

*Л. О. Литвинова, Н. М. Захарова, О. Б. Тонковид, Н. В. Гречинська, О. М. Донік*  
 Національний медичний університет імені О. О. Богомольця  
 Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

## ДЕЯКІ ПОКАЗНИКИ ЗДОРОВ'Я СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ «ПІЛОТНИХ» ОБЛАСТЕЙ УКРАЇНИ

Реформування системи охорони здоров'я за пілотним проектом у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях має на меті не тільки впровадження сімейної медицини, але й реорганізацію сільської медицини та створення сприятливих умов для ефективного медичного обслуговування сільських пацієнтів. Проте слід сказати про відмінності областей на «старті» проекту. По-перше, ступінь урбанізації областей різний: питома вага сільських жителів у Вінницькій обл. становить 45% (830 тис.), в Дніпропетровській – 16,5% (550 тис.), в Донецькій – 10% (420 тис.), що необхідно враховувати при реорганізації медичного забезпечення населення. По-друге, аналіз захворюваності сільських жителів у вищезазначених областях демонструє значні розбіжності: Вінницька обл. посідає перші рангові місця з поширеності захворювань (2122,3%) та первинної захворюваності (745,3%) і перевищує показники по Україні відповідно на 30%

та 26%. Проте Донецька обл. характеризується навпаки найнижчими показниками – відповідно 1269,4% та 405,1%, що майже вдвічі менше, ніж у Вінницькій області. Дніпропетровська область займає проміжну позицію, при цьому останнім двом областям притаманна позитивна динаміка щодо захворюваності за останній рік. Одним з найбільш чутливих показників здоров'я населення є малюкова смертність, що може найшвидше відреагувати на організаційні зміни. Проте в усіх «пілотних» областях спостерігається негативна динаміка смертності сільських немовлят, що сягнула понад 12% і перевищує таку по Україні на 22,4%. Реформа триває, про її кінцеві результати – зниження захворюваності, смертності – ще зарано говорити. Стан здоров'я сільських жителів «пілотних» областей потребує постійного моніторингу з наданням уніфікованих звітів, які дадуть можливість зробити ґрунтовні висновки про доцільність певних організаційних заходів.

*Н. О. Ляхова, І. А. Голованова*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)*

## ЗНАЧЕННЯ МЕТОДІВ ІМІТАЦІЙНОГО І ОПТИМІЗАЦІЙНОГО МОДЕЛЮВАННЯ В ТЕХНОЛОГІЇ ПРИЙНЯТТЯ УПРАВЛІНСЬКИХ РІШЕНЬ В ПЕРІОД РЕФОРМУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

У полі сучасних інформаційних технологій в світових наукових дослідженнях і практичній діяльності підприємств украї вагоме значення набувають оптимізаційні й імітаційні моделі. Використовуючи сучасні технології, можливо продуктивно будувати, аналізувати і широко використовувати експериментальні методи, застосовувати структурне ситуаційне економічне моделювання та моделювання альтернативних систем організації та керування конкретними лікувально-профілактичними закладами та системою охорони здоров'я в цілому.

Сучасні інформаційні технології дозволяють реалізувати методи нечіткої логіки у виді експертних систем з нечіткими правилами, моделювати динамічні процеси з нечітко описаною математичною моделлю, використовувати функ-

ції встановлення залежності між різними параметрами, вирішувати задачі, для яких поки не знайдені формальні методи й алгоритми, а вхідні дані неповні і суперечливі. До таких систем, зокрема, відносяться соціально-економічні структури. Проте, для того, хто приймає управлінське рішення в сучасному світі інформаційних технологій, з'являється реальна можливість відносно просто змоделювати відповідний об'єкт або систему і «обіграти» практично будь-яку ситуацію в цьому керованому об'єкті (системі). Використання методу імітаційних і оптимізаційних моделей у керуванні охороною здоров'я дає можливість проводити нескінченне число іспитів таких моделей і, у невимірно короткі проміжки часу, знаходити відповідності між можливими структурами і функціями маркетингової системи медичних

послуг, альтернативно виділяючи моделі стійкого і оптимального функціонування. Це дозволяє коректно співвіднести керуючі параметри таких імітаційних моделей з реальними показниками,

що характеризують конкретну діяльність лікаря, лікувально-профілактичного закладу або системи охорони здоров'я в цілому.

