

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
**УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**БОЙКО Віталій Ярославович**

УДК 614.2:616-082-052:63:001.8

**МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ПОТРЕБИ НАСЕЛЕННЯ**  
**СІЛЬСЬКОГОСПОДАРСЬКОЇ ОБЛАСТІ У ПЕРВИННІЙ ТА**  
**СПЕЦІАЛІЗОВАНІЙ (ВТОРИННІЙ) МЕДИЧНІЙ ДОПОМОЗІ**

14.02.03- соціальна медицина

Галузь знань: 222 – Медицина

**АВТОРЕФЕРАТ**

дисертації на здобуття наукового ступеня

кандидата медичних наук

Ужгород – 2019

Дисертацією є кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Робота виконана в Українському інституті стратегічних досліджень МОЗ України

### **Науковий керівник**

доктор медичних наук, професор, академік НАМН України **Лазоришинець Василь Васильович**, ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії ім. М.М.Амосова НАМН України», директор

### **Офіційні опоненти:**

доктор медичних наук, професор, **Любінець Олег Володимирович**, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького МОЗ України, кафедра організації і управління охороною здоров'я, завідувач

доктор медичних наук, професор **Сміянов Владислав Анатолійович**, Сумський державний університет, кафедра громадського здоров'я, завідувач

Захист відбудеться «19» лютого 2019 року о 11:00 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради К 61.051.09 при Ужгородському національному університеті за адресою: 88000, м. Ужгород, пл. Народна, 3

З дисертацією можна ознайомитися у бібліотеці Ужгородського національного університету за адресою: 88000, м. Ужгород, вул. Університетська, 14

Автореферат розісланий «18» січня 2019 р.

**Вчений секретар**  
спеціалізованої вченої ради,  
кандидат медичних наук, доцент

**Л.О. Качала**

## Вступ

**Актуальність теми.** В Україні, у відповідності рекомендацій ВООЗ до систем охорони здоров'я (ВООЗ, 2008,2015;В. McKinstry, V.Hammersley, С.Burton, 2010), проводиться комплексна реформа системи охорони здоров'я населення (В.М.Лехан, 2015, 2016; Г.О. Слабкий, 2014, 2017) скерована на забезпечення доступності та якості медичної допомоги населенню (Ю.В.Вороненко, 2014, 2005; З.В.Лашкул, 2014, 2015).

Стратегічною основою реформи є впровадження державних гарантій безоплатної медичної допомоги (ВР України, 2017), якісно нової системи фінансування охорони здоров'я (Петренко, 2018) та структурної перебудови галузі (О.К.Толстанов, 2015, 2016; О.Ю.Качур, 2015).

Пріоритетним в реформі охорони здоров'я є розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини (Л.Ф.Матюха, 2015, 2017; Заремба Є.Х., 2015, 2016; В.А.Ординський, 2015; Хобзей М.К., 2016) з досягненням такого рівня, коли до 80% медичних проблем населення буде вирішувати лікар загальної практики-сімейний лікар (ВООЗ, 2008; G. Allard,2009);

Спеціалізована медична допомога має забезпечити надання доступної та якісної медичної допомоги пацієнтам з її структуризацією в залежності від інтенсивності лікувального процесу (В.П.Лисак,2011, 2013), що передбачено досягти шляхом створення госпітальних округів ( КМУ, 2016; О.В.Любінець, 2015) та формуванням лікарень інтенсивного лікування (Г.Я.Пархоменко, 2015; Н.П.Кризина, 2015).

Враховуючи, що в Україні 53% загальної чисельності складає сільське населення (Державний комітет статистики, 2018) питання забезпечення населення сільськогосподарських регіонів доступною та якісною медичною допомогою в ході реформування галузі є надзвичайно актуальним.

В Україні комплексних досліджень з обґрунтування потреби населення сільськогосподарського регіону не проводилося, що і зумовило актуальність дослідження та його мету і завдання.

Актуальність теми дисертаційного дослідження підсилюється необхідністю виконання Закону України від 14 листопада 2017 року № 2206-VIII “Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості”.

Зв'язок роботи з науковими програмами, темами, планами.

Дисертаційна робота є фрагментом НДР «Науковий супровід, моніторинг та оцінка моделей розвитку сфери охорони здоров'я в Україні на регіональному рівні», № держреєстрації: 0115U002852, термін виконання: 2015-2017 рр. яка виконувалася в ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України, де дисертант був виконавцем окремих фрагментів роботи.

**Мета роботи:** науково обґрунтувати потребу населення сільськогосподарської області у первинній та спеціалізованій (вторинній) медичній допомозі в умовах реформування системи надання медичної допомоги в країні.

*Завдання дослідження*, обумовлені поставленою метою, передбачали:

Провести системно-історичний аналіз вітчизняних та світових наукових джерел щодо обґрунтування потреби населення у медичній допомозі.

Розробити спеціальну програму та методологічний інструментарій проведення наукового дослідження.

Вивчити та провести аналіз медико-демографічної ситуації в Рівненській області: рівень захворюваності та поширеності хвороб, первинного виходу на інвалідність та смертність.

4. Вивчити та провести аналіз характеристики закладів охорони здоров'я Рівненської області, в яких надається первинна та вторинна медична допомога, стан їх ресурсного забезпечення і основні показники діяльності з визначенням проблемних питань на кожному рівні та етапі медичної допомоги.

5. Оцінити показники звернення населення Рівненської області за первинною, екстреною, амбулаторно-поліклінічною, стаціонарною та стаціонарною медичною допомогою в залежності від типу поселення, статті, класу захворювання.

6. Вивчити ставлення населення до проблем організації медичної допомоги в закладах охорони здоров'я первинної та вторинної медичної допомоги в Рівненській області та реформування системи охорони здоров'я.

7. Розробити методологію розрахунку потреби населення сільськогосподарської області в первинній, екстреній та вторинній (амбулаторно-поліклінічній, стаціонарній) медичній допомозі.

8. Науково обґрунтувати потребу населення сільськогосподарської області у первинній та спеціалізованій медичній допомозі і провести її експертну оцінку.

**Об'єкт дослідження:** система медичної допомоги дорослому населенню Рівненської області в закладах охорони здоров'я первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги.

**Предмет дослідження:** мережа закладів охорони здоров'я, ресурсне забезпечення, організація надання медичної допомоги та основні показники діяльності за рівнями та видами надання медичної допомоги.

**База наукового дослідження:** заклади охорони здоров'я Рівненської області, в тому числі: 18 центрів ПМСД до структури яких входить 154 лікарських амбулаторії загальної практики/сімейної медицини та 623 ФАП, в яких надається ПМСД, 64 ЗОЗ, в яких надається вторинна медична допомога.

Дослідження проводилося впродовж 2006-2016 років.

Дослідження проводилося в два етапи:

-перший етап 2006-2013 роки: вивчення існуючої ситуації, проведення розрахунків та формування пропозицій;

-другий етап 2014-2016 роки: впровадження отриманих результатів в систему охорони здоров'я області.

У дослідженнях безпосередньо та в різних комбінаціях використані наступні методи наукового дослідження:

1) *системного аналізу* – для проведення кількісного та якісного аналізу проблем організації медичної допомоги в закладах охорони здоров'я первинної та спеціалізованої (вторинної) медичної допомоги дорослому населенню та обґрунтування потреби дорослого населення сільськогосподарської області в первинній та вторинній медичній допомозі;

2) *бібліосемантичний* – для вивчення існуючих підходів до обґрунтування потреби населення в медичній допомозі при її реформуванні;

3) *соціологічний* – для дослідження проблем організації медичної допомоги населенню сільськогосподарської області;

4) *медико-статистичний* – для збору, обробки та аналізу отриманої під час дослідження інформації;

5) *графічний* – для наглядного представлення результатів дослідження;

6) *експертних оцінок* – для оцінки розрахованої потреби населення сільськогосподарської області в первинній та вторинній медичній допомозі;

7) *організаційного експерименту* – для апробації окремих елементів обґрунтованих інновацій.

**Наукова новизна** роботи полягає в тому, що вперше в Україні:

системно представлено проблеми з забезпечення населення сільськогосподарської області доступною та якісною первинною та вторинною медичною допомогою з обґрунтуванням шляхів їх рішення та визначенням обґрунтованої потреби населення сільськогосподарської області в умовах реформування охорони здоров'я в медичній допомозі;

проведено комплексну оцінку показників звернення населення Рівненської області за первинною, екстреною, амбулаторно-поліклінічною, стаціонарозамінною та стаціонарною медичною допомогою в залежності від типу поселення, статі, класу захворювання;

розроблено методологію розрахунку потреби населення сільськогосподарської області в первинній, екстреній та вторинній (амбулаторно-поліклінічній, стаціонарній) медичній допомозі;

науково обґрунтовано потребу населення сільськогосподарської області у первинній та спеціалізованій (вторинній) медичній допомозі та проведено її оцінку.

*Набув подальшого розвитку* аналіз медико-демографічної ситуації серед населення сільськогосподарської області на сучасному соціально-економічному етапі розвитку держави.

*Удосконалено* методичні підходи до формування мережі закладів охорони здоров'я в умовах реформування системи надання медичної допомоги населенню.

**Теоретичне значення** отриманих результатів полягає в суттєвому доповненні теорії соціальної медицини в частині вчення про управління, а саме огрунтування потреби населення сільськогосподарської області в умовах реформування охорони здоров'я в медичній допомозі.

