ДУ «ІНСТИТУТ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ ТА ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ ім. Л.В. ГРОМАШЕВСЬКОГО НАМН УКРАЇНИ»

ТОВ «НВК «ЕКОФАРМ»

Превентивна медицина

ТЕОРІЯ І ПРАКТИКА

1 (1) / 2023

ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ · БІОБЕЗПЕКА · ЕПІДЕМІОЛОГІЯ · ЛІКАРЮ-ПРАКТИКУ

ПРОТИЕПІДЕМІЧНИЙ ЗАХИСТ НАСЕЛЕННЯ І ТЕРИТОРІЇ У ПЕРІОД АКТИВНОЇ ФАЗИ РОСІЙСЬКО-УКРАЇНСЬКОЇ ВІЙНИ У 2022 РОЦІ

РОЗВИТОК ЕПІДЕМІЧНОГО ПРОЦЕСУ COVID-19 В УКРАЇНІ

СУЧАСНІ СВІТОВІ ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ: НАУКОМЕТРИЧНИЙ АНАЛІЗ

КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ПРОЯВИ ПНЕВМОНІЇ У ПОРАНЕНИХ ПІД ЧАС ВІЙНИ В УКРАЇНІ У 2022 РОЦІ

Головний редактор
В.І. Задорожна

Шеф-редактор
А.М. Новик

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:
Н.П. Винник, І.В. Дзюблик, П.А. Дьяченко,
С.П. Луговський, М.Г. Люльчук,
О.В. Мурашко (відповідальний секретар),
О.Л. Панасюк, О.А. Ракша-Слюсарева,
Т.А. Сергеєва, В.І. Трихліб, С.В. Федорченко,
В.Р. Шагінян (заступник головного редактора)

РЕДАКЦІЙНА РАДА:
М.А. Андрейчин (Тернопіль), Ю.Г. Антипкін (Київ),
Т.А. Бухтіярова (Київ), Н.О. Виноград (Львів),
І.М. Дикан (Київ), В.М. Князевич (Київ),
В.М. Корнацький (Київ), С.О. Крамарьов (Київ),
Н.В. Медведовська (Київ),
А.П. Подаваленко (Харків), Н.С. Полька (Київ),
В.Я. Співак (Київ), О.К. Толстанов (Київ),
М.Д. Тронько (Київ), В.І. Цимбалюк (Київ),
А.А. Чумак (Київ), В.П. Широбоков (Київ),
А.М. Щербінська (Київ)

Превентивна медицина.
Теорія і практика

Науково-практичний журнал

Видається щоквартально

№1 (1) /2023 р.

Свідоцтво про державну реєстрацію
КВ №25337-15277Р від 22.12.2022 р.

ЗАСНОВНИКИ:
ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України»

ТОВ «НВК «Екофарм»

ВИДАВЕЦЬ
ТОВ «НВК «Екофарм»

Затверджено Вченою радою ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України» від 27.12.2022 року, Протокол № 8

Макет, комп'ютерна верстка:
В. Сігнатулін, А. Юрченко

Адреса редакції
03038 м. Київ, вул. М. Амосова, 5
duieih@amnu.gov.ua
epidemics@ukr.net

Друк
ПрАТ «Рекламна Агенція «ЛІРА»
01054, м. Київ, вул. Стрілецька, 24, офіс 3
+380 (44) 270 70 94

Онлайн-версія
moniheal.com
duieih.kiev.ua

Пріоритетом для журналу «Превентивна медицина» є інститут сімейної медицини, адже за визначенням, це розділ медицини, який займається саме «формуванням, збереженням, зміцненням і відновленням здоров'я особи та її сім'ї через первинну медико-санітарну допомогу»

Зміст Contents

4 В.І. Задорожна, В.Р. Шагінян, Т.А. Сергеєва
Мавпяча віспа: нові аспекти нинішнього спалаху

V.I. Zadorozhna, V.R. Shaginian, T.A. Sergeyeva
Monkeypox: new aspects of an ongoing outbreak

16 В.І. Задорожна, В.Р. Шагінян, Т.А. Сергеєва, Н.П. Винник
Розвиток епідемічного процесу COVID-19 в Україні

V.I. Zadorozhna, V.R. Shaginian, T.A. Sergeyeva, N.P. Vynnyk
Development of the epidemic process of COVID-19 in Ukraine

24 Н.О. Виноград
Протиепідемічний захист населення і території у період активної фази російсько-української війни у 2022 році

N.O. Vynograd
Anti-epidemic protection of the population and territory during the active phase of the russian-ukrainian war in 2022

28 Н.В. Медведовська, Н.О. Артамонова, Л.М. Овсяннікова
Сучасні світові тенденції розвитку профілактичної медицини: наукометричний аналіз

N.V. Medvedovska, N.O. Artamonova, L.M. Ovsyannikova
Current global trends in the development of preventive medicine: a scientific analysis

33 В.А. Понятовський, В.П. Широбоков, В.В. Бобир, А.В. Харіна
Бактеріофаги як можливий напрям боротьби з антибіотикорезистентними штамами мікроорганізмів

V.A. Poniatovskyi, V.P. Shyrobokov, V.V. Bobyr, A.V. Kharina
Bacteriophages as a possible direction of fighting antibiotic-resistant strains of microorganisms

38 В.І. Трихліб, А.О. Вітомська-Мельник, А.Б. Щур, Ю.В. Мамонтова
Клініко-лабораторні прояви пневмонії у поранених під час війни в Україні у 2022 році

V.I. Trichlib, A.O. Vitomska-Melnyk, A.B. Shchur, Yu.V. Mamontova
Clinical and laboratory manifestations of pneumonia in the wounded during the war in Ukraine in 2022

46 Л.В. Кузнєцова
Протефлазід – ефективний лікарський засіб у боротьбі з вірусними захворюваннями

