегії розвитку Центру ми бачимо подальше вдосконалення і зміцнення досягнутих результатів реалізації профілактичних програм. Таким чином, модернізація системи допомоги хворим на соціальні та хронічні хвороби дозволить зберегти державні гарантії громадян на спеціалізовану якісну медичну допомогу.

Висновки

1. Одним з актуальних завдань, що стоять перед Україною як сучасною державою і суспільством, є підвищення рівня громадського здоров'я та удосконалення (підвищення) його ефективності. У деяких напрямках розв'язання цих завдань суттєво залежить від законодавства у галузі охорони здоров'я. Положення багатьох з прийнятих законів не діють або діють слабо. Проблема дієвості законів, підвищення віддачі від них характерна для багатьох галузей законодавства, включно з охороною здоров'я громадян.

2. В Україні є низка нормативно-правових актів, що потребують перегляду, доопрацювання і переробки; вдосконалення їх можливе лише при появі нових наукових даних, які потрібно буде внести у клінічні протоколи.

3. Ситуація, що склалася у сфері боротьби з соціальними та хронічними хворобами, примушує констатувати суттєву неузгодженість між спеціальним законодавством і конституційними вимогами, між підзаконними актами і законодавством. Розв'язання існуючих проблем хворих, у тому числі на законодавчому рівні, має включати забезпечення раціонального інтегрованого контрольованого лікування усіх хворих на належному рівні у стаціонарах і на амбулаторному етапі, вирішення кадрових питань, створення національного та регіональних реєстрів і забезпечення моніторингу ситуації; усунення недоліків щодо виявлення хворих; зміцнення матеріально-технічної бази лікувальних закладів.

4. Значний обсяг наукових досліджень має бути присвячено пошуку напрямів і механізмів інтеграції з урахуванням специфіки української національної системи охорони здоров'я та має бути поставлено завдання щодо формування ін-

тегрованої системи охорони здоров'я, заснованої на тісній взаємодії окремих медичних служб, забезпеченні безперервності спостереження за пацієнтами та послідовності лікування на різних етапах медико-соціального циклу.

5. Характеристики інтеграції, що висвітлені нами в роботі та іншими авторами, часто збігаються (практично всі дослідники відзначають центральну роль лікаря-координатора), але частіше розрізняються, відбиваючи широкий спектр особливостей національних систем охорони здоров'я. Грунтуючись на ідеях Семашка і деяких роботах західних дослідників, є сенс розробити аналітичну модель інтеграції охорони здоров'я, яка має за мету розбудову підґрунтя для емпіричних оцінок рівня фрагментації / інтеграції системи охорони здоров'я. Ця модель може містити три важливих характеристики інтеграції:

1) спільна робота лікарів різних служб та соціальних працівників/неурядових організацій;

2) чітка координація дій персоналу усередині багатопрофільної клініки;

3) спадковість надання медичної допомоги між фахівцями усіх рівнів.

6. Мультисекторальний підхід до розв'язання проблеми створенням системи безперервного комплексного надання якісних і доступних послуг з профілактики, діагностики і лікування, з належною координацією та пріоритетним фінансуванням має здійснюватись у межах реформування системи охорони здоров'я шляхом розробки і затвердження програми, розробленої на підставі державної соціальної програми, об'єднання зусиль державних і комунальних медичних, соціальних і наукових установ, бізнес-структур, громадських і релігійних організацій в її реалізації та за умови отримання додаткових механізмів фінансування, не заборонених державою.

7. З огляду на існуючі світові тренди в галузі охорони здоров'я та наукові надбання, отримані під час виконання роботи, з метою запобігання розповсюдженню та сприяння якісному лікуванню пацієнтів з соціальними та хронічними хворобами, доцільним виглядає впровадження в систему охорони здоров'я моделі інтегрованих послуг, яка передбачатиме надання усього комплексу профілактичних, діагностичних та лікувальних послуг в галузі соціальних і хронічних хвороб в одному лікувальному закладі.

Ключові слова: здоров'я, система охорони здоров'я, реформування, соціальні і хронічні хвороби, Причорноморський регіон.

