

**ПОТЕНЦІЙНО ЗАПОБІЖНІ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ,
ПОВ'ЯЗАНІ З ЗАХВОРЮВАННЯМИ,
ЩО ПІДДАЮТЬСЯ АМБУЛАТОРНОМУ ЛІКУВАННЮ**¹ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» (м. Дніпро)²Департамент охорони здоров'я Дніпропетровської обласної державної адміністрації
(м. Дніпро)

social.medicine.pg@dma.dp.ua

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Дослідження проведені в рамках наукової теми кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я та управління охороною здоров'я «Наукове обґрунтування організаційно-методичних основ системи безперервного підвищення якості надання медичної допомоги», № державної реєстрації: 0119U101403.

Вступ. Стационарна допомога – один з найбільш витратних видів медичної допомоги. Тому при реформуванні систем охорони здоров'я багатьох країн, в тому числі й України, на порядку денному стоїть питання обґрунтованого (без негативного впливу на якість медичного обслуговування) зменшення обсягів її використання [1,2]. Особливої гостроти ця проблема набуває в кризових ситуаціях, таких як пандемія COVID-19, коли виникає необхідність задіяти госпітальні потужності для надання екстреної та інтенсивної госпітальної допомоги хворим з тяжкими станами, які погано піддаються корегуванню [3].

Для відповіді на зазначені виклики в світовій практиці застосовується декілька підходів, основними з яких є підвищення адекватності госпіталізації [4,5], зниження частоти повторних госпіталізацій [6] та здійснення комплексу заходів, спрямованих на зменшення потреб в стационарному лікуванні шляхом запобігання госпіталізації. Масштаби потенційно попереджуваної госпіталізації виміряти важко. Останнім часом важливим напрямком при розробці політики запобігання госпіталізації є системний вплив на захворювання, що піддаються амбулаторному лікуванню (ЗПАЛ; англ. Ambulatory care sensitive conditions – ACSC) [7] – стани здоров'я, при яких ефективна допомога за місцем проживання та амбулаторне ведення випадків можуть допомогти запобігти необхідності госпіталізації [8].

Матеріали низки досліджень, проведених в різних країнах, підтвердили можливість певного контролю за госпіталізацією хворих на ЗПАЛ. Зокрема, в Канаді за даними Манітобського центру політики охорони здоров'я за період з 2006-2007 рр. до 2011-2012 рр. рівень госпіталізації населення віком 0-74 роки від ЗПАЛ зменшився з 8,96 % до 6,33 % на рік [9], в Бразилії з 2001 до 2016 рр. – з 12,0 % до 6,6 % [10]. Зважаючи на доведену ефективність впливу ЗПАЛ на запобіжну госпіталізацію, в 2015-2016 рр. під егідою Європейського регіонального бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) за універсальною методикою було проведено багатонаціональне (охоплені Німеччина, Казахстан, Латвія, Португалія, Республіка Молдова) дослідження для

визначення елементів первинної медичної допомоги, які потребують зміцнення в різних країнах для уникнення зайвих госпіталізацій, пов'язаних зі ЗПАЛ [11].

В Україні політика стосовно зменшення обсягів стационарної допомоги, була зосереджена переважно на заходах, спрямованих на збільшення адекватності госпіталізацій [12,13]. Концепція ЗПАЛ в Україні не набула поширення як в цілому, так і стосовно попередження госпіталізації, що й обумовило актуальність даного дослідження.

Мета дослідження – визначення потенційних обсягів запобіжних госпіталізацій, пов'язаних зі ЗПАЛ, для дорослого населення України при підвищенні ефективності первинної медичної допомоги.

Об'єкт і методи дослідження. В рамках дослідження ЗПАЛ в Україні, першою фазою було визначення загального переліку та маркерних патологій для дорослого населення України, результати якої висвітлені в публікації [14], другою – характеристика обсягів госпіталізації хворих зі ЗПАЛ, яких можна уникнути за умови зміцнення системи первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) в країні. Дослідження виконувалося з використанням адаптованої до національного контексту методологічної основи багатоцентрового дослідження ЗПАЛ в Європейському регіоні [11].

Оцінка обсягів запобіжних госпіталізацій для дорослого населення (18 років і старше) за повним переліком ЗПАЛ, визначеним для України, проводилася шляхом опитування з застосуванням стандартизованої анкети, запропонованої та апробованої ЄРБ ВООЗ в різних країнах регіону [11]. Анкети поширювалися через асоціацію сімейних лікарів Дніпропетровської області.

Всього в опитуванні взяли участь 77 осіб, зокрема 71 лікар загальної практики – сімейної медицини (ЗП-СМ) та 6 експертів. Питома вага відбракованих анкет через низьку якість їх заповнення складала серед лікарів 15 %, серед експертів – 0 %. Всі респонденти мали достатній кваліфікаційний рівень і продемонстрували високий комплаєнс щодо участі в дослідженні. Залучені лікарі мали стаж в середньому 14,0 (95 % ДІ 11,0 – 17,47) років, 83,7 % першу або вищу категорію з загальної практики – сімейної медицини, 39,4 % працювали в міських, 60,6 % – в сільських поселеннях. Експертами виступали фахівці з організації охорони здоров'я (стаж роботи 22,5 (95 % ДІ 19,9 – 25,4) років, у всіх вища категорія з організації та управління охороною здоров'я), які мали досвід практичної та аналітичної роботи в сфері органі-

зації ПМД. Кількість експертів, рівень їх обізнаності та компетентності оцінювався за стандартною методикою і був достатнім для виконання поставленого завдання (більше 0,8 балів).

