

ЛЕКЦІЯ 4.

МОНІТОРИНГ ФУНКЦІОНУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ ТА ЗА КОРДОНОМ

Винятково важливим для галузі є вивчення динаміки стану здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я. За своєю структурою та характером функціонування охорона здоров'я належить до складних відкритих динамічних систем, управління якими потребує ефективного зворотного зв'язку, тобто постійного оперативного забезпечення інформацією від об'єктів управління. Тільки маючи об'єктивну інформацію про результати реформування галузі, можна оцінювати його ефективність, розробляти заходи щодо його коригування. З цією метою впроваджено моніторинг функціонування системи охорони здоров'я.

Аналіз вітчизняних літературних джерел за останні 5 років показав, що моніторинг функціонування системи охорони здоров'я в Україні проводиться за 4 напрямками: 1) моніторинг складових системи охорони здоров'я та їх науковий супровід; 2) моніторинг здоров'я населення, постраждалого внаслідок аварії на ЧАЕС; 3) моніторинг виконання міжнародних, державних та регіональних цільових програм в галузі охорони здоров'я; 4) моніторинг демографічних процесів.

1. Моніторинг складових системи охорони здоров'я та їх науковий супровід

Моніторинг складових системи охорони здоров'я та їх науковий супровід здійснює Український інститут громадського здоров'я. Результати зазначеного моніторингу знаходять своє відображення, насамперед, у щорічних доповідях про стан здоров'я населення України та діяльність закладів охорони здоров'я і профільному журналі "Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України". Зазначені літературні джерела містять матеріали аналізу медико-демографічної ситуації в країні, стану здоров'я населення за показниками захворюваності і поширеності хвороб серед різних статевих-вікових груп, інвалідності і смертності, особливостей стану здоров'я постраждалих від наслідків аварії на ЧАЕС. Висвітлюються тенденції та закономірності формування здоров'я, зокрема діяльність закладів охорони здоров'я, яка спрямовується на оздоровлення умов побуту і праці, профілактику та діагностику захворювань, лікування та реабілітацію хворих.

Представлений всебічний аналіз стану здоров'я населення України щорічно та в динаміці п'ятирічного періоду як результат реалізації програмних документів розбудови галузі, виконання поставлених перед медичною сферою завдань. Проаналізовано показники діяльності закладів охорони здоров'я на різних рівнях надання медичної допомоги, стан медичного обслуговування сільського населення, діяльність санітарно-епідеміологічної служби.

В окремих розділах відображено етапи формування нормативно-правової бази, стан інтеграції законодавства України з питань охорони здоров'я до законодавства Європейського Союзу, розбудову економічних засад медичної сфери, її ресурсного забезпечення. Значну увагу приділено таким стратегічним напрямкам, як пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини, реструктуризація галузі, впровадження сучасних медичних та організаційних технологій в охорону здоров'я, формування здорового способу життя, забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя, інформатизація, наукова та інноваційна діяльність, міжнародне співробітництво. Визначені шляхи вирішення завдань, що стоять перед галуззю, на перспективу [1, 3, 5, 7, 13, 18, 21–26, 29, 30, 34].

Орієнтиром останнього десятиріччя і на подальшу перспективу для вдосконалення політики в галузі охорони здоров'я в Європі є загальноєвропейська політика "Здоров'я для всіх" (ЗДВ). В Україні моніторинг виконання політики ЗДВ здійснюється з 1993 р. За рекомендаціями ВООЗ, близько 80% інформації за більше, ніж 250 індикаторами ЗДВ, збирається в країні в базу даних у межах традиційної статистики, решта – шляхом обстежень

і опитувань населення. Міністерством охорони здоров'я України та Українським інститутом громадського здоров'я, з урахуванням рекомендацій ВООЗ, розроблена анкета із самооцінки здоров'я та якості життя для заповнення респондентами. Вона містить 17 блоків закритих запитань і варіантів можливих відповідей. Запитання спрямовані на визначення рівня освіти, соціального і професійного статусу, матеріального стану, житлових умов, наявності хвороб і патологічних симптомів фізичного розвитку, особливостей харчування, споживання алкогольних напоїв, куріння, фізичної активності, психоемоційного стану, самооцінки здоров'я. У 1997–1999 рр. шляхом анкетування проведено вибіркоче опитування населення міст 19 областей України та Автономної Республіки Крим. У результаті соціологічного опитування отримані дані за 32 індикаторами ЗДВ [14].

2. Моніторинг здоров'я населення, постраждалого внаслідок аварії на ЧАЕС

Аварія на Чорнобильській АЕС за своїми масштабами і кількістю постраждалого населення, а також числом учасників її ліквідації, не має прецеденту. Тому правомірним є проведення моніторингу системи організаційно-методичних заходів протирадіаційного захисту населення. Даний моніторинг проводить Науковий центр радіаційної медицини АМН України за участю інших наукових установ МОЗ та АМН України.

Насамперед слід зазначити, що науковці обґрунтували функціонування Державного реєстру України (ДРУ) як системи інформаційної підтримки наукових досліджень і медичного моніторингу постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи. Розроблена та апробована система виявлення, реєстрації, експертизи та збереження даних про випадки гемобластозів серед ліквідаторів аварії – підреєстр гемобластозів у ДРУ. Вивчено особливості формування показників здоров'я евакуйованого населення як основи удосконалення медичного забезпечення, визначені тактичні підходи до реалізації профілактичних заходів. Запропоновано особливості методології визначення потреби в медичній допомозі потерпілого населення та її диференціації для певних груп первинного обліку і категорій спостереження з урахуванням віково-статевого складу різних категорій населення.