L.V. Kuznetsova
Proteflazid is an effective drug against viral diseases

50 О.П. Мінцер, А.М. Новик
І знову про парадигму «Здоров'я здорових людей»

O.P. Mintser, A.M. Novyk
And again, about the paradigm «Health of healthy people»

Статті затверджені на Вченій раді ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України» 27.12.2022 року

УДК 613:004.67:616-052:303.632:004.738.5

О.П. Мінцер[1], А.М. Новик[2]

І ЗНОВУ ПРО ПАРАДИГМУ «ЗДОРОВ'Я ЗДОРОВИХ ЛЮДЕЙ»

[1]Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика,
[2]ТОВ «НВК «Екофарм»

Анотація. *У статті підкреслюється думка, що перед системами охорони здоров'я практично всіх розвинених країн сьогодні постають безпрецедентні виклики, зумовлені старінням населення, і, як наслідок, стрімким зростанням витрат на охорону здоров'я та тяжкими хронічними захворюваннями населення. Все це робить структуру існуючих систем охорони здоров'я нестійкою, високовитратною та низькоефективною і неминуче призводить до зниження якості життя та зменшення його тривалості.*

Мета роботи. *Запропонувати механізм переорієнтації лікарського фахового середовища на парадигму забезпечення і багаторічне збереження здоров'я здорових людей, що має визначити модель охорони здоров'я та технології надання медичної допомоги у XXI столітті.*

Висновки. *У сучасному медичному обслуговуванні оплата послуг постачальникам здійснюється за відвідування пацієнтом медичного закладу, проведеного обстеження або лікування, незалежно від отриманої ефективності виконаних процедур. Водночас система охорони здоров'я має працювати на моделях, що створюють культуру відповідальності за стан здоров'я кожного учасника. Партисипація пацієнта і лікаря дозволяє вирішити проблеми забезпечення постійного моніторингу стану здоров'я пацієнта, а також сприяти захисту прав лікаря та пацієнта. Створений медичний онлайн-сервіс – універсальна медична система – moniheal.com («контролюй здоров'я») поєднує як адміністративний функціонал МІС, так і той інструментарій, що забезпечує реалізацію усього спектру відносин лікаря з пацієнтом.*

Ключові слова. *Здоров'я здорових, постійний моніторинг стану пацієнтів, цифровізація системи охорони здоров'я, мультифункціональна медична онлайн-платформа MoniHeal.*

O.P. Mintser[1], A.M. Novyk[2]

AND AGAIN, ABOUT THE PARADIGM «HEALTH OF HEALTHY PEOPLE»

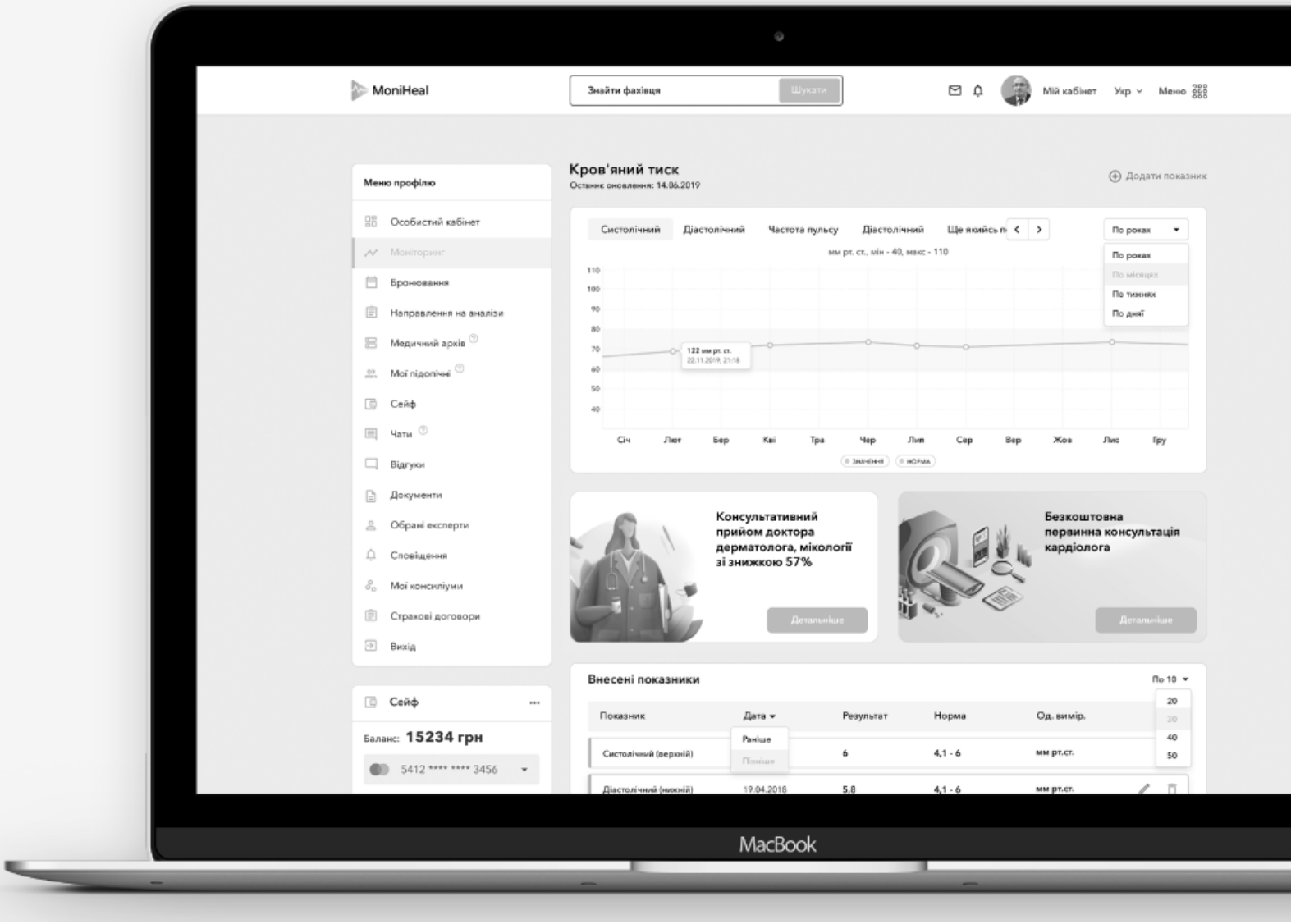
[1]P. Shupyk National University of Health Care of Ukraine,
[2]«Ekofarm»