Для оцінки масштабів запобігання та популяційних обсягів запобіжної госпіталізації проведено крос секційне дослідження з використанням даних Центру медичної статистики МОЗ України (<http://medstat.gov.ua/ukr/statdan.html>) за 2017 рік щодо поширеності захворювань та пов'язаної з нею госпіталізації в абсолютних і відносних (на 100 000 загального населення) показниках.

Результати даного дослідження мають певні обмеження, до числа яких можна віднести:

1. Запобіжність госпіталізації хворих зі ЗПАЛ на даному етапі аналізувалася без врахування широкого спектру факторів, які на неї можуть вплинути, в тому числі регіональних, соціально-демографічних, медичних, поведінкових тощо.

2. Ступінь запобіжної госпіталізації є оціночним і потребує перевірки в реальних умовах після проведення відповідних втручань в систему ПМД.

Статистичну обробку результатів проводили за допомогою програмного продукту STATISTICA 6.1 (StatSoftInc., серійний № AGAR909E415822FA) з використанням відповідних медико-статистичних методів. Для описання вибіркового нормального розподілення кількісних ознак використовували середню арифметичну (M) з 95 % довірчим інтервалом (95 % ДІ); при асиметричному – медіану (Me) з інтерквартильним розмахом (25 %; 75 %) або 95 % ДІ для описання центральної тенденції в генеральній сукупності та різниці медіанних значень. Методи статистичного аналізу включали оцінку статистичної значущості розбіжностей за критерієм Манна-Уїтні для непов'язаних вибірок, за критерієм Вілкоксона – для пов'язаних, за критерієм χ^2 Пірсона, в тому числі з поправкою Йейтса – для номінальних ознак. Оцінку зв'язків між змінними проводили за допомогою рангового кореляційного аналізу з розрахунком коефіцієнтів кореляції Спірмена (r_s). Критичне значення рівня статистичної значущості для всіх видів аналізу приймалося на рівні $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення. В процесі дослідження встановлені обсяги попередження госпіталізацій як від окремих ЗПАЛ, так і від всієї множини ЗПАЛ, визначеної для України. Прогнозні рівні госпіталізації при переважній більшості ЗПАЛ, як за оцінками лікарів ЗП-СМ, так і експертів та вибірки стейкхолдерів в цілому, істотно нижчі ($p < 0,05$) порівняно зі статистичними показниками госпіталізації, що склалися в Україні у 2017 р. (табл.). Не виявлено істотних розбіжностей ($p > 0,05$) лише за деякими нозологіями – залізодефіцитною анемією і діабетом для групи експертів та хронічної / застійної серцевої недостатності для всіх опитаних.

Найбільші відмінності між фактичними та прогнозними медіанними показниками (коливання розбіжностей від 8,8 % до 44 %) виявлені для пневмоній, проривної або кровоточивої виразки шлунку та 12-палої кишки, бронхіальної астми, запальних захворювань малого тазу та туберкульозу. В середньому різниця медіанних значень складає 3,5 % (95 % ДІ 2,2 – 11,2).

Цілоком логічним виглядає тісний зв'язок між величиною відхилень і розкидом оцінок (інтерквартильним розмахом) в межах окремих ЗПАЛ для групи лікарів ЗП-СЛ ($r_s = 0,84$; $p < 0,001$).

Виявлені істотні відмінності між оцінками потенційних рівнів госпіталізації, отриманими для міського і сільського населення. За більшістю ЗПАЛ респонденти прогнозують більший рівень запобіжності госпіталізацій (як із статистично значущими розбіжностями, так і без) для мешканців міських поселень порівняно з сільськими мешканцями. Так, прогнозні рівні госпіталізації складають для гострих хворих: з пневмонією в містах 35 % (30,0; 50,0) проти 50,0 % (40,0; 55,0) в сільській місцевості ($p = 0,010$); з інфекціями нирок – 6,0 % (5,0; 8,0) проти 8,0 % (5,0; 9,0); з запальними захворюваннями малого тазу – 10,0 % (8,5; 12,0) проти 12,0 % (10,0; 15,0); з інфекціями шкіри та підшкірної клітковини – 8,0 % (5,0; 10,0) проти 10,0 % (5,0; 10,0); з проривною або кровоточивою виразкою шлунку та 12-палої кишки – 50,0 % (45,0; 65,0) проти 57,0 % (50,0; 70,0); для хронічних хворих: з епілепсією – 10 % (6,0; 15,0) проти 16,0 % (10,0; 19,0) ($p = 0,024$); з гіпертонічною хворобою – 2,0 % (2,0; 3,0) проти 4 % (3,0; 5,0) ($p < 0,001$); з ХОЗЛ – 3,0 % (2,0; 5,0) проти 5,0 % (4,0; 5,6) ($p = 0,001$); з бронхіальною астмою – 10,0 % (4,5; 15,0) проти 15,5 % (12,0; 20,0) ($p = 0,001$); вакцинокованих: з грипом – 5,0 % (5,0; 10,0) в містах проти 9,0 % (5,0; 10,0) в сільській місцевості, з туберкульозом – 50,0 % (45,0; 70,0) проти 66,4 % (60,0; 70,0). Єдине ЗПАЛ, де показник у містах перевищує значення для сільської місцевості, це залізодефіцитна анемія (відповідно 3,0 % (2,0; 3,0) та 2,0 % (1,9,0; 3,0)), однак між показниками не виявлено статистично значущих розбіжностей ($p > 0,05$).