ЛІТЕРАТУРА

1. Національна стратегія побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2025 рр., м. Київ, листопад 2014 р. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://healthsag.org.ua/wp-content/uploads/2014/11>. Назва з екрана.
2. Лехан В. М., Волчек В. В., Крячкова Л. В., Кий-Кокарева В. Г. Інтеграція медичної допомоги як технологія підвищення ефективності системи охорони здоров'я. *Економіка і право охорони здоров'я*. 2016. № 1 (3). С. 5–11.
3. WHO Regional Office for Europe. Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/199536/Health2020_-_Short.pdf?ua=1).
4. WHO Regional Office for Europe. European strategic directions towards Health 2020 goals. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015.
5. Методичні рекомендації щодо оцінювання державної політики у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу: регіональний вимір / С. М. Серьогін, В. М. Лехан, О. Б. Петряєва та ін. Дніпропетровськ: ДРІДУ НАДУ, 2007. 36 с.
6. Перебіг епідемічного процесу соціально небезпечних хвороб на півдні України / О. В. Козишкурт, К. О. Талалаєв, М. І. Голубятников та ін. *Вісник проблем біології і медицини*. 2018. Вип. 3 (145). С. 62–67.
7. Центр громадського здоров'я МОЗ України. Статистика з туберкульозу. Електронний ресурс — Режим доступу: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/tuberkuloz/statistika-z-tb>.
8. Сергєєва Т. А. Епідеміологічні аспекти соціально значущих інфекцій / Т. А. Сергєєва, Ю. В. Круглов, О. В. Максименко та ін. *Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія*. 2016. № 4 (93). С. 1828.
9. Шевский В. И., Шейман И. М. Проблемы формирования интегрированной системы здравоохранения. *Вопросы государственного и муниципального управления*. 2013. № 3. С. 24–43.
10. WHO. WHO global strategy on people-centred and integrated health services. 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/155002/1/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf?ua=1).
11. Grone O., Garcia-Barbero M. Trends in integrated care — reflections on conceptual issues. Copenhagen: WHO, 2002. 164 p. EUR/02/5037864.
12. Ham C. Payment systems and incentives to support integrated care. 11 April 2013. Electronic resource. The King's Fund. 22 p. Access mode: <http://www.integratedcarefoundation.org>. Title from screen.
13. RAND Europe. National Evaluation of the Department of Health's Integrated Care Pilots. Cambridge: RAND Europe; 2012.
14. Shaw S., Rosen R., Rumbold B. What is integrated care? An overview of integrated care in NHS. Nuffield Trust; 2011 (http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/what_is_integrated_care_research_report_june11_0.pdf).
15. Rice J. Integrated care delivery models: insights from USA and Europe. Seminar at Research University — High School of Economics, 27 June, 2011. Brussels, 2011. 26 p.
16. Leichsenring K. Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. *International Journal of Integrated Care*. 2004. № 4. P. 10–19.
17. Nolte E., McKee M. Caring for people with chronic conditions. A health system perspective. Open University Press, 2008. 253 p.

18. Миронюк І. С., Гудюк Н. А., Білак-Лук'янчук В. Й. Результати дослідження з оцінки витрат на протидію ВІЛ-інфекції/СНІДу в Закарпатській області у 2011–2014 роках. *Економіка і право охорони здоров'я*. 2016. № 1 (3). С. 26–33.
19. Семашко Н. А. Очерки по теории организации советского здравоохранения: принципиальные основы советского здравоохранения. Москва: АМН РСФСР, 1947.
20. Brennan-Ing M., Seidel L., Rodgers L., Ernst J., Wirth D., Tietz D. et al. The Impact of Comprehensive Case Management on HIV Client Outcomes. *PLoS ONE*. 2016. № 11 (2). P. e0148865. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148865>.
21. Enthoven A. Integrated Delivery Systems: The Cure for Fragmentation. *The American Journal of Managed Care*. 2009. P. 284–290.
22. Matthew Stiefel, Kevin Nolan. Measuring the Triple Aim: A Call for Action. *Population Health Management*. 2013. Vol. 16, No. 4. <https://doi.org/10.1089/pop.2013.0025>.
23. Halvorson George C. Health Care Will Not Reform Itself: A User's Guide to Refocusing and Reforming American Health Care. CRC Press. New York, 2009. 160 p.
24. Cristiane Spadacio. The new sociology of the health service. *Ciencia & saude coletiva*. 2014. Vol. 19, no. 4 Rio de Janeiro abr. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014194.09452013>.
25. Расширение потребительского выбора в здравоохранении: теория, практика, перспективы / Н. В. Бондаренко, Д. Н. Красильникова, А. Е. Чирикова и др.; отв. ред. И. М. Шейман, С. В. Шишкин. Москва: ИД ВШЭ, 2012. 262 с.
26. Авербух Л. Г., Поздняков С. В., Недужко О. О., Славіна Н. Г. Про нормативно-правове регулювання протитуберкульозних заходів на сучасному етапі. *Інфекційні хвороби*. 2010. № 3. С. 70–81. Електронний ресурс — Режим доступу: http://interhealth.org.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=148:2010-12-23-14-48-05&catid=37:2008-10-16-06-58-18&Itemid=28 — заголовок з екрану.
27. Шатковська Д. М. Запобігання соціально небезпечним захворюванням: проблеми підвищення дієвості законодавства. *Публічне право*. 2014. № 3. С. 61.
28. Лавриненко О. О. Адміністративно-правове регулювання профілактичної діяльності у сфері охорони здоров'я: дис. ... канд. юрид. наук / О. О. Лавриненко. Київ, 2015. С. 128.
29. Степаненко В. І., Короленко В. В. Структура організації надання дерматологічної та венерологічної допомоги у провідних країнах світу в аспекті перспектив реформування дерматовенерологічної служби в Україні. *Український журнал дерматології, венерології, косметології*. № 1 (44). 2012. С. 14.
30. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2014 рік / за ред. О. Квіташвілі; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». Київ, 2015. С. 195–196.

Надійшла до редакції 12.02.2019

Рецензент д-р мед. наук, проф. М. І. Голубятніков,
дата рецензії 14.02.2019

*Передплатуйте
і читайте
журнал*

ІНТЕГРАТИВНА АНТРОПОЛОГІЯ

У ВИПУСКАХ ЖУРНАЛУ:

**Передплата приймається
у будь-якому
передплатному пункті**

Передплатний індекс 08210

- ◆ Методологія інтегративних процесів
- ◆ Генетичні аспекти біології та медицини
- ◆ Патологічні стани і сучасні технології
- ◆ Філософські проблеми геронтології та гериатрії
- ◆ Дискусії