На основі даних про індивідуальні і колективні дози опромінювання контингентів населення, існуючих регламентів межі ефективних доз опромінювання, вченими Наукового центру радіаційної медицини АМН України визначені категорії підвищеного радіаційного ризику. Під час поглибленого медичного обстеження репрезентативних груп дитячого населення, що входять в клініко-епідеміологічний реєстр, визначено показники патологічної ураженості зазначеного контингенту населення. Доведено, що динаміка зміни здоров'я дітей, які постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС, характеризується стійкими негативними тенденціями, особливо серед критичних груп.

Висвітлюється досвід та перспективи щодо мінімізації впливу наслідків Чорнобильської катастрофи на стан здоров'я вагітних жінок та їхніх дітей, захворюваності на рак щитоподібної залози у дітей та підлітків протягом 15 років після аварії на ЧАЕС.

Епідеміологічний аналіз здоров'я дорослого населення, евакуйованого із зони відчуження ЧАЕС, показав високі рівні і зростання в динаміці інвалідності та смертності. На радіаційно забруднених територіях зареєстровано зниження чисельності здорових людей і збільшення – з хронічною патологією.

За матеріалами ДРУ вивчається рівень і динаміка захворюваності на злоякісні новоутворення у ліквідаторів та евакуйованих м. Прип'ять і тридцятикілометрової зони. Проведено протягом 10 років комплексне стаціонарне пульмонологічне дослідження ліквідаторів, які страждають на хронічні неспецифічні захворювання легень. Досліджено імунну систему дітей і дорослих, що проживають на забруднених радіонуклідами територіях.

Висвітлені питання поширеності граничних психічних розладів на радіаційно забруднених територіях, етіопатогенетичні аспекти психічних розладів у віддалений період аварії, підвищений рівень психологічної і соціальної дезадаптації та продовження “чорнобильського синдрому” у постраждалих осіб, медико-соціальні аспекти лікування цереброваскулярних порушень у населення, яке зазнало радіаційного впливу малих доз в

результаті Чорнобильської катастрофи.

Охарактеризовано динаміку і віково-статеві особливості хронічної непухлиної захворюваності евакуйованого населення в період 1988–1998 рр. порівняно з дорослою популяцією України за аналогічний період, визначено оцінку ефектів внутрішньоутробного опромінення дітей внаслідок Чорнобильської катастрофи, аргументовано вплив радіації на стан системи кровообігу постраждалих, можливості мінімізації їх негативної дії. Розроблено методологічний базис дослідження лейкемії та інших гемобластозів серед потерпілих та на його основі проведено аналіз ризиків виникнення захворювань цієї групи серед учасників ліквідації наслідків аварії [9, 11].

3. Моніторинг виконання міжнародних, державних та регіональних цільових програм в галузі охорони здоров'я

Робота за міжнародним проектом “Міста здоров'я” проводиться в Україні з 1994 р. У національну мережу проекту входить 5 міст: Дніпропетровськ, Ужгород, Славутич, Миргород, Ніжин. Про досвід цієї роботи Українським інститутом громадського здоров'я, який є координатором і співвиконавцем проекту, подано інформацію на Міжнародну конференцію “Європейська мережа “Міст здоров'я”, яка відбулася в м. Белфасті, Північна Ірландія, Великобританія, 19–22 жовтня 2003 р. Основним у діяльності проекту було відпрацювання демонстраційної моделі “Міста здоров'я” (м. Славутич), в якій особливу увагу приділено впровадженню технологій підвищення потенціалу індивідуального здоров'я. Використовувалась діагностична інформаційно-аналітична комп'ютерна програма “Паспорт здоров'я”, в основу якої покладено принцип кількісних оцінок “позитивного здоров'я”, що дозволяє визначити потенціал здоров'я людини у взаємозв'язку з умовами і способом життя, призначити план оздоровлення немедикаментозними засобами, впровадити систему моніторингу здоров'я з виходом на створення об'єктивних передумов для управління здоров'ям на індивідуальному, груповому і популяційному рівнях. У процесі роботи було створене інформаційне поле, що характеризує “позитивне здоров'я”, а також визначені чинники, які його формують (спосіб життя, соціально-економічні). Програма “Паспорт здоров'я” впроваджена також в інших мі-стах-учасниках проекту [41].

Україна бере участь у виконанні міжнародної програми CINDI (програма боротьби з основними неінфекційними захворюваннями). У її межах в нашій країні проведено 4 кампанії “Quit and Win” (“Не курити і стати переможцем”), які були організовані програмою CINDI–Україна в тісному співробітництві з обласними центрами здоров'я і Київським міським центром здоров'я. Проведення подібних акцій – тільки одна із складових системи організаційних, економічних, юридичних і медичних заходів у боротьбі з курінням [8].

