РОЗДІЛ І. СИСТЕМА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ. ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ. ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИЙ НАГЛЯД ЯК ОСНОВНА ФУНКЦІЯ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Захворюваність населення як об'єкт статистичного дослідження

Бєлікова І.В.
Українська медична стоматологічна академія, Полтава

Показники громадського здоров'я є основою оцінки економічного і соціального благополуччя країни, головною складовою її ресурсного потенціалу. Стан здоров'я населення небезпідставно пов'язують з безпекою країни.

Захворюваність, як умовний статистичний показник, вважається найважливішою складовою комплексної оцінки здоров'я населення.

Аналіз захворюваності необхідний для вироблення управлінських рішень як на державному рівні управління системою охорони здоров'я, так і на регіональному. Тільки на основі якісних даних можливе правильне планування і прогнозування розвитку мережі закладів охорони здоров'я, оцінка потреби в різних видах ресурсів. Показники захворюваності служать чинниками оцінки якості роботи медичних установ, системи охорони здоров'я в цілому.

Проведення соціально-гігієнічного моніторингу стану здоров'я населення у зв'язку з факторами ризику захворювань, а також поглиблений аналіз особливостей, закономірностей і тенденцій окремих форм дозволяють цілеспрямовано розробляти комплекс профілактичних заходів. Як об'єкт наукового пізнання і практичної діяльності закладів охорони здоров'я захворюваність являє складну систему взаємопов'язаних понять.

Таким чином, аналіз показників захворюваності необхідний в таких випадках:

-в комплексній оцінці стану населення і його здоров'я;

-для обґрунтування потреби в різних видах медичної допомоги та ресурсах (кадрах, койко-місцях та ін.);

-для обґрунтування планування конкретних лікувально-профілактичних, санітарно-епідеміологічних та оздоровчих заходів (програм територіальних цільових і профілактики окремих хвороб);

-при розробці територіальних програм профілактики;

-для організації і проведення соціально-гігієнічного моніторингу захворювань.

У багатьох розвинених країнах світу відсутня централізована система вивчення захворюваності за зверненнями. Це частково пов'язано з наявністю в системі охорони здоров'я установ різних форм власності, що спричиняє відсутність єдиної звітності. Одночасно існує і принциповий підхід, що передбачає збір тільки тієї інформації, яку можна реально обробляти і використовувати при прийнятті рішень. У США, наприклад, обов'язкову реєстрацію при зверненні підлягають захворювання, внесені до спеціального списку. При цьому перелік включених в нього хвороб варіює по штатам.

У 1993 р Всесвітньою організацією охорони здоров’я вперше було опубліковано дослідження "Глобальне тягар хвороб" (ГББ). Метою даного дослідження було кількісно оцінити втрати здоров'я, пов'язані з різними захворюваннями, травмами, а також визначити фактори ризику здоров'ю за статтю, віком та географічним положенням. За роки досліджень були зроблені висновки, що головною причиною смерті та інвалідності є неінфекційні хвороби старшої вікової групи [1].

Сучасні дослідження глобального тягаря хвороб оцінюють показники дитячої та дорослої смертності за допомогою даних органів державної статистики. Кількість прожитих років з поправкою на інвалідність за допомоги певних реєстрів.

За результатами вихідного дослідження глобального тягаря хвороб для Всесвітнього Банку був розроблений єдиний показник - роки життя з поправкою на інвалідність (DALY - «Disability-adjusted life year»). За допомогою показника оцінюється втрачені років життя в результаті передчасного настання смерті та інвалідності. Один рік DALY дорівнює одному втраченому року здорового життя. Даний показник дозволяє порівнювати дольову участь різних захворювань у втратах від передчасної смертності та інвалідності.

В результаті багаторічних спостережень, провідними причинами росту неінфекційних захворювань (НІЗ) названі: високий артеріальний тиск, тютюнопаління, зловживання алкоголем, підвищений вміст холестерину в крові, надмірна маса тіла, низькій рівень споживання овочів та фруктів, малорухомий спосіб життя.

Порядком денним в галузі сталого розвитку на період до 2030 року, який був прийнятий під егідою ООН та вступив в силу з 1 січня 2016, серед 17 цілей в галузі сталого розвитку, в рамках третьої цілі "Забезпечення здорового способу життя та сприяння благополуччю

для всіх в будь-якому віці» передбачено боротьбу з НІЗ і факторами їх ризику. Епідеміологічний нагляд за головними неінфекційними захворюваннями (НІЗ) і їх факторами ризику вкрай важливий для вироблення політики, включаючи планування, моніторинг і оцінку впливу конкретних втручань і стратегій, націлених на обмеження негативних наслідків НІЗ [2,3].