Такі тенденції підтверджуються результатами рангового кореляційного аналізу, згідно якого, визначено наявність асоціації між місцем проживання та оцінкою запобіжності ЗПАЛ за пневмоніями ($r_s = 0,31$; $p = 0,008$); захворювання малого тазу ($r_s = 0,25$; $p = 0,048$); епілепсією ($r_s = 0,30$; $p = 0,020$); гіпертонічною хворобою ($r_s = 0,47$; $p < 0,001$); ХОЗЛ ($r_s = 0,47$; $p < 0,001$) та бронхіальною астмою ($r_s = 0,41$; $p < 0,001$).

Такі оціночні розбіжності є цілоком передбачуваними, оскільки лікарі ЗП-СМ, прогнозуючи рівні госпіталізації при ЗПАЛ за умови зміцнення ПМСД, виходять перш за все з характеристик існуючого ресурсного забезпечення і найближчих перспектив його поліпшення, та стану координації з вторинною допомогою, які в міських поселеннях об'єктивно кращі, ніж в сільській місцевості. Вочевидь, респонденти також розуміють значення негативного впливу на рівень запобіжності госпіталізацій більш низького рівня доходів у сільських мешканців – чиннику, дієвості якого доведена у численних зарубіжних дослідженнях [15]. Водночас не встановлено наявності розбіжностей прогнозних рівнів госпіталізації залежно від місця проживання при таких ЗПАЛ як діабет, хронічна серцева недостатність, хронічна виразка шлунку та 12-палої кишки і стенокардія.

При цьому експерти, професійний горизонт яких охоплює як клінічні, так і організаційно-управлінські перспективи впливу удосконалення системи охорони здоров'я в цілому і первинної допомоги, зокрема, вбачають більш широкі, порівняно з лікарями, можливості профілактики госпіталізацій при ЗПАЛ.

Статистично значущо нижчі рівні потенційної госпіталізації ($p < 0,05$) визначені експертами при епілепсії, гіпертонічній хворобі, ХОЗЛ та бронхіальній астмі (див. табл.). Проте, за більшістю ЗПАЛ, визначається збіг думок у групах опитаних щодо оцінок прогнозного рівня запобіжної госпіталізації ($p > 0,05$).

У підсумку, на основі оцінок лікарів, найбільший обсяг госпіталізацій дорослого населення (старше 18 років), яких потенційно можна уникнути за рахунок ефективного медичного обслуговування на первинному рівні, коливається в межах 45-30 % для таких ЗПАЛ, як запальні захворювання малого таза, пневмонія, бронхіальна астма, інфекції шкіри та підшкірної клітковини, ХОЗЛ, гіпертонічна хвороба. Дещо інакше виглядає картина за експертними оцінками – варіації від 60 % до 40 % прогноуються при таких ЗПАЛ, як епілепсія, пневмонія, бронхіальна астма, ХОЗЛ, гіпертонічна хвороба інфекції нирок та шкіри та підшкірної клітковини.

Отримані дані певною мірою відрізняються від результатів Європейських досліджень, як за переліком найбільш значущих ЗПАЛ, так і за обсягом запобіжності їх госпіталізацій – можливість попередити від 40 % до 80 % госпіталізацій визначені для діабету, артеріальної гіпертензії, захворювань нирок та інфекції сечовивідних шляхів і серцевої недостатності [11].

Однак отримані дані щодо потенційної запобіжності госпіталізацій серед хворих з певними ЗПАЛ недостатньо інформативні, оскільки не враховують загальних масштабів госпіталізації серед усього населення. Для отримання коректних оцінок було розраховано популяційний показник обсягів ймовірного попередження госпіталізацій від окремих ЗПАЛ, який визначається як добуток відсотку запобігання госпіталізації на рівень госпіталізації при конкретному ЗПАЛ на 100 000 населення (рис.). З **рисунку** видно, що в першу п'ятірку ЗПАЛ з найбільшими потенційними обсягами попередження госпіталізацій в масштабах популяції належать в порядку убавання: стенокардія, артеріальна гіпертензія, пневмонія, діабет і ХОЗЛ, що практично повністю співпадає зі списком найбільш значущих для дорослого населення України ЗПАЛ [14]. При цьому, виходячи з актуальних даних щодо перебігу COVID-19, до запобігання госпіталізації хворих з пневмонією слід ставитися з особливою пересторогою.

