

Міністерство охорони здоров'я України

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

Удосконалення організації медичної допомоги сільському населенню

Методичні рекомендації для організаторів здоров'я

м. Київ – 2018

Міністерство охорони здоров'я України
ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

Удосконалення організації медичної допомоги сільському населенню

Методичні рекомендації для організаторів здоров'я

м. Київ – 2018

**Удосконалення організації медичної допомоги сільському населенню.
Методичні рекомендації. м. Київ, 2018 – 25 с.**

Організації розробники:

**Ужгородський національний університет
Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України**

Укладачі:

СЛАБКІЙ Геннадій Олексійович – д.мед.н., професор

ЛОБАС Михайло Віталійович - лікар

Кручаниця Василь Васильович - лікар

Рецензенти:

ГОЛОВАНОВА Ірина Анатоліївна, доктор медичних наук, професор, ДВНЗ „Українська медична стоматологічна академія”, завідувач кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з біостатистикою

ДУДНИК Світлана Валеріївна – кандидат медичних наук, Вчений секретар Українського інституту стратегічних досліджень МОЗ України

Рекомендовано Вченою радою ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України». Протокол від 28 листопада 2017 року, № 8

Розраховано на організаторів охорони здоров'я медичної допомоги сільському населенню.

Зміст

Умовні скорочення	2
Вступ	3
ПРОБЛЕМИ В ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ СІЛЬСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ	4
СТРАТЕГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ОПТИМІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ СІЛЬСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ РОЗВИТКУ СУСПІЛЬСТВА МАЮТЬ БАЗУВАТИСЯ НА УСУНЕННІ ВСТАНОВЛЕНИХ ПРОБЛЕМ	7
ХАРАКТЕРИСТИКА ОПТИМІЗОВАНОЇ ФУНКЦІОНАЛЬНО-ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ МОДЕЛІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ СІЛЬСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ РОЗВИТКУ СУСПІЛЬСТВА ТА РЕФОРМУВАННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	11
РОЗРАХУНОК ПОТРЕБИ СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ РЕГІОНУ У ПАЛІАТИВНІЙ ДОПОМОЗІ	16
Висновки	20
Список рекомендованої літератури	22

Умовні скорочення

ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ЕМД	Екстренна медична допомога
ЗОЗ	Заклади охорони здоров'я
ІТ	Інтенсивна терапія
ЛА	Лікарська амбулаторія
ЛЗП-СЛ	Лікар загальної практики-сімейний лікар
МЛ	Міська лікарня
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
ОДА	Обласна державна адміністрація
ОТГ	Об'єднана територіальна громада
ПМСД	Первинна медико-санітарна допомога
СМСЧ	Спеціалізована медико-санітарна частина
ФАП	Фельдшерсько-акушерський пункт
ЦРЛ	Центральна районна лікарня

Вступ

Сільське населення характеризується особливими умовами проживання та праці, які негативно відображаються на стані його здоров'я. При цьому необхідно відмітити, що для населення, яке проживає в сільській місцевості, особливо у маленьких та віддалених від районних центрів селах спеціалізована та високоспеціалізована медична допомога є недостатньо доступною, часто малодоступною є навіть первинна медико-санітарна допомога. Негативно на доступність медичної допомоги для сільського населення може вплинути і проведення в країні певних заходів з реформи системи охорони здоров'я. Необхідно відмітити, що на сучасному етапі розвитку суспільства у сільського населення є нижчими ніж у міського можливості соціально - економічного розвитку.

За статистичними даними та даними наукових публікацій стан здоров'я сільського населення є гіршим ніж міського населення, а показники смертності в тому числі в працездатному віці є вищими. Рівні народжувальності сільського населення є нижчими ніж міського, що на фоні демографічної кризи в країні призводить до більш високих темпів природного убутку сільського населення ніж міського.

На певні відмінності стану здоров'я міського та сільського населення вказують і дослідники провідних країн світу.

Враховуючи дану ситуацію ВООЗ ставить питання про рівні можливості в отриманні медичної допомоги незалежно від місця проживання та соціально-економічного стану населення.