Найбільш масштабними епідеміологічними дослідженнями в Україні, присвяченими вивченню стану здоров'я, можна вважати ті, що виконувались у межах національної програми “Діти України” (затвердженої Указом Президента України від 18.01.95 163/96), в якій визначено шляхи вирішення проблем охорони здоров'я матерів і дітей в нашій країні. Результати проведених епідеміологічних досліджень в межах цієї програми показали, що негативні показники здоров'я дітей (насамперед дівчаток) ведуть до формування тривожного кола: хвора дівчинка – хвора дівчина – хвора жінка – хвора мати – хвора дитина... Тому першочерговим завданням охорони здоров'я є необхідність розірвати це коло. Це загальна формула індивідуального репродуктивного здоров'я [20].

Найбільш перспективним напрямом зниження захворюваності населення на артеріальну гіпертензію є первинна профілактика, що ґрунтується на виключенні чинників ризику або зменшенні їх впливу. Тому здоровий спосіб життя (ЗСЖ) є найважливішим засобом первинної профілактики артеріальної гіпертензії. Формування у громадян розумного ставлення до власного здоров'я повинно відбуватися за визначеним психологією алгоритмом процесу виховання:

знання > переконання > дії.

Засоби впливу, які використовують медпрацівники у практичній діяльності (бесіди та короткочасні інтервенції з питань ЗСЖ, практичні заняття, інформування населення через

засоби масової інформації тощо), повинні застосовуватись відповідно на індивідуальному, груповому та популяційному рівнях [10].

Передовий досвід Кіровоградської області щодо виконання національної Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні свідчить, що профілактичні заходи призвели до збільшення кількості виявлених хворих на артеріальну гіпертензію та поліпшення якості їх лікування і медикаментозного забезпечення. Так, поширеність гіпертонічної хвороби збільшилась, стабілізувалась смертність від хвороб системи кровообігу, зменшилась смертність від мозкових інсультів у чоловіків працездатного віку, стабілізувались показники виходу на первинну інвалідність серед дорослого населення від хвороб системи кровообігу, спостерігається динаміка зменшення захворюваності з тимчасовою втратою працездатності при гіпертонічній хворобі [2].

У межах комплексної програми “Цукровий діабет” (затвердженої Указом Президента України від 21.05.99 ¹545/99) кардинально вирішена проблема забезпечення хворих на цукровий діабет високоякісним інсуліном вітчизняного та імпортного виробництва. Однак забезпечення пероральними цукрознижуючими засобами становить лише 30 %. Проводиться робота щодо створення кабінетів з навчання хворих самоконтролю своєї хвороби. Фактично в усіх областях України створені районні реєстри хворих на паперових носіях, розроблені всі необхідні комп’ютерні програми для реєстрів, розпочата робота щодо формування Державного реєстру хворих на цукровий діабет I типу. З метою ранньої діагностики цукрового діабету і профілактики його ускладнень в ряді областей запроваджуються кабінети “Діабетичної ступні”, “Діабетичної ретинопатії” тощо. Розроблені стандарти для ранньої діагностики цукрового діабету та його ускладнень [31].

У порядку реалізації Київської міської комплексної програми “Цукровий діабет” створене диспансерне відділення при Київській міській клінічній ендокринологічній лікарні, яке має удосконалити систему диспансерного спостереження та лікування хворих на цукровий діабет. На базі диспансерного відділення відкрита та активно працює школа самоконтролю для хворих. Розроблена та впроваджена в повсякденну практику нова система обліку хворих на цукровий діабет, особливо з інсулінозалежною формою. Для створення міського реєстру хворих заповнені і зібрані карти “Синадіаб”. Підготовлено і проведено ряд тендерів щодо закупівлі інсулінів, чим цілком задовольняється потреба хворих міста в інсулінах необхідних видів [19].

На виконання Указу Президента України від 26.03.2001 ¹203 “Про Національну програму “Репродуктивне здоров’я 2001–2005” розпорядженням Кабінету Міністрів України від 29.03.2002 ¹161-р затверджена концепція безпечного материнства. Впровадження основних положень зазначеної концепції створить базис для вирішення проблем збереження здоров’я населення, протидії демографічній кризі, зниження рівня материнської захворюваності і смертності.

Для досягнення мети благополучного материнства необхідні одночасні дії за наступними напрямками: зниження числа небажаних вагітностей і вагітностей, що супроводжуються високим ризиком; зменшення частоти акушерських ускладнень; зниження рівня смертності серед жінок з ускладненнями; зниження рівня перинатальної патології; зниження частоти малюкової захворюваності і смертності.

Система підготовки професіоналів з проблеми безпечного материнства потребує включення в програми вищих медичних навчальних закладів на етапах дипломної і післядипломної освіти питань збереження репродуктивного здоров’я і статевого виховання підлітків, навчання працівників сфери охорони здоров’я сучасним принципам грудного вигодовування, розробки планів підготовки та перепідготовки сімейних лікарів і середнього медичного персоналу з проблем збереження репродуктивного здоров’я населення [6].

Основоположними принципами Програми профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2001–2003 рр. (затвердженої постановою Кабінету Міністрів України від 11.07.2001 ¹ 790) є: визначення проблеми ВІЛ/СНІДу одним з пріоритетів держави в галузі соціального розвитку і охорони здоров’я; забезпечення міжвідомчого підходу до реалізації профілактичних заходів; адресність заходів із визначенням уразливих щодо інфікування груп, увага до

забезпечення медико-соціальною допомогою людей, у яких діагностовано ВІЛ/СНІД [15].