Abstract. *The considered problem It is emphasized that the health care systems of almost all developed countries today face unprecedented challenges caused by the aging of the population, the rapid growth of health care costs, and the increase in morbidity. All this makes the structure of existing health care systems unstable and inevitably leads to a decrease in the quality of life.*

The purpose of the study *was to propose a mechanism for reorienting the medical society to the paradigm of ensuring the health of healthy people, which should determine the model of health care and the provision of medical care in the 21st century.*

Conclusions *– In modern medical care, service providers are paid for a patient visit, treatment or examination, regardless of the effectiveness of prevention or treatment. At the same time, the health care system must work on models that create a culture of responsibility for the care of each member of the affiliated health insurance plan. Patient participation allows solving the problems of ensuring constant monitoring of the state of health, as well as contributing to the protection of the rights of the doctor and the patient. The created online medical service is a universal medical system and – moniheal.com, which combines both the administrative functionality of MIS and a toolkit that ensures the implementation of the entire spectrum of doctor-patient relations.*

Keywords. *Health of the healthy, constant monitoring of patients' condition, digitization of the health care system, multifunctional medical online platform MoniHeal.*



Вступ

Інформаційні технології практично повністю оволоділи нашим життям. Велика кількість їх призначена для вирішення окремих задач медицини. Електронні карти здоров'я, різні медичні інформаційні системи (МІС), медичні органайзери — все це вже з'являється, і покликане дозволити кожній людині самостійно взяти контроль над станом свого здоров'я, навчитися систематично проводити медичні дослідження стану здоров'я та розуміти їх значення, отримувати консультації щодо вибору найсучаснішої терапії. Електронні карти (плани) лікувального харчування та прийому лікарських препаратів — незамінний інструмент для хронічних хворих і тих, кому прописані певні курси лікування. Дуже зручно вести електронні щоденники дитячого здоров'я.

Однак інтеграція інформаційних технологій (ІТ) у стратегічний шлях забезпечення здоров'я людини ще, на жаль, ніде повною мірою не розроблена. Головне — не створюються методології переорієнтації ментальності людей та урядів держав на парадигму збереження здоров'я здорових людей. Описано лише окремі технології впровадження ІТ в систему охорони здоров'я. Водночас саме така методологія може бути використана при вирішенні глобального завдання — забезпечення здоров'я здорових людей. Раніше нами вже розглядалися різні питання забезпечення здоров'я [1–3], але всі вони так чи інакше пов'язані з захворюваннями людини. Натомість перед системами охорони здоров'я практично всіх розвинених країн сьогодні постають безпрецедентні виклики. Серед них старіння населення, а з ним — збільшення тяжких хронічних захворювань, що підвищує фінансове та організаційне навантаження на систему охорони здоров'я. Ця тенденція у поєднанні зі стрімким зростанням витрат на охорону здоров'я в системі відшкодування витрат, а також принципом «плата за послугу», який компенсує витрати на даний обсяг послуг без порівняння з результатами збереження здоров'я, робить структуру існуючих систем охорони здоров'я нестійкою і неминуче призводить до зниження якості життя [4] та значних витрат на його підтримку.

Мета роботи

Запропонувати механізм переорієнтації лікарського фахового середовища на парадигму забезпечення здоров'я здорових людей, що має визначити модель охорони здоров'я та надання медичної допомоги у XXI столітті, тобто привести назву «Система охорони здоров'я» у відповідність до її мети і місії, щоб вона не тільки мала назву «охорони здоров'я», а й дійсно застосовувала та впроваджувала в повсякденне життя технології превентивної медицини. Що, безперечно, збільшить можливості кожної людини зберегти своє здоров'я, а не постійно лікувати важкі хронічні хвороби.

Деяка інформація для роздумів

У травні 2020 року видання Liga.net опублікувало результати власного спецпроєкту про стан української медицини [5]. З погляду медичної науки це дослідження складно вважати репрезентативним, однак деякі його моменти становлять статистичний інтерес

для фахівців, які професійно займаються превентивною медициною.

Головний висновок був сформульований у назві дослідження «Як у вас вкрали 1 825 днів життя», в якому йдеться про те, що середньостатистичний українець «не доживає» приблизно п'ять років. Можна скептично ставитися до методології розрахунку тієї чи іншої кількості «днів життя», але важко не погодитися із суттю проблеми: ефективна система охорони здоров'я, безумовно, додає людям і тривалості, і якості життя. З цього боку сучасна медицина в Україні виглядає, на жаль, не найкраще.

Середня тривалість життя в Україні, згідно з інформацією станом на довоєнний час, становила 71 рік 7 місяців. У сусідній Польщі — 77 років 9 місяців. При цьому в 1991 році середня тривалість життя в обох країнах становила близько 70 ± 1 рік. Як бачимо, в Україні цей показник практично не змінився, водночас у Польщі (та й в інших країнах Східної Європи) помітно виріс. Навіть у відносно небагатій Румунії, наприклад, живуть у середньому 75 років 5 місяців.