Середній рівень запобіжної госпіталізації дорослого населення від ЗПАЛ, визначений за опитуванням респондентів складає 26,6 % (24,8; 29,3), зі статистично значущими розбіжностями в оцінках лікарів ЗП-СЛ – 23,9 % (23,9; 24,5) та експертів – 27,7 %

Таблиця – Прогнозний рівень госпіталізації при різних ЗПАЛ за умо ви за умови ефективної роботи ПМСД

| ЗПАЛ | Стат. дані, Україна, 2017 (%) | Госпіталізація (%) | | | p |
|----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|--------------------|--------------------|-------|
| | | Прогнозний рівень – Ме (25 %; 75 %) | | | |
| | | Загалом n=77 | Лікарі ЗП-СМ n=71 | Експерти n=6 | |
| Пневмонія | 89 | 45,0 (30,0; 53,0)* | 50,0 (30,0; 53,6)* | 35,0 (30,0; 40,0)* | 0,157 |
| ПКВ | 69 | 50,0 (40,0; 69,0)* | 55,0 (48,7; 70,0)* | 50,0 (40,0; 50,0)* | 0,121 |
| ІШПК | 15 | 10,0 (5,0; 10,0)* | 10,0 (5,0; 10,0)* | 9,0 (8,0; 10,0)* | 0,894 |
| Інфекції нирок | 9 | 7,0 (5,0; 9,0)* | 7,6 (5,0; 9,0)* | 5,0 (5,0; 6,0)* | 0,051 |
| ЗЗМТ | 18,9 | 10,0 (10,0; 15,0)* | 10,0 (10,0; 15,0)* | 8,5 (7,0; 12,0)* | 0,064 |
| Залізодефіцитна анемія | 3 | 2,0 (2,0; 3,0)* | 2,0 (1,8; 3,0)* | 3,0 (3,0; 3,0) | 0,082 |
| Діабет | 11,9 | 10,0 (8,0; 10,0)* | 10,0 (8,0; 10,0)* | 11,0 (10,0; 12,0) | 0,033 |
| Епілепсія | 21 | 15,0 (10,0; 19,0)* | 15,0 (10,0; 19,5)* | 8,0 (6,0; 10,0)* | 0,006 |
| Гіпертонічна хвороба/АГ | 4,6 | 3,0 (2,0; 4,0)* | 3,0 (2,0; 4,0)* | 2,0 (2,0; 2,0)* | 0,016 |
| Стенокардія | 10,3 | 8,0 (7,0; 10,0)* | 8,0 (7,0; 10,0)* | 9,5 (9,0; 10,0)* | 0,154 |
| ХСН | 1,25 | 1,0 (1,0; 1,0) | 1,0 (1,0; 1,5) | 1,0 (1,0; 1,0) | 0,709 |
| ХОЗЛ | 6,9 | 4,3 (3,0; 5,0)* | 5,0 (3,0; 5,0)* | 2,5 (2,0; 3,0)* | 0,019 |
| Бронхіальна астма | 25,7 | 14,5 (10,0; 20,0)* | 15,0 (10,0; 20,0)* | 7,5 (5,0; 10,0)* | 0,017 |
| Виразка шлунку та 12-палої кишки | 6,8 | 5,0 (4,0; 6,0)* | 5,0 (4,0; 6,0)* | 5,0 (5,0; 5,0)* | 0,850 |
| Туберкульоз органів дихання | 73,8 | 65,0 (50,0; 70,0)* | 66,4 (50,0; 70,0)* | 50,0 (50,0; 50,0)* | 0,078 |
| Грип | 10 | 8,0 (5,0; 10,0)* | 8,5 (5,0; 10,0)* | 5,0 (5,0; 5,0)* | 0,058 |

Примітки. АГ – артеріальна гіпертензія; ІШПК – інфекції шкіри та підшкірної клітковини; ЗЗМТ – запальні захворювання малого таза (сальпінгіт, оофорит); ПКВ – проривна або кровоточива виразка шлунку та 12-палої кишки; ХОЗЛ – хронічні обструктивні захворювання легень; ХСН – хронічна / застійна серцева недостатність; p – розбіжності між експертами та ЛЗП-СМ за критерієм Манна-Уїтні; * – $p < 0,05$ порівняно з фактичним рівнем за критерієм Вілкоксона.

(24,9; 29,6) ($p = 0,005$). Визначено статистично значущі розбіжності ($p < 0,05$) між групами експертів та лікарів ЗП-СМ, в оцінках потенційної запобіжності госпіталізацій від ЗПАЛ за групами гострих та хронічних захворювань, які в цілому становлять 26,0 % (21,6; 32) та 6,3 % (5,7; 7,7) відповідно. Щодо захворювань, яким можна запобігти за допомогою імунізації розбіжностей не виявлено, рівень прогнозованої госпіталізації для них оцінюється в цілому у 45,5 % (43,8; 48,6).

Зменшення фактичного рівня госпіталізації від ЗПАЛ до визначеного опитаними групами дозволить зменшити частоту госпіталізації при амбулаторно-чутливих станах за оцінками лікарів ЗП-СМ на 6,5 % з 95 % ДІ (1,4 – 11,6), за оцінками експертів на 10,3 % з 95 % ДІ (2,8 – 17,6), за загальною оцінкою на 7,4 % з 95 % ДІ (1,6 – 13,2).