Згідно з розпорядженням Київської міської держадміністрації від 21.12.2000 '2298 “Про затвердження Програми профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу в м. Києві на 2000–2005 рр.”, Головним управлінням охорони здоров'я та медичного забезпечення м. Києва розроблено ряд важливих нормативних документів з питань удосконалення профілактичної роботи та організації надання медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію та СНІД. В ході реалізації програмних заходів щодо профілактики розповсюдження ВІЛ-інфекції в м. Києві було зосереджено увагу медичних працівників усіх ланок на проблемі своєчасного виявлення в лікувальних закладах хворих на ВІЛ/СНІД. Розвиток та складність епідемічної ситуації в м. Києві призвели до необхідності створення спеціалізованого медичного закладу для надання консультативної, амбулаторної, діагностичної та профільної стаціонарної допомоги населенню міста [35].

Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 20.06.2000 '989 “Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я” Українським інститутом громадського здоров'я створено модель моніторингу реорганізації ПМСД на засадах сімейної медицини. У межах створення цієї моделі було обґрунтовано принципи, програму, методичні підходи та порядок проведення моніторингу, необхідний інструментарій та набір показників для оцінки динаміки і рівня розвитку сімейної медицини в різних регіонах, якості та ефективності надання медичної допомоги населенню на засадах сімейної медицини, опрацьовано систему інформаційно-аналітичної підтримки здійснення моніторингу. Протягом 2001–2002 рр. у вітчизняній медичній галузі відбулися помітні позитивні зрушення в діяльності закладів (підрозділів), що працюють на сімейних засадах [27].

4. Моніторинг демографічних процесів

Науково-дослідний економічний інститут Міністерства економіки та з питань європейської інтеграції України та НДІ соціального захисту населення проводить моніторинг соціальних процесів в Україні. Робота охоплює концептуальні положення та напрями трансформування соціальної політики в умовах перехідної економіки, огляд сучасних теоретичних концепцій соціальної політики держав з ринковою економікою, а також містить методологічні принципи та методичні підходи до побудови моніторингу, аналізу та прогнозування основних соціальних процесів.

Зокрема здійснюється вивчення демографічних процесів населення шляхом моніторингу, що є одним з найголовніших компонентів комплексного дослідження сучасного стану демографічної ситуації, прогнозування її майбутнього розвитку за критеріями стабілізації та ефективності відтворення населення [12].

Таким чином, до 2003 р., в Україні проводився моніторинг тільки складових системи охорони здоров'я: стан здоров'я населення (демографічні процеси, захворюваність, репродуктивне здоров'я, здоров'я постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС); формування здорового способу життя; впровадження принципів Європейської політики “Здоров'я для всіх” в охорону здоров'я України та їх реалізація; нормативно-правова база охорони здоров'я; економіка охорони здоров'я; кадрове забезпечення охорони здоров'я; медична допомога населенню (профілактика і лікування артеріальної гіпертензії, цукрового діабету, ВІЛ-інфекції/СНІДу; впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я); охорона здоров'я дітей та жінок; стан санітарно-епідемічного благополуччя населення; соціально-гігієнічні дослідження; інформатизація охорони здоров'я.

Медико-соціальним аспектам моніторингу здоров'я населення приділяють увагу і науковці інших країн постраждалих від аварії на ЧАЕС, зокрема Росії. Виходячи з позиції теорії управління, моніторинг здоров'я не має самостійного значення, а є тільки ланкою (елементом) у ланцюзі управління між об'єктом управління та засобом порівняння (функціональним перетворювачем) бажаного і дійсного результатів управління.

Щодо внутрішньої складової здоров'я, то вона об'єктивно оцінюється та добре контролюється спеціалістами-медиками, а в їх особі системами охорони здоров'я та

соціального захисту. У цьому (назвемо його першим) контурі управління здоров'ям населення використовуються традиційні показники, такі як народжуваність, тривалість життя, захворюваність тощо. Зі створенням територіальних систем моніторингу здоров'я, в оцінках якого будуть використані звичні для системи охорони здоров'я показники (але не усереднені, а прив'язані до конкретних людей), буде створена система управління цією складовою здоров'я в традиційному для теорії управління значенні.

Спроба управління здоров'ям здорових та працездатних людей потребує створення ще одного (другого), якісно іншого контуру управління, ніж у першому випадку. Об'єкт управління тут той же самий – здоров'я населення, проте інформація, що у ньому використовується, – інша, пов'язана з самооцінкою людини свого здоров'я і з уявленнями щодо благополуччя населення осіб, які приймають рішення (фінансують процес досягнення мети).

І, нарешті, необхідно згадати третій контур управління, що існував завжди та в основі якого знаходиться природний інстинкт самозбереження. У цьому контурі об'єктом – власним здоров'ям та безпекою – управляє сама людина, виконуючи одночасно функції всіх вище перерахованих засобів. Функціонують вони відповідно до процесів корекції та адаптації, достатньо добре вивчених (та які вивчаються) у біології і суміжних науках. З погляду теорії управління цей контур відповідає всім вище перерахованим умовам і принципу зворотного зв'язку [4].

Всі інститути гігієнічного й епідеміологічного профілю МОЗ Росії та РАМН задіяні в Комплексному плані заходів щодо реалізації постанови Уряду Російської Федерації від 01.06.2000 426 “Про затвердження Положення про соціально-гігієнічний моніторинг”, розробки проекту науково-технічної програми “Невідкладних заходів щодо наукового і методичного забезпечення розвитку, впровадження та інтеграції системи соціально-гігієнічного моніторингу в діяльності державної санітарно-епідеміологічної служби та органів охорони здоров'я на 2002-2005 роки”.