**Практичне значення** отриманих результатів полягає в обґрунтуванні потреби населення в медичній допомозі, що визначено розробкою Методичних рекомендацій щодо розрахунку потреби населення у медичній допомозі.

*Впровадження результатів* дослідження в практику проводилося на етапах його виконання на державному, галузевому та регіональному рівнях.

**На державному рівні** результати дослідження використані при підготовці:

- Закону України" Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги" від 7 липня 2011 року N 3611-VI;

- Постанови КМУ «Деякі питання оплати праці медичних працівників, що надають первинну медичну допомогу та є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я» від 20 травня 2013 р. № 395.

**На галузевому рівні** матеріали дослідження були використані при розробці наказів МОЗ України:

- від 31.10.2011 № 735 "Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні інтенсивного лікування";

- від 31.10.2011 № 732 "Про затвердження положень про заклади охорони здоров'я, які входять до складу госпітальних округів та їх структурних підрозділів";

- від 31.10.2011 № 736 "Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні відновного лікування";

- від 15.07.2011 №420 "Про затвердження Методичних рекомендацій щодо розрахунку потреби населення у медичній допомозі";

- від 05.10.2011 № 646 "Про затвердження нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України щодо реалізації Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві (Порядок планування та прогнозування розвитку мережі комунальних закладів охорони здоров'я у пілотних регіонах; Порядок медичного обслуговування громадян центрами первинної медичної (медико-санітарної) допомоги; Порядок організації медичного обслуговування та направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу; Порядок розміщення та розрахунок кількості бригад швидкої медичної допомоги";

- від 30.12.2011 №1008 «Про затвердження примірних положень про заклади охорони здоров'я»;

- від 23.02.2012 № 131 «Про затвердження Примірного положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та примірних положень про його підрозділи»;

- від 23.02.2012 № 132 «Про затвердження Примірного табеля оснащення лікувально-профілактичних підрозділів закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу».

Розроблені методичні рекомендації, які рекомендовані проблемною комісією МОЗ та НАМН України за спеціальністю «соціальна медицина» та затвердженні МОЗ України:

Методичні рекомендації стосовно розробки місцевими органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування планів заходів щодо спеціалізації закладів охорони здоров'я, оптимізації їх мережі та створення об'єднань таких закладів, зокрема міжрайонних// Київ, 2010. – 28с.

Порядок направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я різних рівнів надання медичної допомоги. Методичні рекомендації// Київ, 2010 – 24с.

Критерії класифікації закладів охорони здоров'я за рівнями надання медичної допомоги. Методичні рекомендації// Київ, 2010 – 24с.

Розроблені галузеві нововведення, які затверджені проблемною комісією МОЗ та НАМН України за спеціальністю «соціальна медицина»:

Методологія розрахунку потреб населення у медичній допомозі. Реєстр галузевих нововведень. № 374/37/12

Механізми розмежування медичної допомоги між первинним, вторинним та третинним рівнями медичної допомоги. Реєстр галузевих нововведень. № 375/37/12.

*На регіональному рівні* матеріали дослідження були використані при підготовці

*рішень Рівненської обласної ради:* від 14 травня 2010 року №1604 «Про заходи щодо оптимізації мережі закладів охорони здоров'я»; від 30.12.2010 року №85 "Про заходи щодо оптимізації ліжкового фонду закладів охорони здоров'я";

*розпоряджень голови Рівненської обласної держадміністрації :* від 20.07.2010 № 318 "Про обласну Програму розвитку первинної медико-санітарної допомоги населенню до 2011 року " ; від 30 червня 2010 №269 "Про заходи щодо поліпшення надання невідкладної (ургентної) медичної допомоги"; - від 08.12.2010 №436/01-61/10 Доручення першого заступника голови обласної державної адміністрації щодо реалізації положень статті 89 Бюджетного кодексу України при реформуванні системи охорони здоров'я ; від 6 квітня 2012 № 169 « Про заходи з організації виконання в області Національного плану дій на 2012 рік щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010-2014 роки» в частині реформи медичного обслуговування; від 17.04.2012р № 120/01-60/12 доручення голови обласної державної адміністрації щодо реформування галузі охорони здоров'я Рівненської області у 2012 році; від 28.03.2013 року № 165 « Про заходи з організації виконання в області Національного плану дій на 2013 рік щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010-2014 роки» в частині реформи медичного обслуговування ; від 10.06.2013 №315 "Про концепцію реформування галузі охорони здоров'я Рівненської області на 2013 – 2014 роки; нормативних документів управління охорони здоров'я облдержадміністрації: від 02.09. 2010 року «Плану-графіку поетапного реформування галузі охорони здоров'я Рівненської області на 2011-2014 рр.»; від 14.01. 2011 регіональної «Дорожньої карти» реформування системи охорони здоров'я на 2011-2012 роки.

**Особистий внесок автора.** Автором самостійно визначено мету та завдання дослідження; розроблено його програму; обрано методи та обраховано обсяги досліджень для вирішення поставлених завдань; здійснено збір та викопіювання первинної документації; розроблено анкети та проведено соціологічне дослідження; розроблені комп'ютерні програми формування баз даних і статистичної обробки результатів дослідження на основі пакету статистичного аналізу Microsoft Excel, отримані дані оброблені на персональному комп'ютері за допомогою ліцензованої програми Statistika 6.0, проведена систематизація та наукова інтерпретація отриманих результатів; науково обґрунтовано і розроблено методологію розрахунку потреб населення у медичній допомозі та з використанням даної методології проведено розрахунки потреби населення у первинній та вторинній медичній допомозі проведена її експертна оцінка, сформовані висновки, розроблені практичні рекомендації, що знайшло відображення в опублікованих наукових працях за темою дисертації. Наукові здобутки та ідеї співавторів не було використано.

**Апробація роботи.** Основні положення дисертації доповідались та обговорювались на:

-*міжнародних конференціях*: Міжнародна науково-практична конференція, присвячена Всесвітньому дню здоров'я 2012р. "Старіння та здоров'я", м. Київ, 5–6 квітня 2012 р.; Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю «Інноваційна система управління охороною здоров'я: галузь, регіон, лікарня», Київ, 29–30 вересня 2011 р.; Міжнародна науково-практична конференція "Актуальні питання формування здорового способу життя та використання оздоровчих технологій", Херсон, 30–31 травня 2013 р. ;

-*національних з'їздах та конференціях*: III з'їзд сімейних лікарів, м. Дніпропетровськ, 19–21 жовтня 2011 р.; Всеукраїнська науково-практична конференція «Історія утворення і становлення товариства київських лікарів (до 170-ї річниці його утворення)» **Київ, 2010**; «Медико-соціальні питання у реформуванні сфери охорони здоров'я», Київ, 24–25 жовтня 2013 р.; «Медичний потенціал держави – важлива складова національної безпеки України. Науково-організаційні аспекти його формування та розвитку в умовах проведення антитерористичної операції», - **Київ, 2016** р.

**Публікації.** Матеріали дисертації знайшли відображення в 25 наукових працях в тому числі 8 статтях у наукових виданнях, затверджених ДАК України (за кордоном – 1, одноосібних - 3 ), 1 монографія, 3 розділах монографій, 7 інших наукових працях, 3 методичних рекомендаціях та 2 галузевих нововведеннях.

**Обсяг та структура дисертації.** Дисертацію викладено на 2 72 сторінках друкованого тексту із них 150 сторінок власного тексту. Робота складається із вступу, огляду наукової літератури, 5 розділів власних досліджень, висновків, практичних рекомендацій; ілюстрована 52 таблицями, 26 рисунками, має 15 додатків. Список використаної літератури містить 153 наукових джерела, у тому числі 25 іноземних авторів.

## ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

**У вступі** обґрунтовано актуальність дисертаційного дослідження, сформульовано мету та завдання, визначено об'єкт, предмет і методи дослідження, викладено наукову новизну, теоретичне та практичне значення отриманих результатів, їх апробацію, особистий внесок здобувача та наведено дані про публікації.

**У першому розділі** «Підходи до організації та планування медичної допомоги, виходячи з потреб населення» представлено аналіз наукової літератури з проблеми, що досліджується. Результати аналізу виявили наявність невирішених питань, зокрема щодо недосконалості організації служби наркологічної допомоги при реформуванні системи охорони здоров'я країни з пріоритетним розвитком первинної медичної допомоги на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини. Це дозволило обрати напрям дослідження, сформулювати його мету та завдання.

**У другому розділі** «Програма, матеріали і методи дослідження» показано, що досягнення мети дослідження потребувало розробки спеціальної програми (рис.1), яка передбачала його реалізацію у шість організаційних етапів з використанням адекватних методів, на кожному з яких виконувались



взаємопов'язані завдання, що дало можливість забезпечити системний підхід в проведенні дослідження та отримати репрезентативні результати для оцінки об'єкту дослідження.

Реалізація завдань *першого та другого* організаційних етапів дозволили виявити проблемні в плануванні потреби населення сільськогосподарської області в умовах реформування системи надання медичної допомоги на регіональному рівні в Україні в медичній допомозі, проаналізувати світовий та вітчизняний досвід з даного питання і вибрати напрямок дослідження з розробкою його дизайну. При цьому було використано біблеосемантичний метод та системний підхід і аналіз.

*Метою третього етапу* дослідження стало вивчення та проведення аналізу щодо медико-демографічної ситуації в Рівненській області та економічних витрат на рівні області в наслідок захворюваності населення. Інформаційною базою виконання даного етапу стали статистичні звіти (ф-12/з; ф-13/з; ф-12/з закладів охорони здоров'я області за 2009-2016 рр. (всього 280 одиниць).