Загальний рівень потенційної запобіжності госпіталізації дорослого населення від ЗПАЛ, визначений для популяції, в Україні складає за оцінками лікарів ЗП-СЛ – 28,2 % (95 % ДІ 18,1 – 39,5), за оцінками експертів – 32,9 % (95 % ДІ 21,3 – 40,0), що може дозволити зменшити обсяг госпіталізації при амбулаторно-

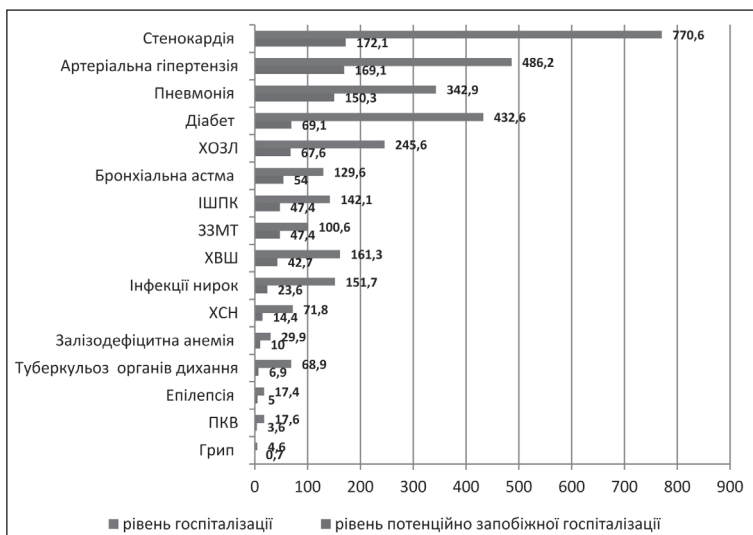


Рисунок – Обсяги потенційного запобігання госпіталізації від окремих ЗПАЛ на 100 000 населення.

чутливих станах (у % від числа хворих із ЗПАЛ) з 8,1 % до 6,0 % (за оцінками лікарів ЗП-СМ) або до 5,6 % (за оцінками експертів).

Однак існують дані, що прогностичні рівні запобіжної госпіталізації можуть виявитися переоціненими, оскільки в частині випадків з числа ЗПАЛ госпіталізація є не відвратною через занедбаність або специфічний перебіг захворювання у окремих пацієнтів; в інших, перш за все хронічних ЗПАЛ, необхідна довготривала профілактична робота (наприклад, підтримка відмови від куріння у хворих з ХОЗЛ), вплив якої важко виявити в рамках короткострокового дослідження [7]. Так, в Німеччині оціночний ступінь запобіжної госпіталізації становив 27 %, а реальне попередження надходження до стаціонару – 20 % [15].

Можливі обсяги запобіжних госпіталізацій при ЗПАЛ в Україні респонденти пов'язують перш за все з підвищенням доступності і якості ПМСД (37,8 %; 95 % ДІ 33,2 – 42,4) та поліпшенням координації між первинним та вторинним рівнями медичної допомоги (18,6 %; 95 % ДІ 13,3 – 23,9). Аналогічні дані, які підтверджують пріоритетність доступності та інтегрованості медичної допомоги, отримані в спеціальному дослідженні детермінант запобігання госпіталізацій зі ЗПАЛ [16].

Масштаби попереджуваних госпіталізацій від ЗПАЛ, визначені для популяції, як свідчать дані зарубіжних досліджень, можуть бути використані при розробці загальної політики або конкретних програм в сфері охорони здоров'я, в якості маркерів ефективності та визначення частки діяльності лікарень, яку можна контролювати на рівні амбулаторної, передусім первинної медичної допомоги [2], як індикатори доступності до амбулаторного лікування для моніторингу стану ПМСД і не можуть застосовуватися як механізм виявлення конкретних випадків госпіталізації, яких можна запобігти за умови цілеспрямованого впливу на здоров'я пацієнта [7].

Висновки. За результатами дослідження встановлено потенційна можливість достовірного зменшення обсягів госпіталізації по всій множині ЗПАЛ, визначеній значущою для України, за виключенням залізодефіцитної анемії та хронічної серцевої недо-

статності при яких обсяги запобіжності несуттєві (0,25-1 %).

Найбільший обсяг госпіталізацій дорослого населення, яких потенційно можна уникнути за рахунок ефективного медичного обслуговування на первинному рівні, за даними опитування лікарів загальної практики коливається в межах 45-30 % для таких ЗПАЛ, як запальні захворювання малого таза, пневмонія, бронхіальна астма, інфекції шкіри та підшкірної клітковини, ХОЗЛ, гіпертонічна хвороба; за експертними даними – від 60 % до 40 % запобіжності прогнозується при таких ЗПАЛ, як епілепсія, пневмонія, бронхіальна астма, ХОЗЛ, гіпертонічна хвороба, інфекції нирок та шкіри та підшкірної клітковини. Встановлено, що можливості запобігання госпіталізації по переважній більшості ЗПАЛ суттєві більші в міських, ніж сільських поселеннях.