Ухвалення Цілей Сталого Розвитку закцентувало увагу на проблемі вивчення здоров'я населення. ВООЗ рекомендує використовувати систему епідеміологічного моніторингу основних факторів ризику НІЗ, яка передбачає безперервність збору даних. Така система дозволяє удосконалювати процес прийняття стратегічних рішень, розробляти програми дій у галузі охорони здоров'я та пропаганди здорового способу життя.

Найбільш популярною міжнародною ініціативою є принцип поетапного здійснення моніторингу STEPS, запропонований ВООЗ як інструмент контролю за поширенням НІЗ. Ціллю такого підходу до епіднагляду за факторами ризику розвитку хронічних хвороб є отримання основних даних про встановлені фактори ризику, які визначають, яким буде основний тягар хвороб. Даний метод складається з трьох етапів та передбачає збір даних згідно опитувальника, визначення фізичних параметрів, визначення біохімічних параметрів. Опитувальник містить, крім інформації соціально-економічного характеру, в якості маркерів нинішнього і майбутнього стану здоров'я, питання щодо вживання алкоголю і тютюну, а також деякі параметри стану, обумовленого харчуванням, і відсутність фізичної активності. Отримані дані можна бути використана не тільки для відстеження тенденцій всередині однієї країни, а й для проведення порівняння з іншими країнами, а саме: поточний рівень вживання алкоголю та тютюну; поточний рівень споживання овочів і фруктів; рівень споживання солі; рівень фізичної активності; історію НІЗ та їх лікування; поточну поширеність надмірної ваги та ожиріння, підвищеного артеріального тиску, рівня глюкози в крові та холестерину [4,5,6].

В червні 2019 року в усіх областях Україні пройшли дослідження STEPS. Вибірка дослідження включала доросле населення України (міське і сільське) із загальною кількістю потенційних учасників 7 700 осіб. Наразі очікуємо на результати дослідження.

В Україні, протягом тривалого часу облік захворюваності проводився практично у всіх медичних установах, які надавали

амбулаторно-поліклінічну допомогу. Джерелом вивчення захворюваності були “Талон для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів” (ф. № 025-2/о), на основі якого формувалася звітна форма «Звіт про захворювання, зареєстровані у хворих, які проживають у районі обслуговування лікувально-профілактичного закладу” (форма 12). А також відбувалася реєстрація випадку обслуговування пацієнта статистичним документом «Талон амбулаторного пацієнта» (ф. №025-6/о). Даний документ заповнювався в закладах охорони здоров’я, які надавали всі види амбулаторно-поліклінічної допомоги населенню. Виключення складали випадки гострих інфекційних захворювань, які враховуються на підставі документу «Екстрене повідомлення про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення» (ф № 058), та захворюваності спеціалізованих закладів (психоневрологічних, протитуберкульозних, онкологічних).

Показники захворюваності оцінювали за рівнем та структурою серед населення в цілому та його окремих груп (вікових, статевих, професійних, соціальних та ін.).

На сьогодні система обліку захворюваності зазнала змін. Були відмінені облікові форми “Талон для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів”, «Талон амбулаторного пацієнта» та замінені на форму первинної облікової документації N 074/о "Журнал реєстрації амбулаторних хворих". Журнал заповнюється у закладах охорони здоров’я, що надають всі види медичної допомоги населенню.

За визначенням офіційних джерел, якість інформації, зібраної шляхом суцільного методу вивчення захворюваності за зверненнями, залишає бажати багато кращого (нерідкі помилки в діагностиці), а масові профілактичні огляди необґрунтовано дорого обходяться системі охорони здоров'я.

Епідеміологічні дослідження захворюваності набувають все більшої актуальності, а при правильній організації вони служать істотним доповненням до традиційних методів вивчення захворюваності.

В теорії, епідеміологічні дослідження поділяють на обсерваційні дослідження без навмисного втручання з боку дослідника та експериментальні, тобто порівняльне вивчення при навмисному втручанні в одну з досліджуваних груп (рандомізований клінічний експеримент). До обсерваційного типу епідеміологічних досліджень

відносять описові та аналітичні дослідження (одномоментні, когортні і дослідження типу «випадок-контроль»).