Під час виконання *четвертого організаційного етапу* наукового дослідження було вивчено та проаналізовано динаміку показників мережі, ресурсного забезпечення та основних показників діяльності закладів охорони здоров'я первинної, спеціалізованої та екстренної медичної допомоги в регіоні. Інформаційною базою дослідження стали звіти ЗОЗ області за період 2009-2016 роки (ф-20/з; ф-47/з; ф-21/з; ф-22/з; ф-21а) в кількості 280 одиниць.

*Метою п'ятого етапу* стало вивчення та оцінювання показників звернення населення Рівненської області за медичною допомогою та оцінки ним потреб у медичній допомозі. Інформаційною базою стали звіти статистичні звіти (ф.№20 - 220 од., №21-220 од., №22-220 од.) закладів охорони здоров'я області за 2006-2016 рр. Під час виконання даного етапу проведене соціологічне опитування населення 507 жителів області. Активність респондентів склала 98,0%.

Медико-статистична обробка отриманого матеріалу проводилася шляхом розрахунку частоти відповідей на 100 опитаних та визначення похибки ( $\pm m$ ), а оцінка достовірності різниці даних у групах порівняння – шляхом обчислення критерію відповідності критерію хі-квадрат ( $\chi^2$ ) із поправкою Йейтса.

*На шостому, заключному етапі*, базуючись на отриманих в ході дослідження результатах, розроблено концептуальні підходи та методичні рекомендації щодо розрахунку потреби населення у медичній допомозі (затверджені наказом МОЗ України від 15.07.2011 №420) з використанням яких визначено потребу населення сільськогосподарської області у первинній та вторинній медичній допомозі.

Для розробки моделі використано методи моделювання та структурно-логічного аналізу. Базою дослідження був системний підхід та аналіз.

З метою визначення прийнятності запропонованих інновацій була проведена їх експертна оцінка з залученням 25 експертів: 3 д.мед.н., 4 к.мед.н., 9 організаторів охорони здоров'я вищої та першої кваліфікаційної категорії, 5 практикуючих лікарів, 4 відповідальних працівників ОДА.

Зібраний статистичний матеріал оброблявся за допомогою програми Statistica-6 та MS Excel.

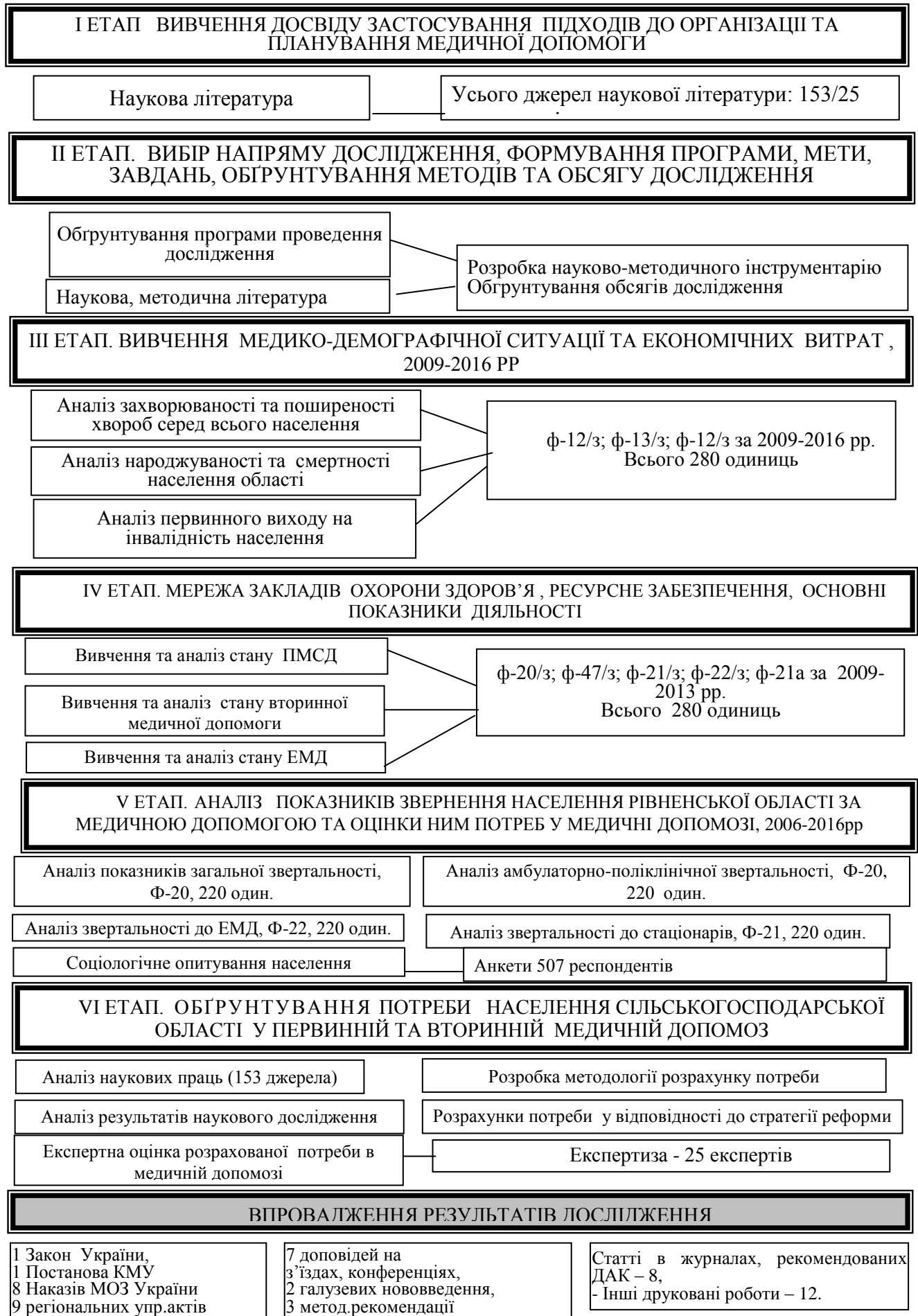


Рис. 1. Програма, матеріали, обсяг і методи досліджень

Таким чином, розроблена програма дослідження та обраний методичний інструментарій забезпечили вирішення поставлених завдань, отримання достовірних результатів, які стали основою для наукового обґрунтування потреби населення сільськогосподарської області в первинній та спеціалізованій медичній допомозі.

**В третьому розділі** *«Характеристика медико-демографічної ситуації в Рівненській області та економічних витрат на рівні області в наслідок захворюваності населення»* показано, що Рівненська область є сільськогосподарською. Область складалася з 16 адміністративних районів, 11 міст, в тому числі 4 міст обласного підпорядкування (Рівно, Дубно, Кузнецовськ, Остріг), 16 селищ міського типу та 1001 сільських населених пунктів. Із 1158,8 тис. постійного населення в сільській місцевості проживає 605,2 тис. осіб (52,2%).

Показник захворюваність всього населення в розрахунку на 10 тис. населення скоротився з 7911,2 в 2009 р. до 7587,1 в 2016 році (1,04 разу), дитячого населення збільшився з 13887,2 в 2009 р. до 14014,9 в 2016 р. (1,01 разу), а дорослого населення знизився з 6058,1 в 2009 р. до 5572,1 в 2016 р. (1,08 разу).

Показник поширеності хвороб в розрахунку на 10 тис. населення серед всього населення зріс з 18132,2 в 2006 р. до 19035,3 в 2016 році (1,05 разу), дитячого населення має тенденцію до зниження з 20284,2 до 20034,4 відповідно, а серед дорослого населення збільшився з 17465,3 до 18722,2 (1,7 разу).

Дана ситуація вказує на «хронізацію хвороб» серед загального та дорослого населення області, що опосередковано може бути чинником несвоєчасного звернення дорослого населення за медичною допомогою.

Показник первинного виходу на інвалідність зменшився з 50,4 до 48,0 (4,8%) на 10 тис. населення. Первинний вихід на інвалідність населення працездатного віку зменшився на 6,2%. Встановлено збільшення первинного виходу на інвалідність за наступними класами хвороб: розлади психіки та поведінки на 20% (3,0); хвороби нервової системи на 12,5% (2,4); хвороби сечостатевої системи на 20% (1,2); хвороби кістково-м'язового апарату на 7,3% (5,9).

Аналіз загального показника смертності населення області вказує на його скорочення з 13,23 в 2009 р. до 11,78 в 2016 р. (1,23 разу) на 100 тис. населення. В структурі смертності населення провідні місця належить хворобам системи кровообігу – 71,7%; новоутворенням – 13,2% та іншим причинам смерті – 5,4%. Показники дитячої смертності теж мали тенденції до зниження з 9,1 в 2009 р. до 7,7 в 2016 р. на 10 тис. дітей. Важливим показником, який вивчався, був показник смертності населення працездатного віку. Показник смертності населення працездатного віку скоротився з 4,75 в 2009 р. до 4,00 в 2016 році (1,19 разу) при цьому показник смертності чоловіків в 3,9 разу перевищує показник смертності жінок: 6,18 проти 1,58.

Необхідно відмітити, що загальний коефіцієнт природного приросту населення склав 2,5 на 1000 осіб: 3,2 в містах, 1,9 в селах при цьому коефіцієнт народжуваності в сільській місцевості в 1,3 рази вищий ніж в міській: міста - 13,0‰, села - 17,0‰.

Всі медико-демографічні показники мають достовірні відмінності в розрізі адміністративних територій області.