У зв'язку з розширенням числа учасників соціально-гігієнічного моніторингу (СГМ) виникла необхідність вирішувати складні організаційні проблеми з включення міністерств і відомств у міжвідомчу взаємодію, побудови міжвідомчих інформаційних каналів для вирішення таких завдань: формування державного фонду інформаційних ресурсів в галузі забезпечення санепідблагополуччя населення; виявлення причинно-наслідкових зв'язків на основі системного аналізу й оцінки ризику здоров'я населення; програмно-технічне, лабораторно-діагностичне забезпечення СГМ на основі сучасних інформаційно-аналітичних технологій та програмно-апаратних комплексів; міжвідомча координація із забезпечення санепідблагополуччя населення при прийнятті управлінських рішень на рівні федеральних органів виконавчої влади суб'єктів Російської Федерації, органів місцевого самоврядування [17].

Відповідно до постанови Уряду Російської Федерації, на базі Медичного радіологічного наукового центру РАМН був створений і функціонує Російський Державний медико-дозиметричний реєстр осіб, що зазнали впливу радіації в результаті Чорнобильської аварії. На січень 1998 р. у базі даних реєстру знаходиться медико-дозиметрична інформація на 508236 чоловік, у тому числі на 167726 ліквідаторів Чорнобильської аварії і 302602 жителів територій Росії, забруднених радіонуклідами. Одним з найбільш значних наслідків Чорнобильської аварії є зростання захворюваності на рак щитоподібної залози серед дітей і підлітків (на момент аварії) і серед ліквідаторів. Радіоепідеміологічний аналіз даних на чотирьох найбільш забруднених територіях Росії (Брянська, Калузька, Орловська і Тульська області) дозволяє зробити наступні висновки: статистично значуще зростання показників захворюваності на рак щитоподібної залози спостерігається з 1991 р., ризик розвитку раку щитоподібної залози в дітей у віковій групі 0-4 років у 6-10 разів вищий, ніж у дорослих [33].

Аналіз результатів оцінки стану здоров'я постраждалих у результаті катастрофи на Чорнобильській АЕС, що постійно проводиться установами МОЗ Білорусії, вказує на несприятливі зміни багатьох його показників. Результати епідеміологічних досліджень онкологічної захворюваності у цілому в республіці та окремо по регіонах у до- і післяаварійні періоди

дозволили зробити висновок, що в республіці за останні 10 років продовжується зростання злоякісних новоутворень легенів, щитоподібної залози, нирки, сечового міхура, ободової і прямої кишки, молочної залози, яєчників. Накопичені дані дозволяють припускати, що збільшення захворюваності на рак легенів, молочної залози, сечового міхура, нирки може бути пов'язане із впливом радіаційного фактора [16].

Центром контролю і профілактики захворювань (США) було опубліковано керівні принципи організації оцінки системи спостереження за суспільним здоров'ям (СССЗ), яку потрібно періодично виконувати для того, щоб упевнитися, що проблеми суспільного здоров'я ефективно контролюються. СССР включає збирання, аналіз, інтерпретацію, дисемінацію даних стосовно здоров'я для використання в системі ОЗ з метою зниження захворюваності і смертності та покращення здоров'я. Дані СССР доцільно використовувати для проведення програм та акцій, спрямованих на підвищення здоров'я, розробки бази для епідеміологічних досліджень, контролю тенденцій захворюваності тощо. Оцінка СССР повинна містити рекомендації щодо підвищення якості, ефективності, корисності. Мета даних оновлених керівних принципів – організація оцінки СССР, яка складається з характеристики щодо її простоти, гнучкості, якості даних, прийнятності, чутливості, позитивної прогностичної цінності, репрезентативності, своєчасності, стабільності. СССР слугують для інтеграції систем спостереження та інформаційних систем, для створення стандартів даних, для електронного обміну даними стосовно здоров'я, для поліпшення відповіді на можливу появу нових захворювань [39].

Серед національних цілей Програми здоров'я, розрахованої на період до 2010 р., – підвищення якості життя, обумовленого здоров'ям (ЯЖОЗ), та усунення нерівності при наданні медичної допомоги населенню США. З метою оцінки досягнень на цьому шляху у країні проведено огляд щодо ЯЖОЗ дорослого населення. Виявилось, що 21,9% населення оцінили своє здоров'я як погане. Найбільшу частину цієї групи склали особи віком >65 р. з прибутком нижче федерального рівня бідності, іспанського походження та ті, що не мають вищої освіти. Найчастіше почували себе погано жінки, особи з діагностованою депресією та різними хронічними захворюваннями. Виявлено, що найсильніша нерівність щодо ЯЖОЗ спостерігається між представниками різних соціально-економічних прошарків населення, що не йде всупереч з висновком попередніх досліджень про наявність взаємозв'язку між низьким соціально-економічним статусом і незадовільним рівнем здоров'я [37].