Враховуючи, що підвищення доступності та якості медичного обслуговування населення, яке проживає в сільській місцевості є одним із пріоритетів державної політики в сфері охорони здоров'я та регіонального розвитку було прийнято Закон України „Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості” 14 листопада 2017 року № 2206-VIII, але комплексних наукових досліджень з оптимізації медичного забезпечення на сучасному етапі соціально-економічного розвитку суспільства не проводилося.

Розробка оптимізованої функціонально-організаційної моделі медичної допомоги сільському населенню на сучасному етапі розвитку суспільства та реформування галузі охорони здоров'я проводилась базуючись на результатах наукового дослідження організації медичної допомоги сільському населенню в Черкаській області.

ПРОБЛЕМИ В ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ СІЛЬСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ

В ході проведеного комплексного соціально-гігієнічного дослідження було встановлено комплекс проблем в організації медичної допомоги сільському населенню Черкаської області. Структурно нами вони розділені на наступні групи.

Перша група. Дана група проблем пов'язана із кадровим забезпеченням системи охорони здоров'я в тому числі первинної та долікарської медичної допомоги.

Рівень забезпеченості ЛЗП-СЛ колювання в розрізі адміністративних територій: від 2,1 в Лисянському до 6,4 в Городищенському районах. Різниця складає 3,05 разу. Рівень укомплектованості штатних посад ЛЗП-СЛ в області є низьким. В 15 (75,0%) адміністративних територіях він є нижчим 80%. В області мається 23 сімейні амбулаторії, посади в яких не укомплектовані сімейними лікарями. Функціонує 47 ФАПів, що складає 8,8% від загальної кількості, які не забезпечені медичними кадрами. Дефіцит ЛЗП-СЛ становить 363 фізичних осіб.

На території 13 (65,0%) адміністративних територій укомплектованість штатних посад лікарів служби ЕМД становить нижче 80%, а на 5 (25,0%) адміністративних територіях менше 60%. Дефіцит лікарів служби складає 41 фізичну особу, а молодших медичних спеціалістів з вищою медичною освітою – 121 фізичних осіб.

Рівень забезпечення лікарськими посадами для надання спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної допомоги, в розрахунку на 10 тис сільського населення, за роки дослідження має тенденцію до скорочення і в 2016 році становив 9,3 з колюваннями в розрізі адміністративних територій від 6,8 в 1,8 разу. Укомплектованість лікарських посад має тенденцію до скорочення з показником 78,3% в 2016 році при різниці в розрізі адміністративних територій від 56,8% в Катеринопільському до 100,0 в Тальнівському районі.

Рівень забезпечення лікарями для надання стаціонарної спеціалізованої має тенденцію до збільшення і в 2016 році склав 7,8 на 10 тис населення з колюваннями в розрізі адміністративних територій в 2,26 разу. Укомплектованість штатних посад склала 71,1% з колюваннями в розрізі адміністративних територій від 42,4% в Тальнівському до 100,0 в Катеринопільському районах. Загальний дефіцит лікарів для надання стаціонарної спеціалізованої допомоги становить 822 особи. Частка працюючих пенсіонерів становить 30,2%.

Відповідно до доказового менеджменту такий рівень кадрового забезпечення не дає можливості забезпечити сільське населення доступною та якісною як первинною так і спеціалізованою медичною допомогою.

Друга група. Дана група проблем пов'язана із структурою та ресурсним забезпеченням системи надання медичної допомоги. Вона полягає в наступному.

Забезпеченість лікарських амбулаторій автотранспортом коливається від 17,6% в Кам'янському до 55,0% в Чигиринському та Чорнобаївському районах. Рівень забезпеченості автотранспортом на 50,0% та більше зареєстрований у 3 (15,0%) районах. Рівень забезпеченості медичним обладнанням коливається від 30,0% в Катеринопільському та Уманському до 70,0% в Драбівському, Звенигородському та Монастирищенському районах. Низькі рівні забезпечення комп'ютерною технікою зареєстровані в Тальнівському (11,1%) та Жашківському (22,2%) районах.

Забезпеченість діючим санітарним автотранспортом Служби ЕМД становить 41,0 %. Із загальної кількості лікарських бригад оснащено: ЕКГ-апаратами – 53,0%; портативним кисневим балоном, що забезпечує місткість кисню не менше ніж 400 л (200 л для бригад АШМД типу А1 та А2) при нормальній температурі та тиску – 55,0%; пульсоксиметром портативним з елементами живлення - 30,0 %; дефібрилятором з водієм ритму та записом показників пацієнта - 8,0 %; транспортним апаратом ШВЛ - 60,0 %.