Залежність тривалості життя від ефективності системи охорони здоров'я безумовна і зрозуміла. У згаданому спецпроєкті підібрано досить яскраві зіставлення, що ілюструють рівень української медицини (інформація, можливо, дещо застаріла, однак з високою вірогідністю тенденції не змінилися до сьогоднішнього моменту):

• В Україні у 2019 році на кір перехворіло 57 000 осіб, натомість у всіх країнах Євросоюзу — 13 000 осіб.

• Показник материнської смертності в Україні — 24 смерті на 100 тисяч осіб. Європейські показники в рази менші: Польща — 3 смерті під час і щойно після пологів на 100 тисяч, Чехія — 4.

• Середня тривалість перебування в стаціонарі в Україні — 10 днів, в Угорщині — 5, у Польщі й Литві — 6 днів.

Наведені дані демонструють досить емоційну картинку проблем, що існують у вітчизняній системі охорони здоров'я. Однак для ілюстрації теми превентивної медицини набагато «ефектнішими» виглядають офіційні дані про загальний рівень смертності в Україні та про причини смертей. Відповідно до інформації Держстату, в 2021 році Україна втратила 714 263 громадян.

Ще одну сумну картину отримуємо при аналізі причин смертності. Перша основна причина: 60,2% від загальної кількості, або 430 013 осіб померли від захворювань системи кровообігу (причому 42,1%, або 300 724 особи — від ішемічної хвороби серця; ще 11,57%, або 82 617 осіб — від цереброваскулярних захворювань). Друга основна причина: 10,32%, або 73 683 особи — померли від онкологічних захворювань. Третя основна причина: гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ) — 3,12%, або 22 282 особи померли від грипу та пневмонії, 11,8%, або 84 316 осіб померли від COVID-19. Загалом від ГРВІ померло 106 598 осіб.

Висновок не просто сумний, він трагічний — понад шестисот тисяч громадян (що становить 85,4% від загальної смертності) померли від хвороб, які могли бути діагностуванні та усунуті набагато років раніше їхньої фінальної стадії. Згадування такої причини смерті, як ГРВІ й, зокрема, COVID-19 тут виглядає абсолютно логічним, тому що в переважній більшості випадків причиною летальності є не безпосередньо вірусна інфекція, а викликані нею фатальні загострення наявних у людини хронічних захворювань: в переважній більшості — системи кровообігу та онкології.

Виникає закономірне питання — чому щорічно понад шестисот тисяч громадян України помирають через несвоєчасну діагностику проблем зі здоров'ям, які призвели до розвитку небезпечних для життя захворювань, а в результаті до смерті пацієнта? Тобто це люди, які «не дожили» умовні п'ять років, виходячи з розрахунків авторів дослідження «Як у вас вкрали 1 825 днів життя». З урахуванням наведеної вище статистики причин смертності, з таким висновком доводиться погодитися.

Відповідь на запитання: як медицина «проґавила» ці сотні тисяч життів?, — виглядає складною і багатогранною, однак узагальнений погляд на проблему достатньо зрозумілий. Можна сформулювати запитання дещо інакше: чи відповідає своїй місії державний адміністративний інститут під назвою «Міністерство охорони здоров'я» в його нинішньому вигляді? Адже більшою мірою увесь цей великий, дороговартісний і складний механізм адміністрування сьогодні займається наданням медичної допомоги хворим людям, і при цьому не виконує функцій охорони та збереження здоров'я тих, хто ще не пришкандибав до лікаря в напівзруйнованому стані! Тобто система присвятила себе спробам порятунку життів, а не попередженню появи у громадян проблем зі здоров'ям і, відповідно, загроз життю.

Цей висновок підтверджується відомою аксіомою: основна причина більшої тривалості життя криється не стільки в якості лікування, скільки у його своєчасності та професійності.

Проілюструємо цю думку одним досить відомим прикладом. В 1960-і роки у декількох штатах США започаткували масовий (майже тотальний) скринінг для раннього виявлення раку молочної залози. Проєкт супроводжувався державною соціальною рекламою, що наполегливо пропонувала (до речі, й донині пропонує) такий скринінг, разом із страховими і трудовими обмеженнями для тих, хто ці заклики ігнорує.

Скринінг проводився регулярно раз на два роки. Через десять років після початку цієї акції було зафіксовано зростання захворюваності на РМЗ у віковій категорії 30–55 років майже в 13 разів! Звісно, мова йде не про збільшення кількості хворих жінок, а про тих, у кого хвороба була виявлена в результаті скринінгу на безсимптомній стадії. Зрозуміло, що завдяки цьому переважна частина жінок була вчасно пролікована, вони змогли уникнути переходу хвороби у важкі форми, і відповідно — ранньої смерті, тобто смертність від раку молочної залози суттєво знизилась.

Необхідно звернути увагу на те, що в основі успіху подібних скринінгових та моніторингових програм у США і Європі лежать традиційні для систем охорони здоров'я цих країн стимули, — адже чимала частина системи охорони здоров'я побудована там на медичному страхуванні. Зокрема, у більшості випадків оплата лікування страховою виплатою буде неможливою, якщо людина регулярно й вчасно не виконала хоча б одного планового скринінгу або постійного моніторингу стану тієї чи іншої системи організму. Або відвідала, але потім не виконала приписи та рекомен-

> ***Лікар зобов'язаний надавати кожному пацієнту належну допомогу, основану на результатах програм скринінгу (моніторингу), передусім для запобігання захворюванням, а також для зниження частоти та наслідків хронічних захворювань.***

дації лікарів. Оскільки нікому не хочеться опинитися при виникненні серйозних проблем зі здоров'ям без страхових засобів (при захмарній вартості медичних послуг на Заході) — від виконання скринінгових (моніторингових) програм ухилитися неможливо. Тим паче, що планові обстеження, передбачені страховим договором, оплачуються або страховиком, або державою.