Результати вивчення показників медико-демографічної ситуації в області в динаміці восьми років мають важливе значення в процесі обґрунтування потреби населення в медичній допомозі.

**В четвертому розділі «Характеристика мережі закладів охорони здоров'я Рівненської області, їх ресурсного забезпечення та основних показників діяльності»** показано, що в області функціонувала мережа ЗОЗ з надання первинної та вторинної медичної допомоги тому числі: 22 центри ПМСД до структури яких входить 179 АЗП-СМ та 622 ФАПів, в яких надається долікарська допомога, 64 ЗОЗ, в яких надається вторинна медична допомога. Із загальної кількості ЗОЗ 58 (60,0 %) знаходиться в сільській місцевості; із них 122 відокремлених підрозділів Центрів ПМСД та 558 ФАПів. У рамках децентралізації, до інфраструктури 19 об'єднаних територіальних громад, що створені на теренах області станом на 31.12.2016 року, відійшли 2 районні лікарні, 30 лікарських амбулаторій ЗП-СМ, 116 ФАПів. Частка дорослого населення, яке отримує ПМСД у ЛЗ-СЛ складає 72,1% в тому числі 95,6% сільського та 57,0% міського населення, а частка дитячого населення відповідно складає 55,5%, 70,6% та 25,1%. Решта населення отримує ПМСД у дільничних лікарів терапевтів та педіатрів.

Для надання ПМСД на засадах сімейної медицини в області введено 455,25 посад ЛЗП-СЛ в тому числі 260,25 посад в сільській місцевості та 195,0 посад в містах. Крім того в сільській місцевості введено 30,75 посад дільничних лікарів-терапевтів та 32,25 посад дільничних лікарів-педіатрів.

Укомплектованість лікарських посад фізичними особами становить: в сільській місцевості: 81,5% ЛЗП-СЛ, 68,3% лікарів - дільничних терапевтів, 22,0% лікарів - дільничних педіатрів; в містах: 86,1% ЛЗП-СЛ, 95,3% лікарів дільничних-терапевтів, 83,2 % лікарів дільничних педіатрів. Співвідношення посад лікарів та посад молодших медичних працівників з вищою освітою становить: сімейних лікарів –1:1,8 (норматив1:2), дільничних лікарів –1:1 (норматив (1:1,5)). В середньому кількість прикріплених осіб на одного ЛЗП-СЛ становить 2296,6 осіб.

Планова ємність амбулаторно-поліклінічних закладів, з розрахунку на 10 тис населення складає 200,0 відвідувань в зміну з коливаннями від 107,8 в м. Варах до 314,0в Зарічненському районі; різниця складає 2,9 ( $p \geq 0,05$ ) разу.

Кількість звернень до лікарів-спеціалістів з розрахунку на одного жителя становить в середньому 9,7 з коливаннями в розрізі адміністративних територій в 5,1 ( $p \geq 0,01$ ) разів. Частка відвідувань лікарів-спеціалістів з профілактичною метою становить 48,3%.

Показано, що лікарі-спеціалісти, які надають медичну допомогу дорослому населенню з недостатнім навантаженням працюють за спеціальностями: урологія (56,0%), пульмонологія (60,6%), гастроентерологія (61,7%), гінекологія (67,9%), алергологія (68,2%), офтальмологія (71,9%), хірургія (73,8%), отоларингологія (75,6%), кардіологія (84,1%) і тільки лікарі терапевти, травматологи, ревматологи виконують функцію посади.

Такі лікарі-спеціалісти, які надають медичну допомогу дитячому населенню, працюють з недостатнім навантаженням: алергологи (49,5%), гастроентерологи (53,0%), акушери-гінекологи (59,3%), пульмонологи (63,5%),

хірурги (67,9%), нефрологи (69,2%), отоларингологи (79,3%), неврологи (87,0%) з перевантаженням працюють лікарі - кардіологи (125,3%), ревматологи (144,1%), та травматологи (116,9%).

Експертним шляхом встановлено, що у 67,50% випадків обстеження пацієнтів не відповідає вимогам клінічних протоколів, а у 57,75% їм не відповідають програми лікування, що вказує на низький рівень якості медичної допомоги на амбулаторно-поліклінічному рівні. При цьому у 88,25% випадках встановлена відсутність наступності медичної допомоги на її етапах.

Враховуючи важливість позастанціонарного лікування пацієнтів, вивчено забезпеченість ліжками денного стаціонару, яка становила 15,6, а рівень пролікованих в денних стаціонарах склав 847,7 на 10 тис населення. При цьому дані показники мають достовірні відмінності в розрізі адміністративних територій.

Далі в розділі показано забезпеченість населення стаціонарною спеціалізованою допомогою та основні показники її діяльності, які мають відношення до об'єкту дослідження.

При загальному показнику забезпеченості госпітальними ліжками 45,6 на 10 тис населення найвищий рівень забезпеченості госпітальними ліжками зареєстровано терапевтичного (8,0), неврологічного (6,9) і хірургічного (5,7), а найменший – офтальмологічного (1,4), урологічного (1,0) та отоларингологічного (2,1) профілю.

Ліжка для проведення інтенсивного лікування складають 2,47% при рівні забезпеченості населення 1,8 на 10 тис населення. При цьому забезпеченість ліжок ІЛ базовим обладнанням становить: апарати ШВЛ – 0,48 апарата; монітори фатальних функцій – 0,2 апарата; дозатори введення лікарських засобів – 0,47 апарата на одне ліжко. Низький рівень забезпеченості населення ліжками інтенсивного лікування та недостатній рівень забезпечення базовим обладнанням не дозволяють надавати доступну, якісну та ефективну інтенсивну допомогу населенню.

Укомплектованість штатних лікарських посад на 6 (31,6%) адміністративних територіях складає менше 90%, що за даними доказового менеджменту знижує можливість надання якісної медичної допомоги пацієнтам.

Рівень госпіталізації дорослого населення за роки дослідження в області скоротився на 0,3 (1,25%) і склав 23,8, а рівень госпіталізації дитячого населення не змінився і склав 18,5 на 100 відповідного населення.

Аналіз рівнів госпіталізації всього населення виявив достовірну різницю показника в розрізі адміністративних територій – 1,5 раза ( $p \geq 0,05$ ): від 14,2 в Володимирецькому до 21,0 в Радивилівському районах. При цьому на території 4 (22,2%) адміністративних територій рівень госпіталізації зріс.

Показник роботи ліжка за роки дослідження має тенденцію до скорочення (9,3 дні) з показником у 2016 році 330,1 дня. При цьому робота ліжка в розрізі адміністративних територій є нерівномірною. Так, найбільшу кількість днів працювало ліжко в Березнівському (349,0 днів), та Острозькому (340,5 днів) районах та м. Вараш (341,0 день), а найменшу – 288,2 дні в м. Дубно та 302,6 дні в Волидимирецькому районі. Середні терміни перебування пацієнтів в стаціонарі скоротилися на 1,1 і склали 10,7 дня.

Важливою складовою організації медичної допомоги вторинного рівня є надання екстреної медичної допомоги. З метою організації екстреної медичної допомоги в області функціонує комунальний заклад «Обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» Рівненської обласної ради, 3 станції та 18 підстанцій ЕМД. Екстрену медичну допомогу населенню надає 96 бригад з яких 5 (5,2%) спеціалізованих, 32 (33,3%) лікарських та 54 (56,3%) фельдшерських. В штаті служби екстреної медичної допомоги введено 246,5 лікарських та 636,25 фельдшерських штатних посад з укомплектованістю 71,4% та 77,1% відповідно. Рівень звернень населення за ЕМД у 2016 році становив 312,8 на 1000 населення, при цьому щорічно до 74 тис. осіб звертається в службу ЕМД для отримання медичної допомоги амбулаторно. Із числа осіб, що звернулися за ЕМД 21,2 % госпіталізується до стаціонарних відділень, а частка тих хто отримує медичну допомогу від медичних працівників ЕМД становить 19,2%.

В ході дослідження встановлена відсутність структур з надання відновного лікування в області.

Отримані показники щодо мережі ЗОЗ первинної та вторинної медичної допомоги, забезпеченості лікарськими кадрами і госпітальними ліжками, основні показники діяльності виступають важливим чинником при визначенні потреби населення у медичній допомозі.

**В п'ятому розділі** «Аналіз показників звернення населення Рівненської області за медичною допомогою та оцінки ним потреб у медичній допомозі» показано результати дослідження щодо звернення населення в цілому та його окремих категорій за окремими видами медичної допомоги. В табл.1. показано рівні звернення населення області за окремими видами медичної допомоги в залежності від статі та місцем проживання.

Таблиця 1

**Рівні звернень населення Рівненської області різного типу поселення та різної статі за медичною допомогою (на 1000 осіб)**

Групи населення	Вид медичної допомоги											
	ЕМД			Амбулаторно-поліклінічна			Стаціонарна			Стаціонарно-замінна		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016
Чоловіки	283,2	285,2	301,5	9123,7	9749,0	9222,8	192,2	196,1	234,8	67,3	74,2	82,9
Жінки	295,4	287,8	309,3	10114,0	9891,0	10072,5	201,9	201,5	238,2	74,3	82,2	86,5
Міське населення	291,9	288,7	307,2	11289,0	11598,8	11588,7	170,6	195,5	172,7	73,9	82,5	81,1
Сільське населення	196,7	177,7	276,4	8067,8	8052,2	7956,8	203,2	204,5	183,9	67,64	74,1	88,3

Наведені дані вказують на збільшення показників звернення всіх вказаних категорій населення за ЕМД та стаціонарною допомогою, за стаціонарною допомогою, крім сільського населення у якого даний показник зменшився. Показники звернення за амбулаторно-поліклінічною допомогою зросли у чоловіків та міських жителів, у сільських жителів та жінок вони мають тенденцію до зменшення.