Оснащено відповідно до галузевих стандартів закладів/підрозділів спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної допомоги на 50% та нижче – 106(58,6%).

Рівень відповідності оснащення галузевому стандарту у закладах стаціонарної спеціалізованої медичної допомоги коливається від 40,0% в Монастирищенському до 91,0% в Корсунь-Шевченківському районах. Найнижчий рівень забезпеченості реанімаційних ліжок апаратами ШВЛ зареєстровано в Кам'янському (16,7%) та Катеринопільському (20,0%) районах. Загальний дефіцит обладнання для відділень ІТ закладів охорони здоров'я в яких надається стаціонарна спеціалізована допомога складає: апарати ШВЛ - 253 одиниць, моніторингове обладнання - 172 одиниці.

Відсутня система паліативної допомоги населенню.

Відсутня електронної системи охорони здоров'я.

Третя група. Дана група проблем пов'язана із соціально-економічним статусом медичних працівників. Вона полягає в наступному.

Більше частину опитаних медичних працівників не задовольняє рівень заробітної плати, який не залежить від обсягу та якості виконаної роботи (наданих послуг) та не забезпечує належний фінансово-економічний стан сімей. 9,5±1,5% опитаних ЛЗП-СЛ проживає в гуртожитку, а 17,5±1,9% в орендованій квартирі.

При цьому тільки $20,4 \pm 2,0\%$ респондентів мають пільги на оплату комунальних послуг, як місцевий стимул до ефективної професійної діяльності. $8,8 \pm 1,4\%$ опитаних лікарів центральних районних лікарень проживає в гуртожитку, а $9,8 \pm 1,5\%$ проживає на орендованій квартирі.

Четверта група. Дана група проблем пов'язана із умовами організації медичної допомоги. Вона полягає в наступному: процесом організації праці лікарні задоволено $68,0 \pm 2,3\%$ респондентів, стилем керівництва в лікарні - $66,0 \pm 2,4\%$, професійними відносинами в колективі - $61,4 \pm 2,4\%$, моральним мікрокліматом в колективі - $60,3 \pm 2,4\%$, рівнем організації діагностичної служби лікарні - $57,3 \pm 2,5\%$. За даними респондентів матеріально-технічна база ЦРЛ по забезпеченню її функцій та задач: а) так, повністю забезпечує - $2,6 \pm 0,8\%$; б) майже повністю - $34,6 \pm 2,4\%$; в) лише частково - $24,2 \pm 2,1\%$; г) не дає можливості надавати медичну допомогу у повному обсязі - $21,6 \pm 2,1\%$; д) категорично не відповідає завданням закладу/відділення первинної медичної допомоги - $17,0 \pm 1,9\%$. Така ситуація, відповідно до доказового менеджменту, не може забезпечити пацієнтів ЦРЛ в області якісною спеціалізованою медичною допомогою.

Також встановлено проблеми, які не пов'язані безпосередньо з системою охорони здоров'я. До них відносяться:

1. Відсутність освітлення значної частини сіл в нічний час.
2. Відсутність табличок з назвами вулиць та номерів будинків.
3. Відсутність якісних доріг для довозу до ЗОЗ хворих.
4. Незадовільний рівень роботи громадського транспорту.

П'ята група. Дана група проблем пов'язана із відношенням сільського населення до особистого здоров'я. Вона полягає в наступному: $31,3 \pm 2,3\%$ населення, яке має хронічні хвороби під диспансерним наглядом не знаходяться. При цьому своєчасно за медичною допомогою не звертається Так, зареєстровано звернення населення при гострих станах більше ніж через 24 години після початку захворювання при гострому холециститі ($40,8\%$), завороті кишків ($44,9\%$), гострому панкреатиті ($37,0\%$), гострому інфаркті міокарду ($25,4\%$), травмі живота ($23,6\%$).