В Україні така «моніторингова» культура перебуває на рівні, близькому до нульової відмітки. І не тільки тому, що медичне страхування не є масовим. Проведення скринінгових і постійних моніторингових програм цілком логічне та можливе й без додаткових «страхувальних» стимулів, тим більше, що сьогодні з'явилися широкі можливості застосування дистанційного моніторингу. Віддалений моніторинг пацієнтів поєднує в собі передову технологію з клінічним досвідом для відстеження та передачі інформації про стан здоров'я пацієнтів з їхнього власного помешкання, що стає все популярнішим варіантом телемедицини. Проблема полягає у відсутності в лікарів, насамперед сімейних, інструментарію для залучення пацієнтів у превентивну медицину, а в переважної більшості самих пацієнтів — у відсутності розуміння, що це необхідно для них самих, і що їхне персональне здоров'я, це зона особистої відповідальності.

Стосовно пацієнтів знову звернемося до дослідження «Як у вас вкрали 1 825 днів життя», що містить звіт пілотного масового опитування в Полтавській області про відсоток громадян, які проводять скринінг і постійний моніторинг стану здоров'я. Виявилося, що у моніторингових і профілактичних контактах з лікарями бере участь лише 4% населення Полтавщини. Та навіть ця незначна цифра здасться досить оптимістичною — у масштабах країни частка співвітчизників, які реально забезпечують регулярну, а не ситуативну перевірку власного здоров'я в партнерстві з сімейним лікарем, буде очевидно меншою. Серед іншого, й через те, що опитані, ймовірно, найчастіше просто не розуміли суті питання, вважаючи, що скринінг і моніторинг — це недавно зданий вперше за два-три роки аналіз крові.

Стосовно лікарів нескладно припустити, що у переважній більшості вони розуміють важливість саме превентивних технологій роботи з пацієнтом. Крім того, для фахівців первинної ланки надання медичної допомоги — сімейних лікарів — така позиція є прямим обов'язком.

У «Нормативних вимогах», викладених у Наказі МОЗ України від 19.03.2018 № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» [6], є низка пунктів, що прямо вказують на обов'язок сімейного лікаря ініціювати проведення скринінгових та постійних моніторингових досліджень для певних груп пацієнтів. А саме:

• «Динамічне спостереження за пацієнтами з діагностованими хронічними захворюваннями (супровід пацієнтів із хронічними захворюваннями й станами), яке включає комплекс діагностичних і лікувальних втручань, передбачених галузевими стандартами».

• «Проведення обов'язкових медичних втручань пацієнтам з наявними факторами ризику розвитку окремих захворювань».

Вже ці два найважливіші напрями прямо вказують на обов'язковість проведення скринінгових (моніторингових) досліджень, спрямованих як на контроль над уже наявними захворюваннями, так і на ранню діагностику та профілактику. На жаль, можна з упевненістю констатувати, що такі дії сімейними лікарями не проводяться планомірно, хіба у випадку звернення пацієнта до лікаря з уже наявними симптомами захворювання, яке не дає можливості контролювати стан здоров'я здорової людини.

Декілька уривчастих пунктів Нормативних вимог — це ще не ідеологія попередження виникнення захворювань. Взагалі, про яку ідеологію превен-

тивної медицини ми можемо говорити, коли система охорони здоров'я не спроможна навіть здійснювати покладену на неї обов'язкову функцію супроводу груп ризику?

При цьому, неважко здогадатися, що причиною такого стану є відсутність механізмів реалізації скринінгових і моніторингових завдань, відсутність специфічних спеціалізованих інструментів комунікації між лікарями і пацієнтами, при тому, що гроші все-таки ідуть до лікаря за пацієнтом, якого лікар можливо ніколи й не бачив. Годі й говорити про скринінг і моніторинг взагалі — для тих, хто поки ще здоровий (тобто необстежений)! Навіть якщо сімейний лікар раптом відчує потребу повідомити двом тисячам громадян, з якими у нього підписані декларації, про те, що жінкам певного віку потрібно пройти скринінг, скажімо, на рак молочної залози, а чоловікам — на рак простати, усім гіпертонікам зробити планову ліпідограму, — у нього немає жодного доступного та ефективного інструменту для вирішення цієї задачі.

Таку ініціативу з боку середньостатистичного сімейного лікаря важко собі уявити — саме тому, що за умови відсутності інструментарію реалізації технологій превентивної медицини, про неї не може бути і мови.

Це при тому, що «цифровізацію» системи охорони здоров'я в Україні проведено рекордними темпами. Кожний лікар тепер працює з MIC (медична інформаційна система), фіксуючи всі свої формальні відносини з пацієнтом у державній медичній базі даних eHealth. Тільки ось, як виявилося, здебільшого MIC не дає лікарю сервісів для встановлення з пацієнтом відносин, притаманних превентивній медицині. MIC практично не орієнтована на пацієнта, її роль глибоко вторинна. Ніякої технології партисипації досі не існує. Пацієнт — не суб'єкт, а знеособлений об'єкт у відносинах із системою охорони здоров'я: записався-прийшов-отримав рецепт (або направлення до іншого фахівця), якщо сильно занедужав — приходь ще, або викликай швидку допомогу. Отже, більшість настанов ВООЗ та наукових рекомендацій стосовно пацієнтоцентроїдної моделі охорони здоров'я [7–11], принципів превентивної 4P-медицини залишаються незатребуваними — такими, які неможливо реалізувати за нинішніх умов. До того ж, у сучасному медичному обслуговуванні з оплатою послуг постачальникам платять за відвідування лікаря пацієнтом (лікування або проведене обстеження), незалежно від ефективності отриманого лікування. Водночас система охорони здоров'я має працювати на моделях, що створюють культуру відповідальності за здоров'я кожного учасника афілійованого з планом медичного страхування. Лікар зобов'язаний надавати кожному пацієнту належну допомогу, основану на результатах програм скринінгу (моніторингу), передусім для запобігання захворюванням, а також для зниження частоти та наслідків хронічних захворювань.