Визначено, що найбільші популяційні показники обсягів ймовірного попередження госпіталізацій реєструються при артеріальній гіпертензії, пневмонії, стенокардії, ХОЗЛ і діабеті, що співпадає зі списком найбільш значущих для дорослого населення України ЗПАЛ.

Загальний рівень потенційної запобіжності госпіталізації дорослого населення від ЗПАЛ, визначений для популяції, в Україні складає за оцінками лікарів ЗП-СЛ – 28,2 % (95 % ДІ 18,1 – 39,5), за експертними оцінками – 32,9 % (95 % ДІ 21,3 – 40,0), що може дозволити зменшити загальний обсяг госпіталізації при амбулаторно-чутливих станах (у % від числа хворих із ЗПАЛ) з 8,1 % до 6,0 % (за оцінками лікарів ЗП-СМ) або до 5,6 % (за оцінками експертів).

Можливі обсяги запобіжних госпіталізацій при ЗПАЛ в Україні респонденти пов'язують перш за все з підвищенням доступності і якості ПМСД (37,8 %; 95 % ДІ 33,2 – 42,4) та поліпшенням координації між первинним та вторинним рівнями медичної допомоги (18,6 %; 95 % ДІ 13,3 – 23,9).

Отримані результати щодо масштабів попереджуваних госпіталізацій від ЗПАЛ, визначених для популяції, можуть розглядатися як потенціал для управління змінами і бути використані при розробці загальної політики або конкретних програм в сфері охорони здоров'я та зміцненні системи ПМСД.

Перспективи подальших досліджень полягають у об'єктивізації і конкретизації факторів, що впливають на попередження госпіталізації пацієнтів зі ЗПАЛ в Україні; виявленні елементів амбулаторної, і в першу чергу первинної медичної допомоги, які потребують зміцнення, щоб уникнути госпіталізацій зі ЗПАЛ; обґрунтуванні політики та комплексу заходів щодо запобігання госпіталізації стосовно ЗПАЛ.

Література

1. Carter R, Riverin B, Levesque JF, Garipey G, Quesnel-Vallée A. The impact of primary care reform on health system performance in Canada: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2016;16:324. Published 2016 Jul 30. DOI: 10.1186/s12913-016-1571-7
2. Carneiro CS. Hospitalisation of ambulatory care sensitive conditions and access to primary care in Portugal. *P Public Health*. 2018 Dec;165:117-24. DOI: 10.1016/j.puhe.2018.09.019
3. Phua J, Weng L, Ling L, Egi M, Lim CM, Divatia JV, et al. Intensive care management of coronavirus disease 2019 (COVID-19): challenges and recommendations. *The Lancet. Respiratory medicine*. 2020;8(5):506-17. Available from: [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30161-2](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30161-2)
4. Chang JJ, Chen YC, Gao HX, Zhang Y, Li HM, Su D, et al. Effect of inappropriate admissions on hospitalization performance in county hospitals: a cross-sectional study in rural China. *Cost Eff Resour Alloc*. 2019;17:8. Published 2019 Apr 2. DOI: 10.1186/s12962-019-0176-5
5. Rahimi H, Ostovar R, Vali L, Angha P. Investigating inappropriate admissions and hospitalizations in Yasuj educational hospitals based on appropriateness evaluation protocol (AEP): A case study in the internal and surgical wards. *Int J Health Plann Manage*. 2019 Apr;34(2):636-43. DOI: 10.1002/hpm.2723
6. Zuckerman RB, Sheingold SH, Orav EJ, Ruhter J, Epstein AM. Readmissions, Observation, and the Hospital Readmissions Reduction Program. *N Engl J Med*. 2016 Apr 21;374(16):1543-51. DOI: 10.1056/NEJMsa1513024
7. Longman JM, Passey ME, Ewald DP, Rix E, Morgan GG. Admissions for chronic ambulatory care sensitive conditions – a useful measure of potentially preventable admission? *BMC Health Serv Res*. 2015;15:472. Published 2015 Oct 16. DOI: 10.1186/s12913-015-1137-0
8. Purdy S, Griffin T, Salisbury C, Sharp D. Ambulatory care sensitive conditions: terminology and disease coding need to be more specific to aid policy makers and clinicians. *Public Health*. 2009 Feb;123(2):169-73. DOI: 10.1016/j.puhe.2008.11.001
9. Fransoo R, Martens P, Prior H, Burchill C, Koseva I, Allegro E. The 2013 RHA Indicators Atlas. Winnipeg, MB: Manitoba Centre for Health Policy. 2013;203-6. Available from: http://mchp-appserv.cpe.umanitoba.ca/reference/RHA_2013_web_version.pdf
10. Pinto LF, Giovannella L. The Family Health Strategy: expanding access and reducing hospitalizations due to ambulatory care sensitive conditions (ACSC). *Cien Saude Colet*. 2018 Jun;23(6):1903-14. DOI: 10.1590/1413-81232018236.05592018
11. Assessing health services delivery performance with hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. World Health Organization. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016. 43 p.
12. Lekhan VM, Kryachkova LV, Zayarskyi MI, Borvinko EV. Ukrayinska versiya protokolu otsinky obgruntovanosti hospitalizatsiyi ta yiyi try-valosti. *Svit medytsyny ta biolohiyi*. 2019;3:94-9. DOI: 10.26724/2079-8334-2019-3-69-94-100. [in Ukrainian].
13. Zhao F, Doroshenko O, Lekhan VN, Kriachkova LV, Goroshko A. Assessment of appropriateness of hospitalisations in Ukraine: analytical framework, method and findings. *BMJ Open*. 2019;9(12):e030081. Published 2019 Dec 8. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-030081
14. Lekhan VM, Kryachkova LV, Serdyuk VM. Otsinka vazhlyvosti problemy zakhvoryuvan, shcho piddayutsya ambulatornomu likuvannyu v Ukrayini. *Ukrayina. Zdorovya natsiyi*. 2020;2(59):7-17. DOI: 10.24144/2077-6594.2.2020. 201618. [in Ukrainian].
15. Sundmacher L, Fischbach D, Schuettig W, Naumann C, Augustin U, Faisst C. Which hospitalisations are ambulatory care-sensitive, to what degree, and how could the rates be reduced? *Health Policy*. 2015 Nov;119(11):1415-23. DOI: 10.1016/j.healthpol.2015.08.007
16. Santana R, Santos RF, Sarmiento J, Lopes S, Barbazza E, Tello J. Determinants of ambulatory care sensitive conditions hospitalizations – the patients' perspective. *International Journal of Integrated Care*. 2018;18:376. DOI: 10.5334/ijic.s2376