Шоста група. Дана група проблем пов'язана із недостатньою раціональністю використання ресурсів. Так, частка необґрунтованих викликів ЕМД на території різних адміністративних територій має достовірні відмінності: від $1,7\%$ в Монастирищенському районі до $22,0\%$ в Тальнівському районі. Різниця складає 12,9 разів. Рівень звертання населення за амбулаторно-поліклінічною спеціалізованою медичною допомогою перевищує рівень звертання до лікарів загальної практики-сімейних лікарів в 3,95 разу. При загальному показнику роботи госпітального ліжка 329 днів на рік граничні коливання склали 72 дні: від

277 днів в Корсунь-Шевченківському до 349 днів в Лисянському районах. Оперативна активність у відділеннях хірургічного профілю має тенденцію до зростання з рівнем 42,9% в 2016 році. При цьому даний показник нижче 40% зареєстровано в 9 (45,0%) ЦРЛ.

Сьома група. Дана група проблем пов'язана із медико-демографічною ситуацією серед сільського населення області. Вона полягає в низьких рівнях народжувальності сільського населення (8,5) з тенденцією їх до зниження при високих рівнях смертності сільського населення (20,4), що призводить до природнього убутку населення (11,9) проти природнього убутку міського населення (4,7). Відмічається високий рівень смертності населення працездатного віку (4,61 всього, чоловіків – 7,02, жінок – 1,98) При цьому показник смертності сільського населення перевищує показник смертності міського населення в області (20,4 проти 13,3 на 100 тис населення).

Дана проблема є результатом в тому числі неможливості сільського населення області отримати своєчасну доступну та якісну медичну допомогу.

СТРАТЕГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ОПТИМІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ СІЛЬСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ РОЗВИТКУ СУСПІЛЬСТВА МАЮТЬ БАЗУВАТИСЯ НА УСУНЕННІ ВСТАНОВЛЕНИХ ПРОБЛЕМ

Для вирішення нагальних проблем охорони здоров'я в області має бути розроблена та прийнята цільова комплексна регіональна програма розвитку сільської системи охорони здоров'я.

Стратегічно вона повинна мати два розділи:

I. Розвиток системи охорони здоров'я по забезпеченню сільського населення області доступною та якісною медичною допомогою в залежності від потреби, що визначається станом здоров'я пацієнтів.

II. Розвиток системи громадського здоров'я по забезпеченню профілактичного напрямку з формуванням у населення відповідального відношення до особистого здоров'я.

Розвиток системи охорони здоров'я по забезпеченню сільського населення області доступною та якісною медичною допомогою в залежності від потреби, що визначається станом здоров'я пацієнтів. В даному розділі мають бути відображені заходи с реформування системи охорони здоров'я за рівнями та видам и надання медичної допомоги з визначенням в термінах

коротко та довготермінових заходів та заходів з виконанням в середньострокових термінах.

Основними складовими розділу є наступні напрями:

- структурна перебудова системи та формування оптимальної мережі закладів охорони здоров'я з пріоритетним розвитком ПМСД на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини та формуванням госпітальних округів з визначенням оптимальних медичних маршрутів пацієнтів;
- створення ефективної системи екстреної медичної допомоги населення;
- запровадження ефективної кадрової політики з метою залучення та утримання лікарських кадрів з формуванням системи соціального забезпечення та місцевих стимулів; забезпечення молодих спеціалістів благоустроєним житлом;
- впровадження сучасної системи фінансування закладів охорони здоров'я та визначення заробітної плати медичних працівників в залежності від обсягів та якості виконаної роботи;
- створення системи безперервного підвищення професійного рівня медичних працівників;
- покращення матеріально-технічного забезпечення закладів охорони здоров'я області з приведенням його у відповідність до галузевого стандарту та активне впровадження сучасних ефективних організаційних та медичних технологій;
- створення системи безперервного підвищення якості медичної допомоги та забезпечення раціонального використання ресурсів;
- розвиток окремих, найбільш актуальних для регіону служб та видів медичної допомоги: перинатальна, кардіологічна, фтїзіатрична, онкологічна, неонатологічна, психіатрична, стоматологічна тощо.

Важливою задачею для області є формування єдиного медичного простору, що дасть можливість населенню області отримання необхідної медичної допомоги незалежно від місця його проживання.

Окремої уваги підлягає питання можливості зміни закладами охорони здоров'я області свого юридичного статусу із створення на їх базі комунальних (державних) некомерційних, неприбуткових підприємств.