Центр контролю за захворюваннями і Рада епідеміологів США рекомендують у всіх штатах і територіях країни здійснити обстеження на ВІЛ/СНІД з метою визначення всіх випадків вірусоносійства і захворюваності на СНІД. Вважається, що завдяки даним, отриманим у результаті цього обстеження, з'явиться можливість посилити дії місцевих, державних і федеральних служб щодо профілактики ВІЛ-трансмисії, покращити схеми розміщення ресурсів для відповідних лікувальних закладів. Після проведення обстеження рекомендується зібрати бази даних, які б включали уніфіковані визначення пацієнта, демографічну інформацію, місце проживання, схильність до ризику ВІЛ-інфекції, дату діагностування тощо. Центр надасть технічну допомогу відділенням ОЗ для проведення обстеження і збору даних. Вся інформація повинна бути закодована, а доступ до неї – обмежений; використання даних для наукових цілей повинно підкріплюватись відповідним дозволом [36].

З метою покращення охорони громадського здоров'я останніми роками в Канаді розроблена та впроваджується Національна програма “Здорове суспільство та гарантування безпеки споживачів”. Основною метою програми є створення сприятливих умов для здорового способу життя, гарантування безпеки на робочих місцях та забезпечення оздоровлення, а також підвищення рівня якості виробництва та продуктів споживання на ринку Канади.

Одним із основних напрямів програми є здійснення контролю за курінням тютюну. Значну роль у формуванні державної політики щодо протидії тютюнокурінню здійснює недержавна громадська професійна організація лікарів Канади – Канадська медична асоціація (КМА).

Діяльність КМА стосується: законодавчого забезпечення та державного регулювання

виготовлення, збуту та вживання тютюнових виробів; рекламування тютюнових виробів та сприяння курінню; регулювання процесу виробництва та продажу тютюнових виробів; встановлення цін на тютюнові вироби; зниження рівня вживання тютюну у групах найбільшого ризику; контроль за курінням у громадських місцях; збільшення ролі лікарів та сфери охорони здоров'я у суспільстві [37].

Аналіз звітів міністерств охорони здоров'я Панамериканського регіону, які працюють за Програмою по діабету показав, що кожна країна розробила свою національну програму. Першочергові кроки полягали у плануванні місцевих завдань, підготовці національних показників щодо захворюваності на діабет, розробці та впровадженні національних показників щодо захворюваності на діабет, розробці та впровадженні національних стратегій і планів. Проведений аналіз свідчить, що у більшості країн діабет розуміють як важливу проблему суспільної охорони здоров'я. Після виконання першого етапу зроблено декілька загальних висновків: необхідна широка участь багатьох урядових та громадських організацій аби проблема дійсно досягла рівня національної політики; сприйняття інтегративної моделі програми; обов'язковість постановки релевантних до процесу завдань, спрямованих на досягнення успіху в короткий термін; критичне ставлення до розроблених локальних завдань у межах загального управлінського підходу. Ці висновки слугуватимуть як базові, відносно яких передбачається порівнювати теперішні та майбутні розробки [41].

Досвід роботи Європейської мережі “Міста здоров'я” представлено у матеріалах Міжнародної конференції (19–22 жовтня 2003 р., м. Белфаст, Північна Ірландія). Національні мережі міст здоров'я (МЗ) є стрижнем для розвитку МЗ-руху в Європі. Вони надають політичну, стратегічну і технічну підтримку своїм містам-членам, накопичують досвід з використання національних ресурсів і сприяють прогресивному розвитку цього напрямку. Досвід МЗ є динамічною платформою для пропаганди можливостей поліпшення суспільного здоров'я на національному і міжнародному рівнях. Кожна національна мережа МЗ унікальна – вона розвивається відповідно до потреб/проблем міст-членів, до наявних місцевих ресурсів, з урахуванням культури і законодавства країни-учасниці Проекту. Дана публікація включає дві частини: аналіз комплексної роботи і досягнень національних мереж у Європейському регіоні в цілому і характеристику кожної з них з акцентом на її специфічні особливості, досягнуті успіхи і прогнози/плани на майбутнє [38].

У Нідерландах не існує системи тотального нагляду, через яку лікар загальної практики подає відомості про характер захворюваності, про контакти пацієнта тощо у вищій інстанції (наприклад, у Міністерство охорони здоров'я). На рівні первинної медичної допомоги практикується система моніторингу сигнальної ділянки (*sentinel site monitoring*). Біля 5 % усіх загальних ділянок постійно збирають відомості для використання на вищому рівні. Ці ділянки підбираються таким чином, щоб їх дані були репрезентативними на національному рівні. Вони надають такі додаткові повідомлення про своїх пацієнтів, як вік, професія, вид страхування, рівень освіти, склад сім'ї тощо. Ці повідомлення обробляються та аналізуються в університетах і в Національному інституті вивчення первинної медичної допомоги, що дозволяє вивчати взаємозв'язок між різними факторами. Цей вид моніторингу вкрай важливий для виявлення факторів ризику (ФР) та груп ризику [32].

Таким чином, у більшості країн близького та далекого зарубіжжя проводиться моніторинг функціонування системи охорони здоров'я, як на основі національних програм здоров'я так і державних цільових програм.