ПОТЕНЦІЙНО ЗАПОБІЖНІ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ, ПОВ'ЯЗАНІ З ЗАХВОРЮВАННЯМИ, ЩО ПІДДАЮТЬСЯ АМБУЛАТОРНОМУ ЛІКУВАННЮ

Лехан В. М., Крячкова Л. В., Сердюк В. М., Пучкова Н. В., Максименко О. П., Козир О. А., Кий-Кокарева В. Г., Колесник В. І.

Резюме. Проведено дослідження з використанням адаптованого до національного контексту керівництва ВООЗ для визначення потенційних обсягів запобіжних госпіталізацій, пов'язаних зі ЗПАЛ, для дорослого населення України. Опитано 77 респондентів. Встановлено, що загальний рівень потенційної запобіжності госпіталізації дорослого населення від ЗПАЛ, визначений для популяції, в Україні складає за експертними оцінками 32,9 %, що може розглядатися як потенціал для управління змінами при зміцненні системи ПМСД.

Ключові слова: захворювання, що піддаються амбулаторному лікуванню (ЗПАЛ), обсяги запобіжної госпіталізації, первинна медична допомога.

ПОТЕНЦИАЛЬНО ПРЕДОТВРАТИМЫЕ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ, СВЯЗАННЫЕ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ПОДДАЮЩИМИСЯ АМБУЛАТОРНОМУ ЛЕЧЕНИЮ

Лехан В. Н., Крячкова Л. В., Сердюк В. Н., Пучкова Н. В., Максименко О. П., Козырь А. А., Кий-Кокарева В. Г., Колесник В. И.

Резюме. Проведено исследование с использованием адаптированного к национальному контексту руководства ВОЗ для определения потенциальных объемов предотвратимых госпитализаций, связанных с ЗПАЛ для взрослого населения Украины. Опрошено 77 респондентов. Установлено, что общий уровень потенциальной предотвратимости госпитализации взрослого населения от ЗПАЛ, определенный для популяции, в Украине составляет по экспертным оценкам 32,9 %, что может рассматриваться как потенциал для управления изменениями при укреплении системы ПМСД.

Ключевые слова: заболевания, поддающиеся амбулаторному лечению (ЗПАЛ), объемы предотвратимой госпитализации, первичная медицинская помощь.

POTENTIALLY PREVENTABLE HOSPITALIZATIONS OF THE ADULT POPULATION UKRAINE ASSOCIATED WITH AMBULATORY CARE SENSITIVE CONDITIONS

Lekhan V. M., Kriachkova L. V., Serdyuk V. M., Puchkova N. V., Maksimenko O. P., Kozyr O. A., Kiy-Kokareva V. G., Kolesnik V. I.

Abstract. *The purpose of the study* is to determine the potentially preventable hospitalization associated with Ambulatory care sensitive conditions (ACSC) for the adult population of Ukraine while improving the effectiveness of primary care.

Object and methods. The study was conducted as a second phase after determining the general list and markers ACSC for the adult population of Ukraine ACSC study in Ukraine using adapted to the national context of the WHO

guidelines for assessing ACSC and the potentially preventable hospitalization in the European region. 77 respondents – general practitioners and a group of experts were interviewed using a standardized questionnaire.

Results. The potential possibility of a significant reduction in hospitalizations for the entire set of ACSC, identified as significant for Ukraine, with the exception of iron deficiency anemia and chronic heart failure, has been identified. The largest population indicators of probable preventable of hospitalizations are registered in arterial hypertension, pneumonia, angina, COPD and diabetes, which coincides with the list of the most significant for the adult population of Ukraine ACSC. The general level of potential preventable of hospitalization of adults from ACSC, determined for the population, in Ukraine is according to doctors – 28.2%, according to expert estimates – 32.9%, which may reduce the total hospitalization for outpatient-sensitive conditions (in% from the number of patients with ACSC) from 8.1% to 6.0% (according to PPE estimates) or up to 5.6 % (according to experts).