На рис.2. представлено рівні викликів екстреної медичної допомоги за типом поселення населення різних статеві-вікових груп в розрахунку на 1000

відповідного населення. Отримані дані вказують на те, що сільські жителі всіх вікових груп, крім дитячого населення рідше викликають ЕМД. Найчастіше ЕМД викликають жінки у віці 15-29 років та 45 і старше років. Зверненість населення Рівненської області за стаціонарною допомогою у 2016 році порівняно з 2006 роком в загальному збільшилася не суттєво (на 3,7% (23,9 та 23,0 на 100 населення відповідно)).

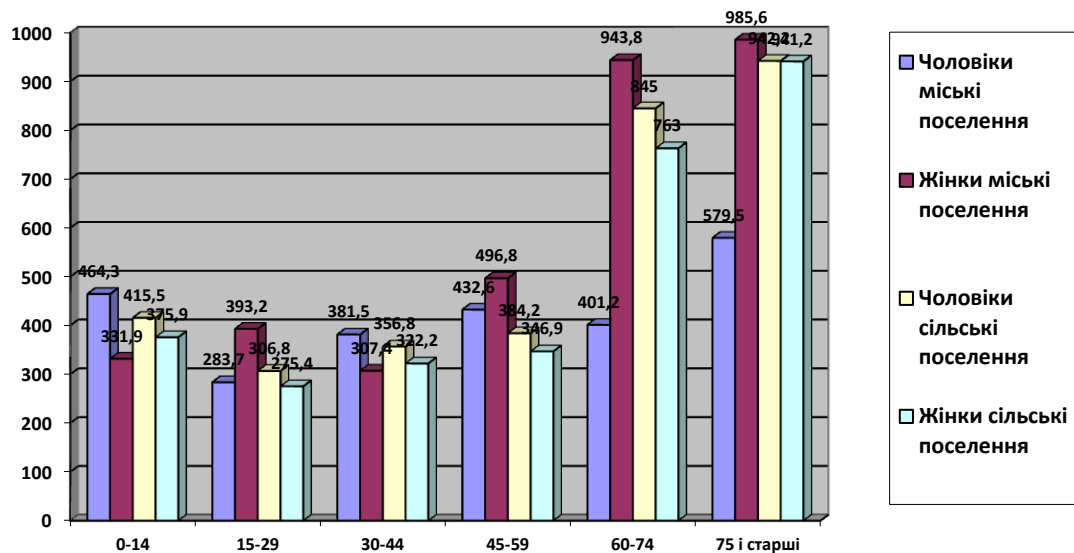


Рис. 2. Рівні викликів швидкої медичної допомоги за типом поселення населення різних статеві-вікових груп (2016 рік, на 1000 відповідного населення)

Проте, в старших вікових групах відмічається значне збільшення показників зверненості. Саме збільшення рівнів зверненості за стаціонарною допомогою у віковій групі старше 65 років і зумовило підвищення загального показника зверненості. У структурі звернень перше рангове місце посідають хвороби системи кровообігу (4,1), друге – хвороби органів дихання (3,8), третє – вагітність та пологи (2,8), четверте – хвороби органів травлення (2,4), п'яте – зовнішні причини (16,0), хвороби кістково-м'язової системи (16,0) та хвороби сечостатевої системи (1,6).

За допомогою соціологічного опитування населення виявлені встановлені респондентами параметри для забезпечення якості первинної медичної допомоги. Вони представлені на рис.3.

За даними опитування, якість медичної допомоги в стаціонарі в першу чергу залежить від рівня забезпечення лікарськими засобами, рівня матеріально-технічного забезпечення закладів, санітарно-гігієнічних умов, рівня кваліфікації медичних кадрів та збереження конфіденційності особистої інформації. При цьому, зручність проїзду та тривалість часу очікування на отримання медичної допомоги на їх думку найменше впливають на її якість.

Для діагностичних служб, на думку респондентів, найважливішими параметрами є рівень кваліфікації медичних працівників, результативність лікувально-діагностичних заходів та рівень матеріально-технічного забезпечення.

Наведені в даному розділі результати дослідження були визначальними при проведенні розрахунків потреби населення в медичній допомозі.

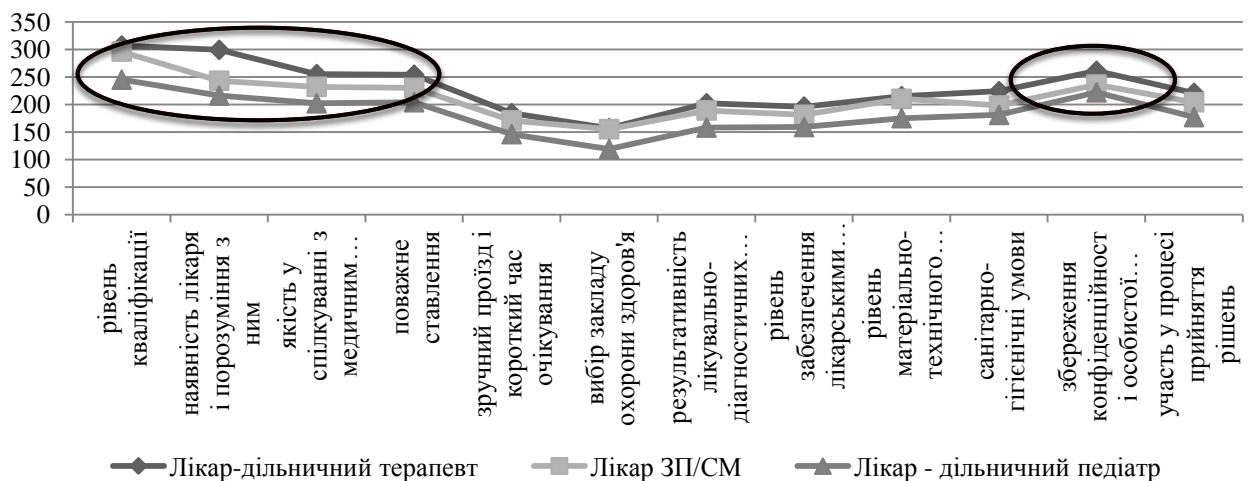


Рис.3. Важливість окремих параметрів для забезпечення якості первинної медичної допомоги

**В шостому розділі** *«Обґрунтування потреби населення сільськогосподарської області в первинній та спеціалізованій медичній допомозі»* представлено результати обґрунтування потреби населення області в первинній та вторинній медичній допомозі, яке проводилося з використанням розробленої нами та затвердженої МОЗ України (наказ від 15.07.2011 №420) методології розрахунку потреб населення у медичній допомозі.

Розрахунок потреби населення у первинній медичній допомозі здійснюється з урахуванням нормативів чисельності прикріпленого населення до лікаря і Центру ПМСД з визначенням диференційованих коефіцієнтів потреби у первинній медичній допомозі на основі даних офіційної статистики чисельності прикріпленого населення на кінець календарного року у тому числі осіб віком 0–6 років, 7–65 років, понад 65 років та коефіцієнтів потреби у медичній допомозі з урахуванням вікового фактору.

Потреба населення у вторинній (спеціалізованій) медичній допомозі визначається на основі даних аналізу віко-статевої структури населення, причин, рівнів та структури смертності, рівнів та структури захворюваності, необхідності у госпіталізації хворих до цілодобових стаціонарів різного профілю, а також з урахуванням територіального розміщення лікарні інтенсивної допомоги, наявності транспортних комунікацій, у тому числі асфальтованих доріг та громадського транспортного сполучення.

Розрахунок потреби населення у бригадах ЕМД здійснюється на основі розрахункових затрат бригади ЕМД на 1 виклик та середньозмінного навантаження на 1 бригаду, визначається ретроспективно, виходячи з кількості викликів бригад ЕМД.

Концептуальним підходом до обґрунтування потреби населення сільськогосподарської області в первинній та спеціалізованій медичній допомозі стало його забезпечення доступною та якісною медичною допомогою у відповідності до стану здоров'я.



За результатами комплексного наукового дослідження обґрунтовано потребу населення сільськогосподарської області в первинній та спеціалізованій вторинній медичній допомозі. Табл.2.

