**Риков Сергій Олександрович. Наукове обґрунтування системи надання офтальмологічної допомоги населенню України : Дис... д-ра наук: 14.01.18 – 2004**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | ***Риков С.О. Наукове обґрунтування системи надання офтальмологічної допомоги населенню України. – Рукопис.***  Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальностями 14.02.03 – соціальна медицина та 14.01.18 – очні захворювання. – Національний медичний університет імені О.О. Богомольця МОЗ України, Київ, 2004 р.  Дисертаційна робота вміщує дані досліджень епідеміології захворювань органа зору та його придатків за період 1992-2001 роки, вплив медико-соціальних факторів (економічних, антропоекологічних, популяційно-генетичних та організаційних) на рівні та тенденції офтальмологічної захворюваності, первинної інвалідності, на діяльність офтальмологічної служби, доступність і якість наданої населенню офтальмологічної допомоги.  Досліджені наявні проблеми в діяльності офтальмологічної служби України та визначені напрямки по її реформуванню. На підставі отриманих в дослідженні даних розроблена якісно нова модель організації офтальмологічної допомоги населенню – інтегративно-диференційована; науково обґрунтовано її ресурсне забезпечення (кадрове, матеріально-технічне, фінансове), створені стандарти забезпечення доступності медичної допомоги офтальмологічним хворим в рамках запропонованої моделі. Проведене експериментальне впровадження розробленої організаційної моделі та визначена її клінічна, медико-соціальна ефективність. Розроблені рекомендації по подальшому покращанню доступності та якості надання офтальмологічної допомоги населенню, зниженню рівнів захворювань органа зору та його придатків, рівнів первинної інвалідності внаслідок сліпоти та слабкозорості.  Автором вперше науково обґрунтована, розроблена, впроваджена, досліджена ефективність якісно нової системи надання офтальмологічної допомоги населенню України. Встановлена висока ефективність впровадженої серед населення інтегративно-диференційованої моделі організації офтальмологічної допомоги населенню України. | |
| |  | | --- | | У дисертації зроблено теоретичне узагальнення і розв’язання актуальної проблеми галузі охорони здоров’я – наукове обґрунтування системи надання офтальмологічної допомоги населенню України шляхом впровадження якісно нової моделі її організації.   1. Соціально-клінічне дослідження базувалося на необхідності комплексних цільових перетворень системи надання населенню офтальмологічної допомоги, сучасний стан якої виявився неадекватним новим соціально-економічним умовам, наслідками чого стало зниження доступності та якості медичної допомоги, зростання рівня захворюваності та інвалідності внаслідок очної патології. Результатом роботи була науково обґрунтована, із врахуванням вимог та рекомендацій ВООЗ, якісно нова інтегративно-диференційована модель організації офтальмологічної допомоги дорослому і дитячому населенню України. Впроваджена в практику охорони здоров’я запропонована модель засвідчила свою медичну, соціальну та економічну ефективність. 2. Встановлено, що в структурі загальної захворюваності населення України офтальмологічна патологія становить 5,25% від усіх захворювань і займає четверте рангове місце, а середньорічний приріст її поширеності становить 2,4%. За показниками поширеності перше місце займають підлітки (12012,1 на 100 тис.), друге – дитяче населення (8349), третє – доросле (7932,6). Понад половину (55,1%) всієї офтальмологічної патології складають міопія, катаракта, захворювання кон’юнктиви, сітківки та глаукома. Первинна інвалідність внаслідок хвороб ока та його придаткового апарату становить 4,8% і займає шосте місце в загальній структурі інвалідності всього населення. 