Розвиток системи громадського здоров'я по забезпеченню профілактичного напрямку з формуванням у населення відповідального відношення до особистого здоров'я. Створення системи громадського здоров'я в області потребує вирішення ряду принципово нових задач. До них відноситься створення регіонального центру громадського здоров'я та відповідних структур на території адміністративних територій. Надзвичайно важливою задачею є укомплектування визначених структур кваліфікованими кадрами з забезпеченням

умов для виконання ними визначених функцій. Враховуючи міжсекторальний характер задач та функцій системи громадського здоров'я стратегічною задачею є налагодження ефективної співпраці центру громадського здоров'я з регіональною та місцевою владою, правоохоронними органами, реальним та приватним секторами, засобами масовою інформації, недержавними організаціями тощо.

Стратегічні підходи є комплексними, носять міжсекторальний характер і розділяються за рівнями управління. В зв'язку з цим нами розроблені задачі та функції для всіх основних учасників процесу забезпечення сільського населення області ефективною медичною допомогою.

Задачі та функції регіональної влади

I. Загальні задачі та функції регіональної влади

1. Прийняття регіональної цільової комплексної програми «Здоров'я сільського населення області».
2. Визначення найкращих шляхів доїзду сільського населення до закладів охорони здоров'я спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги.
3. Ремонт доріг для забезпечення безпечних умов довозу хворих до закладів охорони здоров'я спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги.
4. Забезпечення роботи громадського транспорту для можливості доїзду сільського населення для отримання консультативної допомоги у спеціалістів закладів охорони здоров'я високоспеціалізованої медичної допомоги.

II. Специфічні задачі та функції регіональної влади

1. Створення системи паліативної допомоги в області потреба в якій нами розрахована з застосуванням коефіцієнтів рекомендованих «Глобальним атласом з паліативної допомоги» (ВООЗ, 2014).
2. Створення електронної системи охорони здоров'я з її захистом для несанкціонованого проникнення з затвердженням цільового фінансування.

Задачі та функції місцевої влади

I. Загальні задачі та функції місцевої влади

1. Прийняття місцевої цільової комплексної програми «Здоров'я сільського населення».
2. Забезпечення медичних працівників житлом.
3. Впровадження програм місцевих стимулів для мотивації медичних працівників до ефективної праці.

4. Визначення найкращих шляхів доїзду сільського населення до закладів охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги.

5. Ремонт доріг для забезпечення безпечних умов довозу хворих до закладів охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги.

6. Забезпечення роботи громадського транспорту для можливості доїзду сільського населення для отримання консультативної допомоги у спеціалістів закладів охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги.

7. Освітлення сіл в нічний час.

8. Забезпеченість в селах наявності табличок з назвами вулиць та номерів будинків.

II. Специфічні задачі та функції місцевої влади

1. Забезпечення безпечних умов праці та перебування пацієнтів в закладах охорони здоров'я власниками яких є місцева влада.

2. Формування матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я власниками яких є місцева влада у відповідності до галузевих стандартів по забезпеченню якісної медичної допомоги.

3. Змінити юридичний статус закладів охорони здоров'я із бюджетних установ на державні/комунальні неприбуткові підприємства.

III. Задачі та функції керівників закладів охорони здоров'я

1. Підготувати заклади охорони здоров'я до автономізації, забезпечити проведення зміни юридичного статусу закладів охорони здоров'я із бюджетних установ на державні/комунальні неприбуткові підприємства та укласти договори із Національною агенцією охорони здоров'я на надання медичних послуг та фінансування в рамках пакету державних гарантій медичної допомоги.

2. В ході зміни юридичного статусу та зміни системи фінансування забезпечити конкурентоздатність закладу охорони здоров'я.

3. Створення на рівні ЗОЗ ефективної системи безперервного підвищення професійного рівня медичних працівників.

IV. Задачі та функції колективів закладів охорони здоров'я

1. Медичним працівникам ЗОЗ забезпечити постійне професійне зростання по забезпеченню медичної допомоги населенню у відповідності до даних з доведеною ефективністю.

2. Підготовки до забезпечення населення інформацією щодо обсягу та можливостей отримання безоплатної медичної допомоги в рамках пакету державних гарантій медичної допомоги.

3. Забезпечити підвищення рівня деонтологічної та загальної культури медичного обслуговування населення.