Епідеміологічні спостереження при вивченні здоров’я розглядають як:

- особливий підхід до вивчення хвороб із застосуванням теорії ймовірності, статистики та специфічних методів проведення наукових експериментів;
- метод, за допомогою якого можна встановити причинно-наслідкові зв'язки шляхом перевірки гіпотез про причини виникнення хвороб і способи їх попередження;
-інструмент для прийняття управлінських рішень в сфері громадської охорони здоров'я, заснований на наукових даних.

Одним з важливих напрямків медичної статистики є розробка науково обґрунтованих критеріїв (показників) стану здоров'я населення та діяльності установ і органів охорони здоров'я, а також систем таких критеріїв (показників), які можуть бути використані в процесі управлінської роботи з метою об'єктивної оцінки складних конкретних ситуацій (лікарської діяльності, діяльності конкретних установ, їх груп і т.д.), їх планування і прогнозування.

Експертами Всесвітньої організацією охорони здоров’я було запропоновано підхід до формування звітності з урахуванням можливості зниження звітного навантаження та оптимізації показників і розробки загального набору показників для Європейського регіону ВООЗ.

На базі переліку індикаторів, щодо моніторингу політики Здоров’я 2020 можна визначити вимоги до індикаторів щодо змін здоров’я населення:

- Дані повинні збираються на регулярній основі.
- По можливості, уникнення індикаторів, для підготовки яких використовуються оціночні дані.
- Обґрунтованість і надійність індикатора не повинна викликати значних сумнівів.
- Індикатор повинен допускати зіставлення в масштабах регіону.
- Дані повинні супроводжуватися метаданими.
- Мінімальне число індикаторів.
- Індикатори можуть застосовуватися з метою декількох оцінок.
- Всі значення повинні бути стандартизовані за віком.
- До набору індикаторів використовувати основні демографічні показники, включаючи вікову структуру населення.

- По можливості і при наявності даних значення за індикаторами слід приводити в розбивці за віком, статтю.
- Індикатор повинен використовуватися в якості оцінки заходів політики і фактору впливу.

Найважливішим завданням експертів ВОЗ стала робота над полегшенням звітного навантаження. Тобто необхідний набір інформації, який необхідний для моніторингу здоров'я населення, що збирається з мінімальним навантаженням, може використовуватися декілька разів, дає максимальне бачення ситуації.

Отже, важливими медико-статистичними показниками залишаються показники здоров'я населення (смертність, захворюваність інвалідність).

Використовуючи цільові орієнтири та індикатори політики Здоров'я – 2020, запропоновано методику розрахунку та інтерпретацію загальновідомих показників, що характеризують здоров'я населення, в тому числі показників захворюваності. В даному випадку має сенс не тільки облік самого факту встановлення діагнозу, а аналіз з урахуванням віку пацієнтів. Також, з метою оцінки ефективності існуючих державних та регіональних програм, доцільно оцінювати тривалість та якість життя пацієнта після встановлення діагнозу.

Таблиця 1.

Оцінка показників, що характеризують здоров'я населення

Показники здоров'я населення	Індикатор	Методика розрахунку	Інтерпретація
Демографічні показники	Очікувана тривалість життя Смертність (загальна) Передчасна смертність від НІЗ Очікувана тривалість здорового життя	1. Стандартизований за віком коефіцієнт загальної передчасної смертності (в віці від 30 до молодше 70 років) для 4 груп основних неінфекційних захворювань: серцево-судинні захворювання; злоякісні новоутворення; цукровий діабет; хронічні захворювання органів дихання; захворю-	- Щорічне зниження на 1,5% загальної передчасної смертності від серцево-судинних захворювань, раку, діабету і хронічних респіраторних захворювань, захворювань органів травлення. - Скорочення показників передчасної смерті від зовнішніх причин. - Збільшення числа майбутніх років здорового життя у віці

		вань органів травлення. 2. Стандартизовані за віком коефіцієнти смертності від всіх зовнішніх причин і травм (в результаті дорожньо-транспортних пригод, випадкових отруєнь, суїцидів та ін.), в розбивці за статтю.	65 років, в розбивці за статтю. - Збільшення показників очікуваної тривалості життя
Показники захворюваності та інвалідності	Показники інфекційної захворюваності	Стандартизований за віком, статтю, за статусом вакцинації.	- Стійка елімінація хвороб, яким можна запобігти за допомогою вакцинації (кір, дифтерія, поліомієліт, краснуха та ін.) - Відсоток успішно пролікованих випадків серед завершивших лікування пацієнтів з лабораторно підтвердженим легеневим туберкульозом.
	Показники неіфекційної захворюваності	Стандартизований за віком, статтю показники серцево-судинних захворювань; злоякісних новоутворень; цукрового діабету; хронічних захворювання органів дихання; захворювань органів травлення.	- Збільшення років активного життя після встановлення діагнозу; - Зменшення кількостей ампутацій після встановленого діагнозу цукровий діабет - Збільшення кількості прожитих років після встановлення інвалідності та підвищення якості життя.
Характеристика наявності керованих факторів ризику		Стандартизований за віком та статтю	Щорічне зниження показників: - вживання тютюну - вживання алкоголю - осіб з індексом маси тіла $\geq$ 25-30 кг/м²