Таблиця 2

**Потреба населення сільськогосподарської області в первинній та спеціалізованій (вторинній) медичній допомозі**

Вид медичної допомоги	Мережа		Кадри	
	Існуюча	Обґрунтована	Існуюча	Обґрунтована
ПМСД	Центри ПМСД - 22	31	ЛЗП-СЛ - 5,4	10,7
	Лікарські амбулаторії - 179	191	Дільничні лікарі терапевти – 30,75 посад	Реформуються в ЛЗП-СЛ
	ФАПи - 622	608	Дільничні лікарі педіатри – 32,25 посад	Зберігаються
Амбулаторно-поліклінічна спеціалізована	Самостійні поліклініки -11	Консультативно-діагностичні центри - 3	Лікарі спеціалісти- 17,3	10,4
		Консультативні поліклініки -12		
Стационарна спеціалізована	Центральні районні лікарні -15	Госпітальні округи - 3	Забезпеченість ліжками	
	Районні лікарні - 8	ЛПЛ 1 рівня - 3	Всього – 45,6	37,2
	Міські лікарні - 4	ЛПЛ-2 рівня - 6		
	Міські дитячі лікарні - 1	Лікарні відновного лікування - 4	Інтенсивної терапії - 1,8	6,7
		Лікарні планового лікування - 4	Відновного лікування - відсутні	3,4
ЕМД	Спеціалізовані бригади - 5	5	Для забезпечення цілодобової роботи бригад	
	Лікарські бригади - 32	16		
	Фельдшерські бригади - 54	75		

Проведені розрахунки показали, що для забезпечення населення області доступною первинною медичною допомогою на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини в області необхідно продовжити пріоритетно розвивати ПМСД та додатково створити 9 центрів ПМСД за рахунок розмежування її з ЗОЗ вторинної медичної допомоги, 14 ФАПів реформувати в лікарські амбулаторії та при збереженні посад лікарів дільничних педіатрів збільшити кількість штатних посад ЛЗП-СЛ до забезпечення ними на рівні 10,7 на 10 тис населення. При цьому штатні посади лікарів дільничних терапевтів перевести в посади ЛЗП-СЛ.

Для забезпечення населення доступною та якісною спеціалізованою амбулаторно-поліклінічною допомогою поліклініки реформуються в 3

консультативно-діагностичні центри та 12 консультативних поліклінік, а забезпеченість лікарями-спеціалістами скорочується з 17,3 до 10,4 на 10 тис населення.

Реформуванню підлягає і система надання спеціалізованої стаціонарної допомоги з формування 3 госпітальних округів та створенням 3 ЛПЛ першого і 6 ЛПЛ другого рівнів, створенням 4 лікарень відновного та 4 планового лікування із скороченням забезпеченості ліжковим фондом із 45,6 до 37,7 на 10 тис населення. В структурі ліжкового фонду обґрунтовані зміни із збільшення забезпеченості ліжками інтенсивної терапії до 6,7 та відкриття ліжок відновного лікування на рівні 3,4 на 10 тис. населення.

В структурі системи ЕМД 16 лікарських бригад реформується в фельдшерські бригади з додатковим формуванням 5 фельдшерських бригад служби.

Запропоновані зміни в забезпечені потреби населення сільськогосподарської області у первинній та спеціалізованій (вторинній) медичній допомозі позитивно оцінені незалежними експертами та впроваджуються в системі охорони здоров'я Рівненської області.

### **Висновки**

Комплексним соціально-гігієнічним дослідженням доведено невідповідність системи надання медичної допомоги в сільськогосподарській області реальним потребам населення що потребувало розробки сучасної методології розрахунку потреби населення у медичній допомозі з використанням якої обґрунтовано реальну потребу населення сільськогосподарської області в первинній та вторинній (спеціалізованій) медичній допомозі з метою забезпечення її доступності та якості при раціональному використанні ресурсів системи сфери охорони здоров'я.

1. Спостерігається зниження загального показника захворюваності дорослого населення Рівненської області за період 2009-2013 рр. на 6%. Найбільш значне зниження рівня первинної захворюваності дорослого населення за класами хвороб за роки дослідження до базисного року спостереження (2009 р.) відзначається на хвороби органів травлення (21%), вади розвитку (73%), хвороби органів дихання (9%), зростання первинної захворюваності дорослого населення відбулось на новоутворення (на 9%), хвороби ендокринної системи (на 10%), хвороби ока (на 21%) при збільшенні поширеності хвороб серед дорослого населення області за більшістю класів в тому числі новоутворень (на 16%), хвороб ендокринної системи (на 20,6%), хвороб ока та придаткового апарату (на 15,6%), вад розвитку (на 19,5%), хвороб травлення (на 8,4%), що є чинним несвоєчасного звернення населення за медичною допомогою та хронізації захворювань.

2. Встановлено зростання рівня захворюваності дитячого населення Рівненської області за період дослідження до базисного року спостереження за наступними класами хвороб: інфекційні та паразитарні хвороби (на 21,6%), новоутворення (на 33,4%), хвороби вуха та придаткового апарату (на 12,3%). Зменшення рівня первинної захворюваності спостерігається на хвороби крові (на 48%), хвороби ендокринної системи (на 25%), психічні розлади (на 22%), хвороби системи кровообігу (на 22,7%) також спостерігається збільшення поширеності інфекційних хвороб серед дітей Рівненської області на 14% , новоутворень на

17,4% , психічних розладів на 7%, хвороб вуха та соскоподібного відростка на 12,6%, вад розвитку на 28%, травм на 8,7% . За аналізований період зменшились показники поширеності хвороб крові серед дитячого населення області на 27%, хвороб ендокринної системи на 11,6%, хвороб ока та придаткового апарату на 11,8%.

3. Загальний показник смертності населення Рівненської області знизився на 6,2% до базисного року спостереження (124,1 на 10 тис. жителів), При цьому показник смертності населення області від хвороб системи кровообігу зменшився на 6,4 % (2009 р. 95,0, 2013 р. 88,9 на 10 тис. населення області), хвороб органів дихання на 7,7% (2,6; 2,4 відповідно), хвороб органів травлення на 16,7% (4,8; 4,0 відповідно), травм та інших причин на 19,3% (8,3; 6,7 відповідно). Смертність чоловіків в працездатному віці в 3,9 разу перевищує жіночу в аналогічному віці. В структурі смертності населення області перше місце займають хвороби кровообігу (71,7%), друге – новоутворення (12,5%), третє – травми, отруєння та інші причини смерті (5,4%). Спостерігається збільшення первинного виходу на інвалідність за наступними класами хвороб: психічні розлади на 20% , хвороби нервової системи на 12,5% , хвороби сечостатевої системи на 20%, хвороби кістково-м'язового апарату на 7,3%.

4. Встановлені зміни зверненості населення за амбулаторно-поліклінічною допомогою які характеризуються підвищенням рівнів зверненості населення вікових груп 10-29 років (понад 50%) та 40-44 років (на 26,1%). У вікових групах 50-69 років, навпаки, відмічається зменшення (понад 30%). У структурі звернень перше рангове місце посідають хвороби системи кровообігу (1370,4 на 1000 населення), друге – хвороби органів дихання (1117,6 на 1000 населення), третє – хвороби органів травлення (536,4 на 1000 населення), четверте – ендокринні хвороби (380,1 на 1000 населення), п'яте – хвороби ока (322,5 на 1000 населення) та кістковом'язової системи (309 на 1000 населення). Порівняно з 2006 роком відмічається суттєве омолодження контингенту, що звертається за амбулаторно-поліклінічною допомогою з приводу ішемічної хвороби серця, гіпертонічної хвороби та стенокардії. Так, у віковій групі 35-54 років збільшення рівнів звернень за амбулаторно-поліклінічною допомогою з приводу ішемічної хвороби серця становить 6-9 разів. Підвищення рівнів зверненості з приводу гіпертонічної хвороби у віковій групі 15-19 років становить 1,5 рази. У вікових групах 30-44 років підвищення рівня зверненості з приводу стенокардії становить 4,4 рази.

5. Загальний показник госпіталізації до стаціонарів порівняно з 2006 роком збільшився на 3,7%. У структурі надання стаціонарно-замінної допомоги основне місце займають хвороби системи кровообігу (25,6 на 1000 населення). Відносно однакові показники зверненості з розрахунку на 1000 населення з приводу хвороб органів дихання (6,9) та травлення (6,8), нервової (8,1) та кістковом'язової систем (6,3), ендокринних захворювань (7,4), дещо нижчі – з приводу хвороб сечостатевої системи (4,4), в межах 1 на 1000 населення – з приводу новоутворень, розладів психіки і поведінки, зовнішніх причин, хвороб ока. Загальний показник рівня зверненості населення за стаціонарно-замінною допомогою порівняно з 2006 роком підвищився на 12,9% за рахунок незначного рівномірного підвищення зверненості за всіма класами хвороб.

6. Загальний показник рівня зверненості населення за стаціонарно-замінною допомогою порівняно з 2006 роком підвищився на 12,9% за рахунок незначного рівномірного підвищення зверненості за всіма класами хвороб. У структурі надання стаціонарно-замінної допомоги основне місце займають хвороби системи кровообігу (25,6 на 1000 населення). Відносно рівноцінні показники зверненості з розрахунку на 1000 населення з приводу хвороб органів дихання (6,9) та травлення (6,8), нервової (8,1) та кістково-м'язової систем (6,3), ендокринних захворювань (7,4), дещо нижчі – з приводу хвороб сечо-статевої системи (4,4), в межах 1 на 1000 населення – з приводу новоутворень, розладів психіки і поведінки, зовнішніх причин, хвороб ока.

7. Зверненість населення за ЕМД зменшилася в основному за рахунок викликів до сільського населення. Рівні зверненості за екстренною медичною допомогою у сільській місцевості у 2,5 рази нижчі ніж у містах. Рівні зверненості за ЕМД найвищі серед населення вікової групи 65-69 років. Порівняно з 2006 роком зверненість за ЕМД населення цієї вікової групи з приводу хвороб системи кровообігу збільшилася на 30%, з приводу хвороб органів дихання на 28,7%, хвороб органів травлення на 27,6%. Встановлено більше ніж у 50 разів збільшення викликів швидкої медичної допомоги з приводу хвороб системи кровообігу населення вікової групи 30-34 років при незмінності показника зверненості за медичною допомогою населення даної вікової категорії з приводу вказаних хвороб.