Conclusions. The results obtained for the potentially preventable hospitalisation from ACSC, defined for the population, can be seen as a potential for change management and can be used in the development of general policies or specific programs in the field of health and strengthening PHC systems.

Key words: ambulatory care sensitive conditions (ACSC), potentially preventable hospitalization, primary care.

Рецензент – проф. Голованова І. А.

Стаття надійшла 09.05.2020 року

DOI 10.29254/2077-4214-2020-2-156-324-327

УДК 614.2-053.6(477.87):613.81/.84

Рогач І. М., Керецман А. О., Погоріляк Р. Ю., Рего О. Ю.

ПОШИРЕНІСТЬ КУРІННЯ ТА ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ СЕРЕД ШКОЛЯРІВ м. УЖГОРОДА, ЯК ОДНА ІЗ ОСНОВНИХ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИХ ПРОБЛЕМ СУЧАСНОСТІ ДВНЗ «Ужгородський національний університет» (м. Ужгород)

renata.pohoriliak@gmail.com

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Дане дослідження є фрагментом НДР «Визначення умов та механізмів впливу факторів зовнішнього та внутрішнього середовища на формування особистості та стану громадського здоров'я населення», № державної реєстрації: 0117U001750.

Вступ. Кожна п'ята людина в світі – підліток, причому 85% підлітків проживають в країнах, що розвиваються. Біля 2/3 випадків передчасної смерті і 1/3 загального тягаря хвороб у дорослих пов'язані з умовами і формами поведінки, які беруть початок в молодому віці, у т. ч. вживання тютюну, алкоголю, відсутність фізичної активності тощо [1,2]. Приблизно 80,0% дорослих курців починають палити у віці до 18 років. На сьогодні біля 150 млн. підлітків вживають тютюн та алкоголь і ця цифра поступово збільшується в усьому світі. Формування навичок здорової поведінки в підлітковому віці і зусилля, направлені на кращий захист даної вікової групи від ризиків, забезпечать в подальшому триваліше і продуктивніше життя для багатьох [3,4,5]. В свою чергу, розробка ефективних заходів по боротьбі з цими шкідливими звичками повинна базуватись на чіткій уяві про поширеність тютюнопаління та вживання алкоголю серед різних верств населення, та насамперед, серед дітей шкільного віку [6,7]. Зважаючи на це, Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), Центром по контролю і профілактиці захворювань (CDC) та Канадською асоціацією популяційного здоров'я (СРНА) була ініційована Глобальна система контролю над тютюнопалінням та вживанням алкоголю. Завданням даної системи є збір, узагальнення та розповсюдження даних по цим основним напрямкам.

Вперше Україна приймала участь в глобальному опитуванні підлітків навесні 1999 р. (по м. Києву). Виконавцями були представники Інформаційного Центру по проблемам алкоголю і наркотиків. Наступне опитування було проведене у вересні 2005 р. фахівцями ІГМЕ, за підтримки МОЗ України. Опитування

було проведене в різних регіонах України (Центральний, Південний, Східний, Західний регіони та м. Київ). У 2011 р. Україна втретє приймала участь в опитуванні (виконавцями були також фахівці ІГМЕ). За уніфікованою анкетною були опитані учні 7-9 класів 49 шкіл України. Загальна кількість учнів, які приймали участь в дослідженні становила 3762 особи, з них підлітків 13-15 років було 3550. Анкети, які використовували для Глобального опитування 2005 і 2011 р. були ідентичні та містили запитання по 5 ключовим напрямкам (доступ учнів до тютюну; їх ставлення до припинення паління; пасивне паління; реклама/антиреклама в засобах масової інформації; роль школи в боротьбі з тютюнопалінням). У червні 2012 р. в м. Атланта (США) на Робочому засіданні, присвяченому обробці та аналізу результатів Глобального опитування 2011 р., окрім даних щодо поширеності тютюнопаління та вживання алкоголю в кожній країні, також були надані узагальнені матеріали щодо тютюнопаління та вживання алкоголю в різних регіонах ВООЗ (згідно опитування попередніх років (2002-2007 р.) [8].

Мета дослідження. Вивчення поширеності вживання цигарок і алкоголю школярами, а також дослідження впливу чинників різних моделей поведінки та вивчення їх зв'язку з особливостями соціального оточення (впливу сім'ї та компанії однолітків).

Об'єкт і методи дослідження. Методом анкетування (самозаповнення анкет) нами було проведено соціологічне дослідження серед учнів 5-11-х класів ЗОШ 1-3 ст. м. Ужгород. Респондентами стали 257 дівчат (64,3%) та 143 хлопці (35,7%). Анкетування проводилось за згодою самих учнів, їх батьків та вчителів, з дотриманням всіх правил етики та відповідно чинному законодавству. У дослідженні були використані наступні методи наукового дослідження: системного підходу, соціологічний та медико-статистичний.

Результати досліджень та їх обговорення. Проаналізувавши зміст анкет, дослідженням було вста-