4. Формування у населення підвищення рівня відповідального ставлення до особистого здоров'я та формування культу здоров'я.

Важливою задачею для регіону є розвиток системи громадського здоров'я по забезпеченню профілактичного напрямку з формуванням у населення відповідального відношення до особистого здоров'я. Створення системи громадського здоров'я в області потребує вирішення ряду принципово нових задач. До них відноситься створення регіонального центру громадського здоров'я та відповідних структур на адміністративних територіях. Надзвичайно важливою задачею є укомплектування визначених структур кваліфікованими кадрами з забезпеченням умов для виконання ними основних оперативних функцій, які визначені ВООЗ. Враховуючи міжсекторальний характер задач та функцій системи громадського здоров'я стратегічною задачею є налагодження ефективної співпраці центру громадського здоров'я з первинною медичною допомогою, регіональною та місцевою владою, правоохоронними органами, реальним та приватним секторами, засобами масовою інформації, недержавними організаціями тощо.

ХАРАКТЕРИСТИКА ОПТИМІЗОВАНОЇ ФУНКЦІОНАЛЬНО-ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ МОДЕЛІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ СІЛЬСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ РОЗВИТКУ СУСПІЛЬСТВА ТА РЕФОРМУВАННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Базуючись на отриманих в ході дослідження результатах та стратегічних підходах до оптимізації медичної допомоги сільському населенню на сучасному етапі розвитку суспільства нами була розроблена оптимізована функціонально - організаційна модель медичної допомоги сільському населенню на сучасному етапі розвитку суспільства. Дана модель представлена на рис.

Центральним елементом моделі виступає сільське населення регіону, а його окремою цільовою групою сільське населення, яке потребує первинної, екстренної, спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги.

Стратегічним напрямком моделі є збереження та зміцнення здоров'я сільського населення регіону на сучасному етапі розвитку суспільства та реформування системи охорони здоров'я по виконанню Законів України Закон України від 14 листопада 2017 року № 2206-VIII «Про підвищення

Мета: Забезпечення сільського населення доступною та якісною медичною допомогою з підвищення рівня його здоров'я по виконанню Законів України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості», «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»

Влада	Система охорони здоров'я				Об'єднані територіальні громади
	Структурна перебудова системи	Безперервне підвищення професійного рівня медичного персоналу	Інформатизація системи охорони здоров'я	Формування у населення відповідального ставлення до особистого здоров'я	
Обласна рада	Повний перехід ПМСД на принципи загальної лікарської практики-сімейної медицини	Укомплектування посад медичного персоналу до оптимального рівня	Створення електронної системи охорони здоров'я з її захистом для несанкціонованого проникнення	Організація територіальних «Шкіл здоров'я»	Забезпечення медичних працівників житлом
Прийняття регіональної цільової комплексної програми «Здоров'я сільського населення області».	Формування госпітальних округів	Створення обласного тренінгового центру для медичного персоналу первинної, спеціалізованої та ЕМД	Створення обласного центру телемедичної допомоги	Створення сайтів у всіх ЗОЗ з інформацією про здоров'я зберігаючі технології та можливості отримати профілактичні медичні послуги	Впровадження місцевих фінансових стимулів для утримання та підвищення ефективності праці
Затвердження обсягів цільового фінансування із обласного бюджету	Розширення баз тимчасового перебування бригад ЕМД				
Обласна державна адміністрація					
Визначення найкращих шляхів доїзду сільського населення до закладів охорони здоров'я спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги.	Автономізація комунальних/державних ЗОЗ	Запровадження щоквартальних обласних «Днів спеціаліста» за всіма основними спеціальностями	Забезпечення ЛЗП-СЛ інформаційно-консультативними планшетами	Цільова програма обласного телебачення «Збережемо здоров'я»	Забезпеченість в селах наявності табличок з назвами вулиць та номерів будинків.
Ремонт доріг для забезпечення безпечних умов довозу хворих до закладів охорони здоров'я спеціалізованої та	Ресурсне забезпечення ЗОЗ у відповідності до реальних потреб в	Щорічне проведення практичних обласних конференцій за всіма основними	Забезпечення електронної системи збору та обробки	Забезпечення населення інформацією про	Створення здоров'я зберігаючих умов проживання, транспорту та