Цікаво, що більшість сімейних лікарів, говорячи про недоліки MIC, тему «об'єктності» пацієнта й відсутно-

сті інструментарію для реального співробітництва та спостереження за його станом, позначають чи не останнім пунктом і далеко не всі. В 2021 році «Агентство медичного консалтингу» провело у столичних закладах сімейної медицини опитування «Який функціонал МІС Ви прагнули б отримати?». У результаті, серед безлічі побажань суто адміністративного характеру, тільки 21% лікарів висловилися, що їм не вистачає функціоналу для формування та ведення баз пацієнтів. Це говорить про бажання таких лікарів «побачити» кожного зі своїх пацієнтів з його індивідуальними проблемами! Хоча б тому, що за кожного з пацієнтів сімейний лікар отримує від держави кошти, відповідно до укладеної декларації — при тому, що більшість із цих пацієнтів лікар ніколи не чув і не бачив (!), що згідно з Кримінальним кодексом України можливо кваліфікувати як шахрайство.

Але є й позитивні сигнали. Перший з них пов'язаний з тим, що понад 20% лікарів готові забезпечувати тривале й повноцінне життя для тих пацієнтів, які виявлять відповідний рух назустріч.

Другий позитивний сигнал — поява на ринку України онлайн-сервісів, що містять функціонали для реалізації принципів превентивності в медицині.

Зауважимо, що необхідно розділяти традиційні медичні інформаційні системи і медичні онлайн-сервіси.

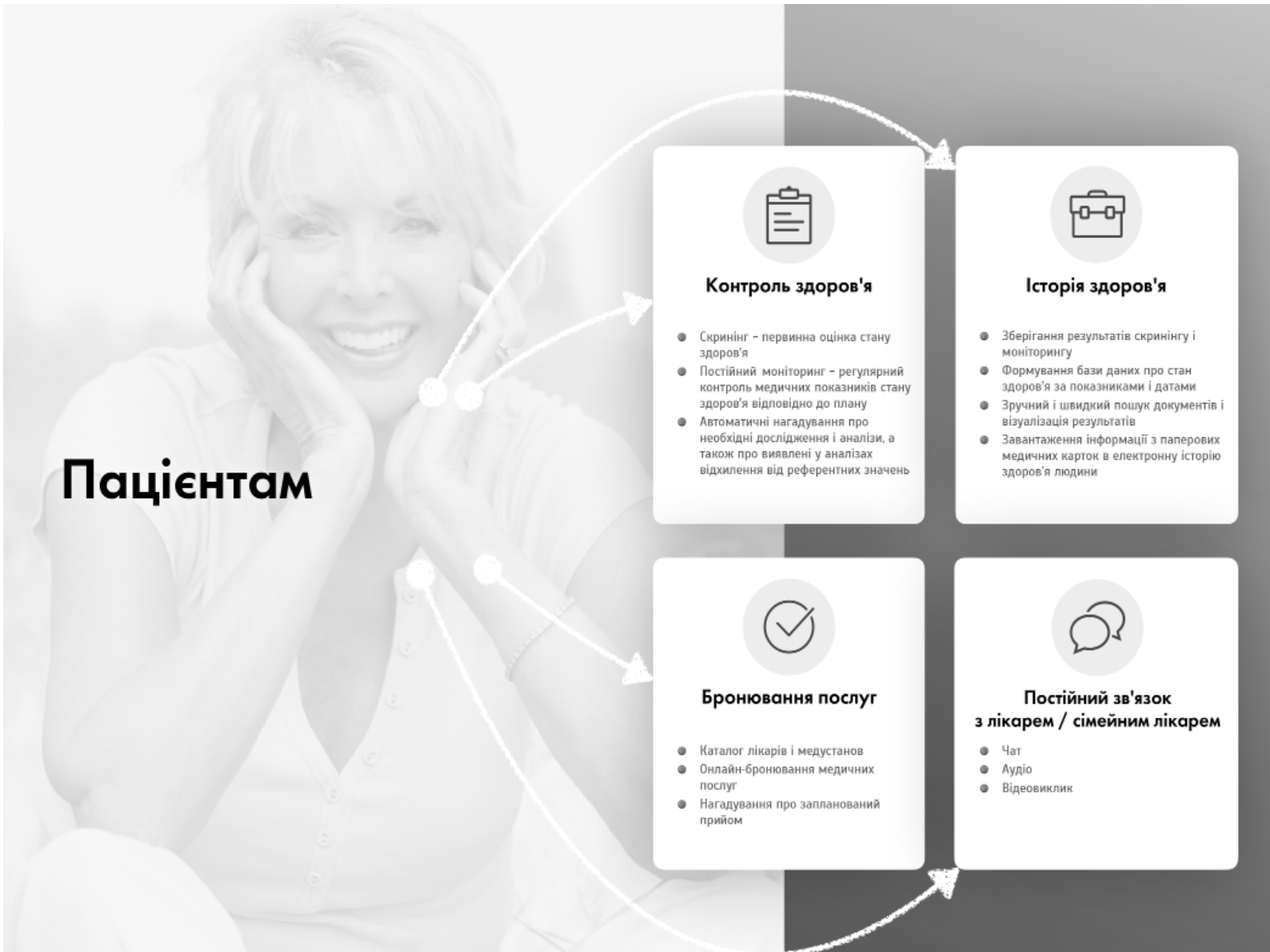
МІС у наявній вітчизняній традиції створюється переважно з метою цифрової формалізації відносин усередині системи «лікар–міністерство», де адміністрування процесів і звітність відіграють головну і майже єдину роль. Основного суб'єкта «пацієнта і його здоров'я» у цих відносинах не передбачено (хоча гроші «ходять» за пацієнтом).

