

УДК 614.2:008

**СТАН ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ ТА СИСТЕМА НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ****Рогач І.М., Погоріляк Р.Ю., Шніцер Р.І., Кузьмик В.М., Качала Л.О., Бакі А.А.***Ужгородський національний університет, факультет післядипломної освіти, кафедра громадського здоров'я, м. Ужгород*

**РЕЗЮМЕ:** на підставі результатів наукового дослідження встановлено особливості демографічної ситуації та стану здоров'я населення Закарпатської області, обґрунтовані заходи із оптимізації системи медичної допомоги населенню на принципах лікаря загальної практики сімейної медицини.

**Ключові слова:** стан здоров'я, демографічна ситуація, оптимізація

**Вступ.** Соціально-економічне неблагополуччя останніх років суттєво вплинуло на стан здоров'я населення України: щорічне зниження народжуваності супроводжується підвищенням рівнів його смертності, загальної та первинної захворюваності. В таких умовах реформування медичної галузі, адаптації лікувально-профілактичних закладів до умов ринкової економіки зростає роль і значення управлінських рішень у сфері охорони здоров'я на регіональному рівні [1].

Відповідно до Концепції розвитку охорони здоров'я населення України основними напрямками удосконалення організації надання медичної допомоги визначені саме розвиток ПМСД на базі систем регіональної охорони здоров'я, перенесення відповідних обсягів медичної допомоги із стаціонарного сектора в амбулаторний, розвиток амбулаторно-поліклінічних закладів, створення стаціонарів та стаціонарів вдома тощо [3].

Багато уваги останнім часом приділялося первинній медико-санітарній допомозі, проте в Україні вона не посіла належного місця.

Медико-соціальні та організаційні проблеми надання та оптимізації ПМСД населенню на базі регіональної системи охорони здоров'я потребують їх комплексного дослідження та розв'язання.

**Матеріали та методи.** Спостереження здійснювалося як популяційне, епідеміологічне й охоплювало період від 2000 по 2009 роки. Об'єктом дослідження стало здоров'я населення Закарпатської області та системи надання первинної медико-санітарної допомоги. Усього проаналізовано дані матеріалів інформаційно-аналітичного центру за 10 років.

Використовуючи спеціалізований пакет прикладних статистичних програм SPSS, сформовано базу даних та проведено її обробку на професійному персональному комп'ютері IBM – 586 із застосуванням методів варіаційної статистики.

**Результати досліджень та їх обговорення.** Аналіз започаткування та перших кроків становлення сімейної медицини у Закарпатській області, яке розпочалося у 2000 році, вимагає їх висвітлення з використанням системного підходу, що може

стати основою для обґрунтування оптимізації системи медико-санітарної допомоги на регіональному рівні.

Аналіз стану ПМСД населенню Закарпатської області середини 90 років XIX ст. засвідчив про наявність суттєвих недоліків, зокрема: перебування одного пацієнта під наглядом 3-4 лікарів, кожен з яких відслідковував лише «свою» хворобу, зниження рівня кваліфікації дільничного терапевта, як наслідок надмірної вузької спеціалізації, завершення лікування пацієнта у дільничного лікаря лише у 20 – 25% випадків, що значно нижче рівня світової практики. Виявлені недоліки в організації амбулаторно-поліклінічної допомоги, які свідчили про недостатню ефективність існуючої системи значною мірою обумовлювали негативні тенденції показників здоров'я населення і стали підґрунтям для пошуків шляхів її оптимізації, а саме на рівні ПМСД.

Розвиток сімейної медицини у Закарпатській області розпочався уже 1997-1998 роках, коли бригадне обслуговування населення перейшло до сімейного лікаря. Відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України від 20.06.2000 №989 «Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я» розпорядженням голови Закарпатської ОДА від 04.09.2000 були розроблені комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я області та план поетапного переходу до організації ПМСД на засадах сімейної медицини в систему охорони здоров'я області. В цей час почалося створення перших закладів (дільниць) сімейної медицини, була відкрита в Ужгородському національному університеті кафедра сімейної медицини, де проходили підготовку лікарі загальної практики-сімейної медицини з числа терапевтів та педіатрів.