Огляд літературних джерел з питань моніторингу системи охорони здоров'я засвідчив актуальність зазначеної проблеми. У зв'язку з цим та в розвиток загальноєвропейської програми “Здоров'я для всіх” в Україні розроблена Міжгалузева комплексна програма “Здоров'я нації” на 2002-2011 рр. (затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 10.01.2002 ¹14). Це унікальний нормативно-правовий акт, який охоплює діяльність усіх галузей народного господарства та державні цільові програми, що стосуються питань охорони здоров'я. Виконавцями зазначеної програми на державному рівні є 16 міністерств України, 11 державних комітетів, Державний департамент України з питань виконання покарань, Національна академія наук, Академія медичних наук, Академія педагогічних наук,

ЦК профспілки працівників охорони здоров'я. Така масштабна програма виконується в Україні вперше. Розроблені аналогічні регіональні програми, виконавцями яких є Рада міністрів Автономної Республіки Крим, обласні, Київська та Севастопольська міські держадміністрації.

Згідно з наказом МОЗ України від 26.12.2002 ¹492, Українському інституту громадського здоров'я доручено забезпечити науковий супровід завдань Міжгалузевої комплексної програми “Здоров'я нації” на 2002-2011 рр. та постійний моніторинг її реалізації.

Отже, з 2003 р. в Україні розпочато проведення моніторингу функціонування системи охорони здоров'я, що охоплює всі її компоненти з урахуванням їх методологічної єдності, яка сприяє застосуванню єдиної системи показників комплексного виконання різними галузями України заходів щодо поліпшення стану громадського здоров'я населення та ефективної діяльності закладів охорони здоров'я.

Список літератури

1. *Аналіз і оцінка обсягів і причин звертання дітей до спеціалістів дитячих поліклінік* / О.О. Дудіна, О.М. Ціборовський, Т.М. Мазур, Л.В. Чурсіна // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 1999. – ¹1. – С. 132–137.
2. *Бондаренко В.В., Тарасенко С.О., Покрова В.Д. та ін. Передовий досвід Кіровоградської області по виконанню Національної програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні* // Там же. – 2002. – ¹2. – С.82–84.
3. *Грузєва Т.С. Фактори ризику в формуванні здоров'я населення* // Там же. – 2003. – ¹2. – С. 9–16.
4. *Дартау Л.А., Захаров В.Н. Медико-соціальні аспекти моніторингу здоров'я населення* // Пробл. соц. гігієни, здравоохр. и истории медицин. – 1999. – ¹3. – С. 10–14.
5. *Свєєв В.І. Розвиток ринкових відносин в інноваційній сфері як умова ефективної технічної перебудови охорони здоров'я* // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 1999. – ¹2. – С. 51–53.
6. *Запорожан В.Н., Низова Н.Н., Іркина Т.К. Перспективі впровадження программі “Безопасное материнство” в Україні* // Репродуктив. здоров'я жінки. – 2002. – ¹3(12). – С. 9–12.
7. *Здоров'я населення України та діяльність лікувально-профілактичних закладів системи охорони здоров'я (Щорічна доповідь. 1998 рік)* / За ред. Міністра охорони здоров'я України Р.В. Богатирьової. – К., 1999. – 594 с.
8. *Кваша Е.А., Смирнова И.П., Горбась И.М., Давіденко Н.В. Уффективність міжнародної антитабачної кампанії “QUIT AND WIN” в Україні, уроки и перспективі* // Матеріали конф. “Сучасні підходи до профілактики тютюнокуріння, алкоголізму, наркоманії та СНІДу”. – К., 2003. – С. 21–22.
9. *Матеріали 2-ї Міжнародної конференції “Отдаленніе последствия Чернобыльской катастрофы”*, Київ, 1–6 июня 1998 г. / Под ред. А.И. Нягу, Г.Н. Сушкевича. – К.: Чернобыльинтеринформ, 1998. – 653 с.
10. *Методи, засоби та зміст пропаганди здорового способу життя з метою профілактики артеріальної гіпертензії: Метод. рекомендації* / Укл. Г.М. Жуков, Ф.П. Ринда, І.В. Навчук, В.Е. Кардаш. – Київ – Чернівці: УГІЗ, БДМА, 2003. – 23 с.
11. *Міжнародна конференція “П'ятнадцять років Чернобыльской катастрофи. Досвід подолання”*, Київ, 18–20 квітня, 2001: 36 тез. – К., 2001. – 450 с.
12. *Моніторинг соціальних процесів в Україні* / За ред. І.К. Бондар, Г.В. Ярошенко, В.І. Науменко, Н.А. Соколенко. – К.: Знання, 1999. – 260 с.
13. *Москаленко В.Ф. Стан формування нормативно-правової бази з питань охорони здоров'я України та відповідність наказів МОЗ чинному законодавству* // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2000. – ¹1. – С.26–28.
14. *Москаленко В.Ф., Пономаренко В.М. Самооцінка здоров'я – складова частина моніторингу європейської політики “Здоров'я для всіх” в Україні* // Там же. – 2002. – ¹1. – С. 5–10.
15. *Москаленко В.Ф., Щербінська А.М. 2002 рік – рік боротьби зі СНІДом в Україні: стратегія і тактика* // Охорона здоров'я України. – 2002. – ¹1(4). – С. 4–8.
16. *Мрочек А.Г. Состояние здоровья населения республики Беларусь в отдаленний период Чернобыльской катастрофы* // Матеріали 2-ї Міжнарод. конф. “Отдаленніе медицинские последствия Чернобыльской катастрофы”, Київ, 1–6 июня 1998 г. / Под ред.: А.И. Нягу, Г.Н. Сушкевича. – К.: Чернобыльинтеринформ, 1998. – 90 с.
17. *Онищенко Г.Г. Состояние и перспективі социально-гигиенического мониторинга* // Пробл. соц. гигиен, здравоохр. и истории медицин. – 2002. – ¹2. – С. 23–29.
18. *Охорона здоров'я України: результати діяльності (Щорічна доповідь. 1999 рік)* / За ред. Міністра охорони здоров'я України В. Москаленка. – К., 2000. – 512 с.
19. *Пешко А.О. Інформація про хід виконання комплексної програми “Цукровий діабет” за період з 2000 по 2001 рік у м. Києві* // Діабетол. вісн. – 2002. – ¹2. – С. 5–7.
20. *Подольський В.В., Шкиряк-Нижник З.А., Горovenko Н.Г. и др. О необходимости компьютерной бази даних для определения состояния репродуктивного здоровья женщин фертильного возраста* // Здоров'я жінки. – 2003. – ¹2(14). – С. 76–81.
21. *Пономаренко В.М., Кальниш В.В., Майоров О.Ю. Шляхи інформатизації медичної галузі* // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2000. – ¹2. – С. 54–58.
22. *Пономаренко В.М., Москалець Г.М. Забезпечення населення України медичними кадрами (за останнє десятиріччя)* // Там же. – 2001. – ¹4. – С.77–85.
23. *Пономаренко В.М., Москалець Г.М., Карлова А.Л. та ін. Пріоритетні напрями наукових досліджень з проблеми “соціальна медицина” у медичній науці України за даними експертної оцінки* // Там же. – 2002. – ¹3. – С. 49–56.
24. *Пономаренко В.М., Медведовська Н.В. Рейтингова оцінка та вибір рейтингового методу в аналізі діяльності закладів*