Медичні онлайн-сервіси орієнтовані на систему відносин «лікар–пацієнт» і націлені на реалізацію принципів партисипації (партнерства), постійної співпраці. Зауважимо, що у розвинених країнах використовуються саме такі приватні відносини. Достатньо навести для прикладу систему електронних медичних записів компанії Kaiser Permanente, яка перетворилася на одну з найбільших приватних систем медичних записів у США, безпечно підключивши понад 12,6 мільйона людей до своїх лікарів та команди догляду. Система включає особисту інформацію, нагадування про призначення, а також необхідні медичні новини [4].

В Україні сімейні лікарі, неважко здогадатися, через велике навантаження не палко бажають використовувати одразу дві електронні системи. І вибирають, звичайно, МІС як адміністративну необхідність.

Тому в ідеалі медичний онлайн-сервіс мусить поєднувати в собі як адміністративний функціонал МІС, так і інструментарій, який забезпечує реалізацію усього спектру відносин лікаря з пацієнтом, включаючи зазвичай такі, що засновані на відповідній ідеології та принципах превентивної медицини.

На сьогоднішній день найбільше відповідає зазначеній ідеології розроблена в Україні універсальна ме-



дична система moniheal.com («контролюй здоров'я») [12]. Заради справедливості варто зазначити й інші системи, наприклад, вже згадану Kaiser Permanente, що поставила за завдання створення інтегрованих моделей охорони здоров'я. Система забезпечує безперебійне надання допомоги саме в забезпеченні здоров'я, а також координує весь спектр послуг управління здоров'ям пацієнтів. Автори назвали подібну модель «Перманентною медициною». Однак ця система набагато менше, ніж MoniHeal, націлена на програму забезпечення саме попередження небезпечних хронічних хвороб.

Розробники системи MoniHeal одразу заклали в цей медичний онлайн-сервіс ідеологію реалізації принципів превентивної медицини, що нині відомі як «принцип чотирьох «П»:

• Прогнозування (постійний моніторинг здоров'я для раннього виявлення ризиків);

• Профілактика (усунення відхилень у стані здоров'я, виявлених у процесі моніторингу);

• Персоналізація (індивідуальний підхід до кожного, орієнтація на персональні дані стану здоров'я пацієнта, а не на опосередковані протоколи лікування);

• Партнерство (спільна робота лікаря й пацієнта, залученість останнього в процеси, необхідні для забезпечення доброго і сталого стану його здоров'я).

Ці чотири «П» становлять вектор переорієнтації системи охорони здоров'я саме на безпеку організму пацієнта — збереження здоров'я здорової (!) людини.

Для реалізації такого сучасного підходу розробники онлайн-системи включили в основний функціонал спеціально розроблені програми первинного скринінгу та постійного моніторингу здоров'я. Це оригінальна розробка, у якій брали участь фахівці кафедри інформатики, інформаційних технологій Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика та установ НАМНУ із залученням бізнес-структур для фінансування розробки.

В особистому кабінеті пацієнта активується функція первинного скринінгу — набору аналізів і досліджень, необхідних для з'ясування загального статусу здоров'я. Після виконання скринінгової програми система разом із сімейним лікарем формує для пацієнта постійну моніторингову програму на поточний та наступні роки його життя аж до 80-ти років.

Варто зазначити, що електронна система формує узагальнену програму моніторингу з урахуванням статі та віку, а сімейний лікар, який знає «тонкощі» здоров'я свого пацієнта (та результати первинного скринінгу), через санкціонований доступ до його захищеного електронного медичного архіву, може скорегувати програму моніторингу, додавши до неї необхідні на його думку дослідження.

Результати скринінгу та постійного моніторингу автоматично потрапляють в електронний медичний архів пацієнта. Архів має широку рубрикацію за видами досліджень і аналізів, тому знайти потрібну інформацію просто та швидко. Система вміє демонструвати показники в динаміці: лікар може візуалізувати результати досліджень у вигляді побудованих графіків — наочно бачити зміни показників стану здоров'я пацієнтів протягом будь-якого періоду.

Перегляд медичного архіву пацієнта можливий і під час онлайн-консультації — платформа moniheal.com забезпечує аудіо-, відео- і текстовий формат спілкування, причому всі записи архівуються як в акаунті пацієнта, так і в акаунті лікаря. Їх можна передивлятись або прослуховувати в будь-який час.

Кабінет лікаря заслуговує на окрему увагу. Крім стандартного функціоналу — створення переліку послуг і графіку прийому (як онлайн, так і очно) — тут уже реалізовані сервіси для здійснення лікарем обов'язків щодо ведення «груп ризику». Мова йде про функцію створення баз пацієнтів та їх сегментування за окремими групами — для цього є спеціальний рубрикатор.

До вказаного функціоналу додано опцію — автоматичне розсилання загальних рекомендацій (повідомлень чи нагадувань) від лікаря для всієї бази пацієнтів або окремих груп. Достатньо створити шаблон повідомлення (це може бути нагадування про регулярне обстеження або інші повідомлення від лікаря), обрати групу пацієнтів і вказати дати відправлення в річному календарі. Після чого платформа в автоматичному режимі буде розсилати пацієнтам інформацію від лікаря в їхні персональні кабінети або на електронну пошту, чи у вигляді SMS.

Ця система, до речі, могла б зіграти одну із ключових ролей під час пандемії C0VID-19, коли масова розсилка лікарями регулярних повідомлень — з інформацією про засоби профілактики, тонкощі симптоматики, алгоритми дій, способи лікування, зміни у протоколах — була вкрай потрібною, адже могла зберегти життя багатьом із 108-ми тисяч жертв пандемії в Україні.

Маємо констатувати, що інструментарій для скринінгових та моніторингових функцій у MoniHeal уже реалізований і на сьогоднішній день цей сервіс є унікальним.