Аналіз діяльності міських і сільських поліклінік, обласної клінічної поліклініки як провідної складової системи охорони здоров'я області (до 2000 року) виявили суттєві недоліки, зокрема, значний рівень госпіталізації непрофільних хворих у 1999 р., який становив  $17,1 \pm 2,2\%$ , низький рівень (7106,9 на 1000 населення) відвідувань лікарів по-

ліклініки, високий рівень госпіталізації (208,9 на 1000 осіб у 1999 році), високу частоту звертань до лікарів-фахівців, наднормове завантаження лікарів, недостатнє використання ліжок денних стаціонарів (59,7 на 100 тис. населення), госпіталізація шляхом самозвернення хворих на рівні районних та обласних закладів зменшилася до 2% тощо.

На початок дослідження (2000 р.) демографічна ситуація в Закарпатській області характеризувалася відносно низьким рівнем народжуваності (8,7‰), високим рівнем смертності (9,1‰), природним убутком – 0,4‰, скороченням питомої ваги дітей до 15 років (з 24,2% у 2000 році до 17,7% у 2009 році), а також відповідно зростання старшого за працездатний вік населення (з 21,2 у 2000 році до 21,6% у 2009 році).

Темпи приросту загальної захворюваності населення, в тому числі і дитячої, мали тенденцію до зростання (з 598,2 у 2000 році до 686,0 у 2009 році на 1000 населення). Дитяча захворюваність за цей період зросла на 22%. Простежувалося збільшення рівня захворюваності також по всіх класах хвороб.

Мережа медичних закладів по наданню первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики-сімейної медицини в Закарпатській області в 2000 році нараховувала 11 амбулаторій сімейної медицини. На той час забезпеченість лікарями становила 1,05. Область характеризувалася значною диспропорцією у рівнях забезпеченості як сільського, так і міського населення медичною допомогою.

За таких умов і в зв'язку із започаткуванням кафедри сімейної медицини (2000р.) на факультеті післядипломної освіти УжНУ поставала очевидною необхідність оптимізації медичної допомоги населенню, що потребувало визначення і реалізації відповідних медико-організаційних заходів на регіональному рівні системи охорони здоров'я. Їх базисом слугував принципово новий підхід надання медичної допомоги населенню на засадах лікаря загальної практики – сімейної медицини та розробки нормативно-правових, організаційних напрямків їх діяльності.

На відміну від раніше існуючої моделі амбулаторно-поліклінічної допомоги, в умовах якої дільничний лікар виконував головні функції з надання первинної медико-санітарної допомоги населенню за дільнично-територіальним принципом, в основу роботи сімейного лікаря покладалися системні підходи: впровадження посад загальної практики-сімейної медицини (ЛПЗ), надання ними медичної допомоги за територіальним принципом, перерозподіл обсягу медичної допомоги між ЛПЗ і лікарями-фахівцями тощо. Впровадження сімейної медицини передбачало якісне покращення найбільш ключових вагомих властивостей підвищення ефективності послуг, що відрізняє її від інших рівнів надання медичної допомоги, зокрема доступності при первинному зверненні, довготривалості спостереження, комплексності та координації.

Досягнення першого стало можливим завдяки розміщенню амбулаторій сімейної медицини у найближчих до помешкань місцях проживання пацієнтів, а також проживання сімейних лікарів на дільницях обслуговування.

Впровадження системи оптимізації медичної допомоги в області на засадах сімейної медицини супроводжувалось зростанням числа амбулаторій сімейної медицини (з 11 у 2000 р. до 280 у 2009 р.), кількості дільниць сімейної медицини (з 8 у 2000 р. до 351 у 2009 р.) та чисельності сімейних лікарів у 3 рази.

Аналіз якісних показників діяльності сімейної медицини свідчить, що кожен з них обслуговує 1400-1700 осіб, що перевищує норматив. Крім того, якісні показники характеризуються зростанням за 2000-2009 роки числа відвідувань лікарів загальної практики – сімейної медицини з 1,5 до 2,3 на одного мешканця в рік, обсягу амбулаторної допомоги з 75,2% у 2000 році до 91,8 у 2009 році, скороченням середнього ліжко-дня з 16,4 у 2000 році до 12,8 у 2009 р., зростанням обігу ліжка з 16,9 до 24,9 та скороченням тривалості перебування хворого в стаціонарі (з 17,4 до 12,7 дня).