3. Показано, що протягом 1992-2001 років захворюваність населення на хвороби сітківки зросла в 2,1 разу, катаракту – на 31,0%, глаукому – на 29,0%, атрофію зорового нерва – на 15,0%, міопію – на 10,6%. Розроблена на підставі епідеміологічних досліджень математична модель прогнозу рівнів поширеності офтальмологічної патології серед населення України свідчить, що до 2020 року при збереженні існуючої системи загальний рівень поширеності захворювань ока та його придатків збільшиться на 85,76% (до 14350,23 на 100 тис. населення). Основними причинами патології органа зору стануть захворювання сітківки (15,5%), кон’юнктиви (13,71%) при збереженні провідного значення міопії (11,87%) і катаракти (10,52%). 4. Доведено, що на рівень поширеності захворювань органа зору та його придатків впливають екзогенні (економічні R2=0,32-0,54, антропоекологічні R2=0,37-0,96, організаційні R2= 0,38-0,86) та ендогенні (популяційно-генетичні R2=0,97) чинники. Встановлена також залежність її рівня від патогенетичного механізму, який обумовлює виникнення патології ока. Зокрема, тісний кореляційний зв’язок між окремими групами захворювань ока та його придатків: катаракта – міопія – глаукома – хвороби сітківки (r=0,87); хвороби кон’юнктиви – склери – рогівки (r=0,76); а також із рівнем поширеності інших класів хвороб: новоутвореннями та злоякісними новоутвореннями (r=0,73); хворобами ендокринної системи та цукровим діабетом (r=0,51); нервової системи (r=0,76); системи кровообігу, гіпертонічною хворобою, цереброваскулярною патологією (r=0,53); хворобами органів дихання (r=0,64); шкіри та підшкірної клітковини (r=0,42). 5. Результати системного аналізу стану офтальмологічної допомоги в Україні дозволили виділити два основних її етапи, перший з яких (1968-1991 рр.) характеризувався розвитком спеціалізованих закладів нового типу, переходом від екстенсивного до інтенсивного типів діяльності, посиленням профілактичного спрямування. В той же час другому етапу (1992- 2001 рр.), який припадає на період економічних труднощів у державі, стало властивим скорочення мережі, матеріально-технічних та кадрових ресурсів, зростання поширеності хронічної офтальмологічної патології (R2=0,40-0,80) та рівнів інвалідності, що свідчить про необхідність якісного удосконалення системи офтальмологічної служби в період реформування галузі. 6. Результати дослідження дозволили науково обґрунтувати якісно нову інтегративно-диференційовану модель організації офтальмологічної служби, з введенням на її етапах нових взаємозв’язаних функціональних елементів: сімейних лікарів, громадських комісій по профілактиці сліпоти та слабкозорості; міжрайонних офтальмологічних діагностичних кабінетів та денних стаціонарів, районних комісій по боротьбі зі сліпотою і медико-соціальної реабілітації сліпих та слабкозорих; відділень профілактики сліпоти; центрів лазерної офтальмології та мобільної офтальмологічної допомоги і профілактики сліпоти. В її основу покладена інтеграція зусиль соціальних сфер суспільства (охорони здоров’я, освіти, соціального захисту), а також принцип диференціації, який дозволяє раціонально скерувати потоки пацієнтів між структурними одиницями системи, провести їх розподіл на етапах, сконцентрувати наявні економічні, матеріально-технічні та кадрові ресурси в місцях їх найбільшої потреби і використати з найбільшою ефективністю. 7. Запропонована інтегративно-диференційована модель організації офтальмологічної допомоги ґрунтується на трьох напрямках діяльності – профілактичному, лікувально-діагностичному та реабілітаційному, які реалізуються на етапах спеціалізованої, кваліфікованої та висококваліфікованої офтальмологічної допомоги. Вказане поєднання етапу та напрямку роботи дозволяє формувати функціональні модулі системи, в залежності від завдань кожного з яких інтегруються ресурси різних галузей – охорони здоров’я, системи освіти та соціального захисту населення. Перевагою наведеного є гнучкість та спроможність адаптації запропонованої системи до реальних умов існування та потреб часу. 8. Впровадження інтегративно-диференційованої моделі дозволило наблизити кваліфіковану та висококваліфіковану допомогу до населення віддалених регіонів України з важкими захворюваннями органа зору на 77,8%, підвищити доступність консультативної