Як уже йшлося, moniheal.com, крім функціоналу медичної платформи, має всі сервіси MIC. Необхідно відзначити, що розробники приділили багато уваги аспектам, які заощаджують час і полегшують роботу лікаря. Наприклад, тут реалізовано автоматичну функцію створення довідок — лікар має шаблони більшості документів, необхідних для пацієнтів. Достатньо ввести необхідні дані й відправити пацієнтові в електронному вигляді або в разі потреби надрукувати.

Подібних сервісних можливостей у moniheal.com безліч — аж до автоматичного розпізнавання мови: лікар може надиктувати для платформи будь-який документ, скажімо, висновок після огляду або рекомендації — результат видається у текстовому форматі, залишиться прочитати та за потреби відредагувати.

При цьому хочемо відмітити, що користування платформою є абсолютно безкоштовним для лікарів та медичних закладів — тобто держава не несе ніяких витрат застосування цього інструменту в медичній практиці.

Наявність професійного веб-інтерфейсу для здійснення принципів превентивної медицини — необхідність очевидна та є нагальною потребою національної системи охорони здоров'я. Для здійснення цієї місії МОЗУ сьогодні має у своїй структурі окремі підрозділи — клініки первинної медичної допомоги, в яких працює понад 20 тисяч сімейних лікарів.

Широке використання такої мультифункціональної медичної онлайн-платформи, однаково затребуваної і лікарями, і пацієнтами, сприяє тому, що українці, нарешті, перейдуть до філософії постійної оцінки стану свого здоров'я, що передбачає регулярні обстеження, ранню діагностику. Тільки це дозволить лікарям вчасно, на безсимптомних стадіях патологічного процесу виявляти донозологічну патологію в організмі та вживати превентивних заходів, зберігаючи здоров'я та життя наших громадян. І це є однією з ключових запорук того, що середня тривалість та якість життя громадян України зростуть до рівня країн Євросоюзу, куди активно прагне наша держава. Для підвищення якості та тривалості життя громадян України до європейського рівня іншого шляху ми не маємо!

Висновки

1. Виконання принципу «плата за послугу», яка часто винагороджує обсяг послуг, що надаються, порівняно з результатами щодо збереження здоров'я, робить структуру існуючих систем охорони здоров'я нестійкою [4] і неминуче призводить до зниження якості життя.

2. В сучасному медичному обслуговуванні оплата постачальникам послуг здійснюється за відвідування пацієнта, лікування чи проведене обстеження, незалежно від результату — ефективності профілактики або лікування. Водночас система охорони здоров'я має працювати на моделях, що створюють культуру відповідальності за здоров'я кожного учасника відповідно до афілійованого плану медичного страхування.

3. Партисипація пацієнта і лікаря (сімейного) дозволяє вирішити проблему забезпечення постійного моніторингу стану здоров'я, а також сприяти захисту прав лікаря та пацієнта.

4. Створений медичний онлайн-сервіс moniheal.com — універсальна медична система, що поєднує в собі як адміністративний функціонал MIC, так і інструментарій, який забезпечує автоматизацію реалізації усього спектру взаємовідносин лікаря з пацієнтом.

Література

1. Мінцер О.П., Палагін О.В., Новик А.М. Логіка визначення здоров'я індивіда та популяції. Частина 1. Концептуалізація. Медична інформатика та інженерія. 2021. № 1(53). С. 4–21.
2. Мінцер О.П., Мироненко Н.В., Сінєнко Н.О., Новик А.М. Партисипація пацієнтів як елемент забезпечення безпеки надання медичної допомоги — особливості дистанційного формату. Медична інформатика та інженерія.- 2019. - № 4. С. 76–79.
3. Мінцер О.П., Шекера О.Г., Новик А.М. Партисипація пацієнтів як один з найважливіших елементів забезпечення якості надання первинної медичної допомоги. Здоров'я суспільства, том 8, № 6, 2019, С. 215–220. DOI 10.22141/2306-2436.8.6.2019.198392
4. Kaiser Foundation Health Plan, Inc. - Company Profile, Information, Business Description, History, Background Information on Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (англ.). Advameg, Inc.. Дата звертання: 18 листопада 2021
5. Як у Вас вкрали 1825 днів життя або Путівник з української медицини. Спецпроєкт за підтримки NED. Ліга.net/-11.05.2020
6. Наказ МОЗ України 19.03.2018 №504. Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 21 березня 2018 року за №343/31800 Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги
7. Всемирная Организация Здравоохранения. Всемирный альянс «За безопасность пациентов». Глобальная проблема безопасности пациентов 2005–2006: чистый уход – это более безопасный уход. – Женева, Швейцария: Всемирная Организация Здравоохранения; 2005:1–25. –http://www.who.int/patientsafety/events/05/GPSC_Launch_ENGLISH_FINAL.pdf. – Дата обращения 1 июля 2009 года.
8. Coulter A. Вмешательства, ориентированные на пациента: обзор фактических данных. / A. Coulter, J. Ellins. –Лондон, Англия: Европейский институт Фонда здоровья и выбора; 2006:7-20.
9. Strategies to reduce diagnostic errors: a systematic review / Abimanyi-Ochom J., Mudiyanselage S. B., Catchpool M. et al. // BMC Medical Informatics and Decision Making. – 2019. – No 19, 174.
10. A strategy for health care reform: toward a value-based system / Porter M. E. // N Engl J Med. – 2009. – No 9. – C. 109–112.
11. The future of health information technology in the patient-centered medical home / Bates D. W., BittonA. // Health Aff (Millwood). – 2010. – No 29 (4). – P. 614–621.
12. Mintser O.P, Novyk A.M. Medical platform for continuous health monitoring and prevention of disease. - DigiHealthDay-2020, 13.11.2020, Germany Deggendorf.
13. Альбом форм державних статистичних спостережень на 2021 рік.