8. При пріоритетному розвитку ПМСД на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини встановлено низький рівень охоплення населення ПМСД на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини (78,2%) при низькому рівні укомплектованості посад ЛЗП/СЛ (70,6%) з великою часткою серед них осіб пенсійного віку (18,1%) та недостатньому рівні оснащеності сімейних амбулаторій при цьому відмічається низький рівень відвідуванням населенням лікарів з профілактичною метою (32,0% з різницею в 1,8 разів в розрізі адміністративних територій) при невиконанні значною часткою лікарів функції посади. При цьому при наданні амбулаторно-поліклінічної допомоги у 67,50% випадків обстеження пацієнтів не відповідає вимогам клінічних протоколів, а у 57,8% їм не відповідають програми лікування, що вказує на низький рівень якості медичної допомоги на амбулаторно-поліклінічному рівні при відсутності у 88,3% випадків наступності медичної допомоги за її рівнями та етапами.

9. Встановлено достовірну різницю в забезпеченості населення госпітальними ліжками за адміністративними територіями ( від 21,3 до 69,4 на 10 тис населення), що призводить до порушення принципу справедливості в доступності населення до вторинної стаціонарної допомоги при цьому рівень фінансового, кадрового та матеріально-технічного забезпечення ЗОЗ вторинного рівня надання медичної допомоги та режим роботи окремих служб в вихідні та святкові дні не дозволяє забезпечити надання медичної стаціонарної допомоги у відповідності до Клінічних протоколів. Показники роботи госпітального ліжка вказують на їх стабілізацію із скороченням рівня госпіталізації дорослого та збільшенням рівня госпіталізації дитячого населення області при цьому більше 25% пацієнтів

госпіталізуються необґрунтовано і тільки 54,8% отримували медичну допомогу у відповідності до галузевого стандарту.

10. Обґрунтовано потребу населення сільськогосподарської області у первинній та спеціалізованій (вторинній) амбулаторно-поліклінічній медичній допомозі яка відповідає потребам населення і полягає в розширенні мережі ЗОЗ первинного рівня та збільшення на 5,3 на 10 тис населення посад ЛЗП-СЛ з рівнем 10,4, забезпеченість сімейними медичними сестрами збільшується до показника 20,8 тобто на 15,1 на 10 тис населення при усуненні посад медичних працівників терапевтичної дільничної служби та збереження посад лікарів-дільничних педіатрів. Для надання спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної служби створюється мережа консультативних поліклінік та консультативно-діагностичних центрів. Обґрунтована потреба в забезпеченні лікарськими кадрами вказує на її зниження від існуючої на 3,56 на 10 тис населення з показником 13,74 на 10 тис населення. З коливаннями від існуючого показника спеціальностями як в сторону збільшення так і в сторону зменшення.

11. Обґрунтована потреба в формуванні на вторинному рівні надання медичної допомоги 3 госпітальних округів з створенням лікарень інтенсивного лікування, як формуючої госпітальний округ лікарні з часом доїзду в межах терапевтичного вікна. При цьому потреба в ліжках інтенсивної терапії зростає в 3,9 разів і складає 760 госпітальних ліжок при забезпеченості ними населення з розрахунку 6,7 на 10 тис. Обґрунтована потреба у відкритті 380 ліжок відновного лікування при показнику забезпеченості ними населення – 3,4. Загальна потреба в госпітальних ліжках скорочується на 10,1%. Обраховані показники забезпеченості лікарняними ліжками в розрізі спеціальностей коливається від існуючого показника як в сторону збільшення так і в сторону зменшення.

12. Відповідність обґрунтованої потреби населення сільськогосподарської області у первинній та спеціалізованій (вторинній) медичній допомозі потребам населення та національній стратегії реформування системи медичної допомоги населенню при позитивній оцінці експертами (96,0%) дозволяють рекомендувати її для впровадження в систему охорони здоров'я України.

### **Особисті друковані роботи за темою дисертації**

*Наукові праці в яких опубліковані основні наукові результати дисертації*

1 . Бойко В. Я. Показники діяльності дитячої обласної лікарні (на прикладі Рівненської області) // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 2 (14). – С. 75–77.

2. Шевченко М. В. Ставлення до проведення структурних реформ в охороні здоров'я та запровадження медичного страхування (за даними соціологічного опитування) керівників обласних, міських, районних управлінь охорони здоров'я, головних лікарів закладів охорони здоров'я та їх заступників / М. В. Шевченко, О. О. Загладь, В. Я. Бойко // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2011. – № 2. – С. 34–38 (*Дисертантові належить збір, аналіз і обробка матеріалу, написання статті, формування висновків*).

3. Медико-генетична допомога населенню Рівненської області: регіональні особливості та перспективи в умовах реформування медичної галузі / В. Я. Бойко,

В. Б. Лепеха, М. С. Пасічник [та ін.] // Східноєвроп. журн. громад. здоров'я. – 2012. – № 2–3 (18–19). – С.35–39. *(Дисертантові належить збір, аналіз і обробка матеріалу, написання статті, формування висновків).*

4.Бойко В. Я. Вивчення думки населення щодо надання медичної допомоги у Рівненській області (за даними соціологічного дослідження) / В. Я. Бойко, О. О. Дорошенко, М. В. Шевченко // Україна. Здоров'я нації – 2012. – № 4 (24). – С.107–111*(Дисертантові належить збір, аналіз і обробка матеріалу, написання статті, формування висновків).*

5.Напрями удосконалення системи фінансово-економічних відносин охорони здоров'я (аналітичний огляд наукової літератури) / М. В. Шевченко, О. О. Загладь, Л. А. Карамзіна, В. Я. Бойко // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2010. – № 4. – С. 58–64 *(Дисертантові належить збір, аналіз і обробка матеріалу, написання статті, формування висновків).*

6.Бойко В.Я. Аналіз звернень населення Рівненської області за амбулаторно-поліклінічною медичною допомогою/В.Я. Бойко// Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2013. – № 4. – С. 36-43

7.Бойко В.Я. Характеристика поширеності хвороб серед населення Рівненської області/ В.Я. Бойко// Intermedical journal, 2015. 3(5) – С. 22–25

8.Бойко В.Я. Концептуальні підходи до реформування системи охорони здоров'я Рівненської області/ В.В.Лазоришенець, В.Я. Бойко// Економіка і право охорони здоров'я. 2018. -№1. – С.65-71

9.Бойко В. Я. Аналітичний огляд регіональних особливостей стану здоров'я населення та санітарно-епідемічної ситуації. Рівненська область / В. Я. Бойко, О. О. Дорошенко // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2010 рік / за ред. З. М. Митника. – К., 2011. – С. *(Дисертантові належить збір, аналіз і обробка матеріалу, написання статті, формування висновків).*

10.Бойко В. Я. Аналітичний огляд розбудови регіональних систем охорони здоров'я. Рівненська область / В. Я. Бойко, О. О. Дорошенко // Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2010 рік / за ред. З. М. Митника. – К., 2011. – С. *(Дисертантові належить збір, аналіз і обробка матеріалу, написання статті, формування висновків).*

11.Бойко В. Я. Аналітичний огляд регіональних особливостей стану здоров'я населення та санітарно-епідемічної ситуації. Рівненська область/ В. Я. Бойко, О. О. Дорошенко // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2011 рік / за ред. Р. В. Богатирьової. – К., 2012. – С. 342–352 *(Дисертантові належить збір, аналіз і обробка матеріалу, написання статті, формування висновків).*

12.Здоров'я населення Рівненщини та організація медичної допомоги (за даними управлінського аудиту). 2011 : [монографія] / Г. О. Слабкий, В. Я. Бойко, М. В. Шевченко [та ін.]. – Рівне., 2011. – 141 с. *(Дисертантові належить збір, аналіз і обробка матеріалу, написання статті, формування висновків).*

13.Кондратюк Н. Ю. Розвиток вторинної медичної допомоги / Н. Ю. Кондратюк, О. М. Торжевська, В. Я. Бойко // Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи: спеціалізоване видання. – К., 2014. – С. 25–27.

## Опубліковані наукові праці апробаційного характеру

14. Підходи до визначення обсягу та вартості медичних послуг по різних рівнях надання допомоги / М. В. Шевченко, М. М. Максимчук, М. Г. Вовк, [О. О. Заглада, В. Я. Бойко] // Історія утворення і становлення товариства київських лікарів (до 170-ї річниці його утворення) : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. – К., 2010. – С. 175–177

15. Медико-етичні питання надання медичної допомоги пацієнтам із розладами психіки і поведінки сімейними лікарями / Н. П. Кризіна, В. Я. Бойко, В. Г. Шпак [та ін.] // Сімейна медицина (спецвипуск). – 2011. – № 3 : тези доп. III з'їзду сімейних лікарів, м. Дніпропетровськ, 19–21 жовт. 2011 р. – Дніпропетровськ, 2011. – С. 141.

16. Постаріння населення як один із чинників запровадження нових підходів до організації медичного обслуговування / О. О. Дорошенко, М. В. Шевченко, О. А. Мендрік, [Л. А. Карамзіна, В. Я. Бойко] // Східноєвроп. журн. громад. здоров'я. – 2012. – № 1 (17) ; Старіння та здоров'я : матеріали міжнар. наук.-практ. конф., присвяченої Всесвітньому дню здоров'я 2012 р, м. Київ, 5–6 квіт. 2012 р. : тези доп. – К., 2012. – С. 143–144.