допомоги для населення на 44,1%, для дитячого – на 15,55%, амбулаторної хірургії дорослим – на 64,0%, дітям – на 5,26%, лазерних методів лікування – в 4,3 разу. Наслідком її впровадження стало підвищення рівня виявлення та диспансеризації офтальмологічних хворих в амбулаторно-поліклінічних закладах на 31,9%; зменшення необґрунтованих звернень населення за спеціалізованою та кваліфікованою допомогою на 9,8%; зростання хірургічної допомоги в амбулаторних умовах в 3,5 рази і зниження навантаження на стаціонари на 12,82% при підвищенні хірургічної активності в них на 20,9% 9. Передбачена новою моделлю диференціація потоків хворих на етапах офтальмологічної допомоги сприяла зростанню використання в стаціонарах сучасних методів лікування захворювань органа зору – екстракапсулярної екстракції катаракти із імплантацією штучного кришталика (на 44,63%), факоемульсифікації із імплантацією штучного кришталика (на 4,12%), мікрохірургічних антиглаукомних операцій (на 10,23%), лікування косоокості у дітей (на 5,81%). Наслідком вказаного стало підвищення якості стаціонарної офтальмологічної допомоги, про що свідчать високі показники ефективності лікування: «одужання» – 81,25±2,98%, «покращання» – 14,73±2,87%, низький рівень ускладнень – 0,56±0,31%. Цьому сприяло також збільшення передбаченого моделлю етапу кваліфікованої та висококваліфікованої допомоги кадровими ресурсами: лікарями-офтальмологами – на 16,9%, середнім медичним персоналом – на 11,9, молодшим – на 6,0%, технічним та обслуговуючим – на 35,7%. Про сприйняття нової організаційної моделі свідчить досить високий рівень задоволеності пацієнтів – 9,1 бала: амбулаторною допомогою – 9,25, стаціонарною – 9,03 бали за десятибальною системою. 10. Впровадження інтегративно-диференційованої моделі офтальмологічної служби потребувало наукового обґрунтування стандартів надання допомоги окремим хворим, зокрема із старечою ядерною катарактою (Н25.1), відкритокутовою глаукомою (Н40.4), міопією, ускладненою хоріоретинальною дистрофією без її відшарування (Н14.3 - Н36.0) та ураженнями органа зору внаслідок ВІЛ-інфекції, які проявляються інфекційними та паразитарними хворобами (В20), що дозволило покращити ранню діагностику цієї патології до 80%, збільшити позитивні результати лікування до 78%, забезпечити диспансерний нагляд до 90% всіх пацієнтів, покращити управління офтальмологічною допомогою. 11. Про економічну ефективність впровадженої моделі свідчить зниження (до 4,5 днів) тривалості лікування хворих в стаціонарах на 34,8%, підвищення обігу ліжка на 23,62% та його зайнятості на 20,9%, зниження собівартості одного ліжко-дня на 24,74% завдяки додатковому залученню коштів (добровільне медичне страхування пацієнтів – 37,58%, благодійні внески та пожертвування від громадян – 48,3%, надання допомоги за договорами – 11,57%). Крім того, розрахунки щодо потреби мережі та ресурсів офтальмологічної допомоги в умовах дії запропонованої моделі свідчать про можливість скорочення її ліжкового фонду на 41,1% та збільшення кількості амбулаторних кабінетів на 12,8%, що відповідає напрямкам розвитку первинної медико-санітарної допомоги. 12. Діяльність офтальмологічної служби в умовах дії нової інтегративно-диференційованої моделі вимагає нових якісних підходів до управління нею, зокрема, в частині інформаційного забезпечення процесу управління з використанням Інтернет-ресурсів, що одночасно сприятиме і безперервному підвищенню кваліфікації лікарів-офтальмологів. Лише 37,95±2,25% лікарів-офтальмологів мають навички роботи з персональним комп’ютером і лише 12,3±0,7% мають доступ до Інтернету. Потреби в отриманні наукової та управлінської інформації, інформації про нові методи лікування пацієнтів, необхідність телемедичних консультацій з провідними спеціалістами-офтальмологами країни та за кордоном з питань діагностики та лікування важких та рідких захворювань органа зору є значною (75,0-80,0%), що і обумовлює необхідність створення інформаційних Інтернет-центрів в обласних офтальмологічних диспансерах. | |