- охорони здоров'я // Там же. – 2003. – '1. – С. 39–41.
25. Пономаренко В.М., Ринда Ф.П. Шляхи подолання епідемії тютюнокуріння в Україні // Матеріали конф. “Сучасні підходи до профілактики тютюнокуріння, алкоголізму, наркоманії та СНІДу”. – К., 2003. – С. 15–17.
26. Пономаренко В.М., Ціборовський О.М., Польченко В.І. та ін. Концепція реформування первинної медико-санітарної допомоги // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 1999. – '1. – С. 67–73.
27. Пономаренко В.М., Ціборовський О.М., Галієнко Л.І. Розвиток сімейної медицини в Україні: стан, здобутки, перспективи // Там же. – 2003. – '3. – С. 5–9.
28. Солоненко І.М., Жаліло Л.І., Левченко Л.С. та ін. Законодавче забезпечення протидії тютюнокурінню: досвід Канади // Матеріали конф. “Сучасні підходи до профілактики тютюнокуріння, алкоголізму, наркоманії та СНІДу”. – К., 2003. – С. 18–20.
29. Стан здоров'я населення України та результати діяльності закладів охорони здоров'я (Щорічна доповідь. 2000 рік) / За ред. Міністра охорони здоров'я України В. Москаленка. – К., 2001. – 304 с.
30. Стан здоров'я населення України та діяльність медичної галузі (2001 р.). – К., 2002. – 384 с.
31. Тронько М.Д. Комплексній програмі “Цукровий діабет” три роки // *Діабетол. вісн.* – 2002. – '2. – С. 3–4.
32. Фокко де Вриз. Мониторинг здоровья на уровне первичной медицинской помощи и его значение для профилактических мероприятий в Нидерландах // *Профилактика и укрепление здоровья.* – 2000. – Т. 3, '5. – С.40–44.
33. Ційб А.Ф., Иванов В.К. Отдаленные радиологические последствия Чернобыльской аварии // Материалы 2-й Междунар. конф. “Отдаленные медицинские последствия Чернобыльской катастрофы”, Киев, 1–6 июня 1998 г. / Под ред.: А.И. Нягу, Г.Н. Сушкевича. – К.: Чернобыльинтеринформ, 1998. – 150 с
34. Ченелевська Л.А. Медико-демографічна ситуація в незалежній Україні // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2002. – '2. – С. 87–89.
35. Юрченко О.В. Досвід організації профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу серед населення м. Києва // Матеріали конф. “Сучасні підходи до профілактики тютюнокуріння, алкоголізму, наркоманії та СНІДу”. – К., 2003. – С.91–98.
36. CDC guidelines for National Human Immunodeficiency Virus Surveillance, including monitoring for Human Immunodeficiency Virus infection and acquired Immunodeficiency Syndrome // *MMWR.* – 1999. – Vol. 48, 'RR – 13. – P. 1–22.
37. Health – related quality of life – Los Angeles county, California, 1999 // *MMWR.* – 2001. – Vol. 50, '26. – P. 556–559.
38. National Health cities networks. A powerful force for health and sustainable development in Europe. – WHO. Copenhagen, 2003. – 90 p.
39. Updated guidelines for evaluating public health surveillance systems // *MMWR.* – 2001. – Vol. 50, 'RR – 13. – P. 1–36.
40. Victor Ponomarenko. Profiles of the national healthy cities networks. A powerful force for health and sustainable development in Europe. – WHO. Copenhagen, 2003. – P. 82–83.
41. White F., Nahan D. Status of national diabetes programmes in the Americas // *Bull. WHO.* – 1999. Vol. 77, '12. – P. 981–987.