17. Бойко В. Я. Аналіз обсягів надання населенню різних видів медичної допомоги (на прикладі Рівненської області) / В. Я. Бойко, М. В. Шевченко // Східноєвроп. журн. громад. здоров'я. – 2012. – Спец. вип. : Матеріали V з'їзду спеціалістів з соц. медицини та організаторів охорони здоров'я України, м. Житомир, 11–12 жовт. 2012 р. : тези доп. – К., 2012. – С. 9

18. Бойко В. Я. Обґрунтування рівнів споживання медичної допомоги населенням (світовий досвід) / В. Я. Бойко // Актуальні питання формування здорового способу життя та використання оздоровчих технологій : матеріали міжнар. наук.-практ. конф., м. Херсон, 30–31 трав. 2013 р. : тези доп. – С. 4–8.

19. Бойко В. Я. Підходи до організації та планування медичної допомоги відповідно до потреб населення / В. Я. Бойко, О. О. Дорошенко // Актуальні питання формування здорового способу життя та використання оздоровчих технологій : матеріали міжнар. наук.-практ. конф., м. Херсон, 30–31 трав. 2013 р. : тези доп. – С. 8–12.

20. Бойко В. Я. Економічні втрати Рівненської області внаслідок хвороб дорослого населення / В. Я. Бойко // Україна. Здоров'я нації. – 2013. – № 4 : тези доп. наук.-практ. конф. «Медико-соціальні питання у реформуванні сфери охорони здоров'я», м. Київ, 24–25 жовт. 2013 р. – Київ, 2013. – С. 120–121.

*Наукові праці, які додатково відображають результати дисертаційної роботи*

21. Методичні рекомендації стосовно розробки місцевими органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування планів заходів щодо спеціалізації закладів охорони здоров'я, оптимізації їх мережі та створення об'єднань таких закладів, зокрема міжрайонних / уклад. : Г. О. Слабкий, В. П. Лисак, Ю. Б. Ященко, [М. К. Хобзей, О. І. Левицький, М. В. Шевченко,

М. М. Максимчук, З. Г. Крушинська, В. Я. Бойко, В. Г. Слабкий, О. К. Толстанов] – К., 2010 – 28с.

22.Порядок направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я різних рівнів надання медичної допомоги : метод. рекомендації / уклад. : Г.О. Слабкий, В.П. Лисак, Ю. Б. Яценко, [М.В. Шевченко, М. К. Хобзей, Р. О. Моїсеєнко, В. Я. Бойко, Г. Я. Пархоменко, О. Б. Олексюк, В. Г. Слабкий, Л. Ф. Матюха, С. В. Збітнєва, Т. М. Бухановська]./– К., 2010. – 24с.

23.Критерії класифікації закладів охорони здоров'я за рівнями надання медичної допомоги : метод. рекомендації / уклад. : Г. О. Слабкий, В. М. Лехан, В. П. Лисак, [Ю. Б. Яценко, М. В. Шевченко, М. К.Хобзей, В. Я. Бойко, Г. Я. Пархоменко, В. Г.Слабкий, О. Б.Олексюк]. – К., 2010. – 24 с.

24.Методологія розрахунку потреб населення у медичній допомозі. Г. О. Слабкий, В. М. Лехан, М. В. Шевченко, [В. Я.Бойко, О. О. Дорошенко, Н. В. Некрасова] // Реєстр галузевих нововведень. – Вип. № 374/37/12. – 2012.

25.Механізми розмежування медичної допомоги між первинним, вторинним та третинним рівнями медичної допомоги / Г. О. Слабкий. В. М. Лехан, В. П. Лисак, Ю. Б. [Яценко, М. В. Шевченко, М. К. Хобзей, В. Я. Бойко, Г. Я. Пархоменко, В. Г. Слабкий, О. Б. Олексик] // Реєстр галузевих нововведень. – Вип. 375/37/12. – 2012.

## АНОТАЦІЯ

**Бойко В.Я.** *Медико-соціальне обґрунтування потреби населення сільськогосподарської області у первинній та спеціалізованій (вторинній) медичній допомозі. – Рукопис.*

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.02.03 – соціальна медицина. - Ужгородський національний університет, Ужгород, 2019.

Дисертацію присвячено рішення актуальної наукової задачі щодо обґрунтування потреби населення сільськогосподарської області у первинній та спеціалізованій медичній допомозі.

За результатами дослідження обґрунтовано потребу населення сільськогосподарської області у первинній та спеціалізованій амбулаторно-поліклінічній медичній допомозі яка полягає в розширенні мережі ЗОЗ первинного рівня та збільшення на 5,3 посад ЛЗП-СЛ з рівнем 10,7 при усуненні посад лікарів дільничної служби. Для надання спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної служби створюється мережа консультативних поліклінік та консультативно-діагностичних центрів.

Обрахована потреба в формуванні на вторинному рівні надання медичної допомоги трьох госпітальних округів зі створенням лікарень інтенсивного лікування, як формуючої госпітальний округ лікарні з часом доїзду в межах терапевтичного вікна. Потреба в ліжках інтенсивної терапії зростає в 3,9 разів і складає 760 госпітальних ліжок при забезпеченості ними населення з розрахунку 6,7 на 10 тис. населення. Оґрунтована потреба у відкритті 380 ліжок відновного лікування при показнику забезпеченості ними населення – 3,4. Загальна потреба в госпітальних ліжках скорочується на 10,1%.

**Ключові слова:** сільськогосподарська область, населення, первинна медична допомога, спеціалізована медична допомога, потреба, обґрунтування.



## SUMMARY

**Boiko V.Ya.** *Medico-social justification of the need of agricultural area population in primary and specialized (secondary) medical care.* – The manuscript.

Thesis for the Candidate of Medical Sciences degree in specialty 14.02.03 - Social Medicine. – Uzhhorod National University, Uzhhorod, 2019.

The thesis is devoted to the decision of actual scientific task as for the justification of the need of agricultural area population in primary and specialized medical care.

The results of the research gave possibility to justify the need of agricultural area population in primary and specialized ambulatory-and-polyclinic medical care which consists in expanding the network of health care institutions of primary level and the increase on 5.3 of the posts of general practitioners-family doctors with 10.7 level alongside with removing the posts local service doctors. The network of consultative polyclinics and consultative-diagnostic centers is created for the provision of specialized outpatient services.

The need for the formation on the secondary level of medical care in three hospital districts, with the establishment of intensive treatment hospitals as the hospital district forming hospital in time directions within the therapeutic window is calculated. The need for intensive care beds is growing at 3.9 times and amounts to 760 hospital beds while providing them the population of 6.7 per 10 thousands. The need for opening of 380 beds for rehabilitation with the provision of population 3.4 is justified. The total need for hospital beds is reduced on 10.1%.

**Key words:** agricultural area, population, primary medical care, specialized medical care, need, justification.

## АННОТАЦИЯ

**Бойко В.Я.** *Медико-социальное обоснование потребности населения сельскохозяйственной области в первичной и специализированной (вторичной) медицинской помощи* – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.02.03 – социальная медицина. – Ужгородский национальный университет, м.Ужгород, 2018.

Диссертация посвящена решению актуальной научной задачи по обоснованию потребности населения сельскохозяйственной области в первичной и специализированной (вторичной) медицинской помощи.

В ходе исследования показано, что в области проживает 52,2% сельского населения. Показатель заболеваемости населения области при его тенденции к сокращению составляет 7587,1 на 10 тыс., а показатель распространенности заболеваний, при тенденции к увеличению, составляет 19035,3. Данные показатели являются признаком «хронизации заболеваний». Отмечается сокращение показателя смертности населения области с уровнем 11,78.

Медицинская помощь оказывается сетью учреждений здравоохранения первичной и вторичной медицинской помощи. В диссертации представлено

анализ сети учреждений здравоохранения и их ресурсного обеспечения. Полученные данные указывают на то, что при существующем положении население области, особенно сельской местности, не в состоянии получать доступную та качественную медицинскую помощь.

По результатам исследования обоснована потребность населения сельскохозяйственной области в первичной и специализированной (вторичной) медицинской помощи, которая заключается в расширении сети учреждений здравоохранения первичной помощи и увеличении на 5,3 должностей семейных врачей с уровнем 10,7 при сохранении должностей врачей участковых педиатров. Для оказания специализированной амбулаторно-поликлинической помощи создается сеть консультативных поликлиник и консультативно-диагностических центров.

Обоснована потребность в формировании на вторичном уровне 3 госпитальных округов с созданием больниц интенсивного лечения с доездом в пределах терапевтического окна. Потребность в госпитальных койках интенсивного лечения увеличивается в 3,9 раза и составляет 790 госпитальных коек при обеспеченности ими 6,7 в расчете на 10 тыс. населения. Обоснована потребность в создании 380 госпитальных коек восстановительного лечения с обеспечением ими 3,4. При этом общая потребность в госпитальных коек сокращается на 10,1%.

Требует пересмотра и ресурсная база службы экстренной медицинской помощи.

**Ключевые слова:** сельскохозяйственная область, население, первичная медицинская помощь, специализированная медицинская помощь, потребность, обоснование.

### Умовні скорочення

АЗП-СМ	Амбулаторія загальної практики-сімейної медицини
ЕМД	Екстрена медична допомога
ЗОЗ	Заклади охорони здоров'я
ЗП-СМ	Загальна практика-сімейна медицина
ЛЗП-СЛ	Лікар загальної практики-сімейний лікар
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
НПК	Науково-практична конференція
ПМСД	Первинна медико-санітарна допомога
ФАП	Фельдшерсько-акушерський пункт
ШВЛ	Штучна вентиляція легенів