**П. Н. Малыш, И. В. Фесенко**

*Департамент здравоохранения Луганской облгосадминистрации*

## РЕФОРМИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ЛУГАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Луганская область – крупный промышленный регион востока Украины, продукция которого широко известна на международном рынке.

С провозглашением Украины как суверенного государства область, занимает одно из ведущих мест в формировании валового национального продукта.

Вместе с тем вследствие происходящих социально-экономических процессов сложилась неблагоприятная демографическая ситуация. (За последние 10 лет численность жителей в регионе уменьшилась почти на 200 тыс. человек).

Естественный прирост имеет отрицательный характер (в отдельных сельских районах до 12,0%). По индексу человеческого развития область занимает 26–27 место среди других регионов Украины.

В соответствии с материалами опроса, проведенного в 2010 году (до принятия программы), около 67% жителей были не удовлетворены медицинским обслуживанием. В качестве основных причин были: изношенная материально-техническая база медицинских учреждений, недостаточное обеспечение больниц лекарственными средствами и др.

Анализ ситуации показал, что к началу реформ (2010 год) в области была малоуправляемая и низкоэффективная инфраструктура медицинских учреждений (795 ЛПУ, в том числе: 121 больница, 33 диспансера, 121 амбулаторно-поликлинических учреждений, 13 станций скорой медицинской помощи, 373 фельдшерско-акушерских пунктов и другие). Медицинскую помощь оказывали 8015 врачей: каждый третий – пенсионного возраста и 20198 средних медицинских работников). Дефицит врачебных кадров составлял без малого 3 тыс. специалистов (в 2010 году – 2747, сегодня – 1500).

Именно это стало толчком к осуществлению реформ в медицинской сфере.

В 2010 году была утверждена региональная программа развития здравоохранения Луганщины, которая явилась основой для модернизации отрасли.

Перед региональной системой здравоохранения была поставлена трудная и сложная задача:

– способствовать преодолению демографиче-

ского кризиса;

– повысить уровень медико-социальной защиты населения;

– улучшить кадровое обеспечение лечебных учреждений;

– совершенствовать систему здравоохранения на всех ее уровнях.

### Первичный уровень

Луганщина не пилотный регион, но, тем не менее, нами уже сегодня создано 30 центров первичной медико-санитарной помощи, которые осуществляют медицинское обслуживание 75% населения области. К 1-му июля текущего года планируем открыть еще 8 таких центров, что позволит полностью перейти на медицинское обслуживание по принципу семейной медицины.

Несомненно, что реформа первичного звена не проходит гладко и на этом пути возникают трудности.

Это, прежде всего:

– слабая материальная база Центров,  
– низкая заработная плата медицинских работников;

– недостаточная укомплектованность врачебными кадрами (69%);

– неудовлетворительное обеспечение санитарным автотранспортом (30% от норматива, несмотря на то, что ежегодно приобретает за счет местных бюджетов до 25 автомобилей), медицинским оборудованием (40% от табеля оснащения, ежегодно приобретаем на сумму более 350 тыс. грн.), компьютерной техникой (5% от необходимого).

Поэтому первоочередными задачами, являются:  
– строительство новых медицинских объектов (амбулаторий – 60 млн. грн. из расчета 6,5 тыс. грн./ кв.м. при средней площади амбулатории 150–200 кв. м.);

– капитальный ремонт помещений, которые не соответствуют санитарным требованиям;

– дооснащение центров и амбулаторий медоборудованием (необходимо 14,8 млн. грн.), автомобилями (необходимо 45 млн. грн.);

– реорганизация ФП, расположенных в селах с населением до 300 жителей в медицинские пункты временного базирования (в 2013 году таких