Використання методу стандартизації при аналізі смертності, захворюваності, інвалідності та показників факторів ризику обумовлено, рядом причин. Стандартизація - статистичний метод, що використовується при порівнянні інтенсивних показників в сукупностях, що відрізняються за складом (за віком, статтю, професіями і т.д.). Метод дозволяє усунути можливий вплив відмінностей у складі сукупностей на величину інтенсивних показників, що порівнюються, шляхом уніфікації складу сукупностей з подальшим розрахунком стандартизованих коефіцієнтів.

Число випадків смерті знаходиться під впливом вікової структури населення. Дві групи населення з однаковими повіковими коефіцієнтами смертності від конкретних причин матимуть різні коефіцієнти загальної смертності, якщо вікові структури цих груп населення розрізняються.

Стандартизовані за віком коефіцієнти смертності дозволяють нівелювати відмінності вікових структур населення за рахунок приведення повікових коефіцієнтів смертності, які спостерігаються в кожній групі, до параметрів стандартного населення.

Стандартизований за віком коефіцієнт смертності розраховують з використанням прямого методу, тобто він такий, яким міг би бути вихідний нестандартизований коефіцієнт, якщо б вікова структура населення була такою ж, як у стандартного населення. Оцінка розподілу смертності з причин смерті заснована на даних реєстрації випадків смерті, епідеміологічних досліджень на популяційному рівні, регістрів по конкретних хвороб і систем сповіщення щодо окремих причин смерті.

Слід зазначити, що збір даних для оцінки здоровья населення в цілому, та захворюваності зокрема, можливий при наявності облікового документу, який буде джерелом інформації для розрахунку вищезазначених індикаторів, з урахуванням не тільки обліку, а й тривалості та результату процесу.

Таким чином, в період реформування галузі охорони здоров’я в Україні стає вочевидь велика значущість відновлення системи моніторингу за здоров’ям населення з урахуванням вимог сучасності [7].

Пріоритетними завданнями системи є збір даних щодо визначення та ранжування основних детермінант здоров’я; визначення причин передчасної смертності стандартизованих за віком та статтю; визначення поширеності та захворюваності за основними групами захворювань; визначення показників

інвалідності; визначення рекомендацій по системі пріоритетних заходів, спрямованих на поліпшення здоров'я, і обсягів необхідних для цього коштів.

Література.

1. Глобальное бремя болезней //Всемирный банк. URL: http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2013/WB_EuropeCentralAsia/IHME_GBD_WorldBank_EuropeCentralAsia_FullReport_RUSSIAN.pdf.
2. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2018. Больше, чем просто цифры: фактические данные для всех, Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2019.
3. Здоровье-21: Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ/Европейская серия по достижению здоровья для всех, № 6. URL: http:// http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/health21-the-health-for-all-policy-framework-for-the-who-european-region
4. Рингач Н.О. Інструмент ВООЗ STEPS для епідеміологічного моніторингу факторів ризику неінфекційних захворювань: еволюція основних етапів та підходи до реалізації в Україні / Н.О. Рингач, Л.Й. Власик, Л.І. Власик// Україна. Здоров'я нації. 2017. № 3 (44), с. 190-195.
5. Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. WHO: Regional Office for Europe, 2013. 20p
6. Health21: the health for all policy framework for the WHO European Region. European Health for All Series; No. 6. World Health Organization Regional: Office for Europe Copenhagen, 1999. 224p
7. Golubchykov M.V. The main directions of reforming the service of medical statistics in Ukraine// M.V. Golubchykov, N.M. Orlova, I.V. Bielikova - Wiadomosci lekarskie (Warsaw, Poland: 1960), 2018. 71 (1 pt 2), 206-210.

Медична активність як ключовий аспект у запобіганні неінфекційних захворювань серед економічно активного населення

Власик Л.Й.
Буковинський державний медичний університет, Чернівці

Пацієнт, який користується медичними послугами, є повноцінним учасником лікувально-профілактичного процесу, адже