Що стосується кадрового забезпечення, то за досліджуваний період забезпеченість населення сімейними лікарями на 10 тис. населення зросло із 1,05 у 2000 р. до 6,3 у 2009 році, кількість фізичних осіб у 2009 р. становить 568 осіб, штатних – 651 особа, і укомплектованість складає 87%.

Реформування системи охорони здоров'я України в сучасних соціально-економічних умовах, а також перебудова ПМСД викликає необхідність удосконалення управління та корінного перегляду підходів до охорони здоров'я в цілому і підготовці нової генерації управлінців у галузі, здатних здійснювати стратегічне та фінансове планування, управляти якістю медичної допомоги, володіти навичками регулювання конфліктів.

Ринкові умови призвели до рівних умов для навчання сільських лікарів і акредитації мережі приватних та не приватних закладів сімейної медицини.

Оскільки сімейні лікарі амбулаторій загальної практики сімейної медицини є головними лікарями, тобто керівниками, їм необхідно пройти вторинну спеціалізацію по спеціальності «Організація та управління охороною здоров'я». В зв'язку з цим в Ужгородському національному університеті у 2008 році на факультеті післядипломної освіти була відкрита кафедра громадського здоров'я, де головна увага приділяється новим формам управління, менеджменту та маркетингу, актуальним проблемам економіки, психології управління, правового та інформаційного забезпечення охорони здоров'я, пріоритетному розвитку первинної медико-санітарної допомоги. Тут мають змогу проходити підготовку з питань менеджменту та управління охорони здоров'я інтерни всіх спеціальностей, вторинну спеціалізацію та передатеста-

ційну підготовку – керівні кадри закладів охорони здоров'я області, тематичне удосконалення – завідуючі відділеннями тощо.

В зв'язку із введенням у дію з 10.01.2010 року наказу «Про затвердження змін до положення про проведення іспитів на передатестаційних циклах» від 07.07.2009 №484 обласне управління охорони здоров'я видало наказ від 6.04.2010 року № 74-к «Про курсову підготовку керівного складу». Це дасть змогу в подальшому вдосконалити атестацію лікарів керівного складу.

**Висновки.** Даним дослідженням було встановлено невідповідність системи первинної медико-санітарної допомоги потребам населення Закар-

патської області в умовах реформування галузі, що потребувало її оптимізації. Створення відповідної нормативно-правової бази, наближення медичної допомоги до населення, кадрове забезпечення та створення системи підготовки кадрів для ланок ПМСД дало свої позитивні результати.

Подальше реформування системи ПМСД на засадах загальної лікарської практики / сімейної медицини в Закарпатській області забезпечить поліпшення стану здоров'я населення на основі удосконалення системи медичної допомоги, наближення її до кожної сім'ї, підвищення якості та ефективності при раціональному використанні ресурсів галузі.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Москаленко В.Ф. Організація медико—соціальної допомоги. Оцінка виконання міжгалузевої програми „Здоров'я нації” на 2002—2011 роки. / В.Ф.Москаленко, Г.О.Слабкий, В.П.Весельський, Л.І.Галієнко. — К., 2006. — С.70—75.
2. Москаленко В.Ф. Принципи побудови оптимальної системи охорони здоров'я / В.Ф.Москаленко — К., 2008. — 320 с.
3. Основні показники розвитку сімейної медицини в Україні за 2008 рік [ситуаційний аналіз]. —К., 2009. — 20 с.

## SUMMARY

### HEALTH CONDITION OF POPULATION IN TRANSCARPATHIA AND THE SYSTEM OF HEALTH CARE ON THE PRINCIPLES OF FAMILY MEDICINE

**Rohach I.M., Pohorilyak R.Y., Kuzmik V.M., Kachala L.O., Baki A.A.**

Based on the results of the scientific research there features were identified specific characteristics of demographic situation and health condition of population in Transcarpathia, measures for optimization of system medicate a populationon principles of general practitioner – domestic medicine.

**Key words:** health condition, demographic situation, optimization