високоспеціалізованої медичної допомоги.	залежності від рівня та виду медичної допомоги	спеціальностями	статистичної інформації про стан здоров'я	загрозливі життю стани та місця звертання за медичною	відпочинку
Забезпечення роботи громадського транспорту для можливості доїзду сільського населення для отримання консультативної допомоги високоспеціалізованої медичної допомоги.	Розробка раціональних маршрутів пацієнтів за всіма рівнями медичної допомоги	Створення на базі лікарень інтенсивного лікування ГО постійнодіючих тренінгових центрів для медичного персоналу, що працює на території ГО	населення та діяльність системи охорони здоров'я	допомогою при них	Забезпечення за рахунок коштів громади конкурентоздатності закладів охорони здоров'я
Місцеві органи самоурядування	Чіткий розподіл медичних послуг за закладами спеціалізованої та високо-спеціалізованої медичної допомоги		Впровадження електронної карти пацієнта	Формування для сільського населення індивідуальних програм збереження та зміцнення здоров'я	
Прийняття місцевих цільових програм «Здоров'я сільського населення».			Перехід на повний електронний документообіг в закладах охорони здоров'я	Інформування населення про економічні переваги профілактики та своєчасного звернення за медичною допомогою	Освітлення вулиць сіл в нічний час
Цільове фінансування програми із місцевого бюджету			Повна комп'ютеризація ЗОЗ регіону		

Рис. Оптимізована функціонально-організаційна модель медичної допомоги сільському населенню на сучасному етапі розвитку суспільства та реформування галузі охорони здоров'я

доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» та від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення».

Тактичним напрямком моделі є оптимізація діяльності системи охорони здоров'я по забезпеченню державних гарантій медичного обслуговування населення та створення оптимальних умов для організації доступної та ефективної медичної допомоги населенню.

Суб'єктом управління в даній моделі є Обласна рада, яка створює Обласну координаційну раду до складу якої входять представники органів місцевого самоурядування всіх адміністративних територій, представники медичної громадськості, недержавних та пацієнтських організацій, ЗМІ, органів соціального забезпечення, представники правоохоронних органів. Координаційна рада діє у відповідності до представлених в концептуальних підходах задач та функцій учасників процесу. Діючим органом по забезпеченню виконання рішень обласної координаційної ради виступає Департамент охорони здоров'я ОДА, який має затвердженні сесією обласної ради повноваження і забезпечує виконання чинного законодавства України з проведення в регіоні реформи охорони здоров'я та організацію діяльності по збереженню та зміцненню здоров'я населення.

Об'єктом управлінського впливу в запропонованій моделі виступають органи місцевого самоурядування та керівники закладів охорони здоров'я, які безпосередньо забезпечують оптимізацію діяльності по збереженню та зміцненню здоров'я сільського населення на базовому рівні.

Блок наукового регулювання в запропонованій функціонально-організаційній моделі включає законодавчу базу України з питання реформування системи охорони здоров'я та надання медичної допомоги сільському населенню, міжнародний та національний досвід, результати наукових та соціологічних досліджень.

Обґрунтована, розроблена та запропонована оптимізована функціонально організаційна модель медичної допомоги сільському населенню на сучасному етапі розвитку суспільства базується на існуючій системі медичного забезпечення сільського населення, яка удосконалена за рахунок функціонально-організаційної оптимізації:

- *Існуючі елементи діяльності яких удосконалена* це заклади охорони здоров'я первинної, спеціалізованої, високоспеціалізованої та екстренної медичної допомоги, які проходять автономізацію та підключаються електронної системи охорони здоров'я, укладають договори на фінансування з Національною агенцією охорони здоров'я з формуванням госпітальних округів.

- *Нові елементи моделі є наступні:*

1) Включення до моделі регіональної та місцевої влади з визначенням для них цільових задач та функцій в тому числі прийняття цільової комплексної програми «Здоров'я сільського населення області» з визначенням обсягів та джерел її фінансування;

2) Включення в модель об'єднаних територіальних громад з покладання на них рішення надзвичайно важливих функцій по залученню та утриманню медичних працівників шляхом надання житла та використання мотиваційних економічних механізмів, створення здоров'язберігаючих умов проживання, транспорту та відпочинку, забезпечення за рахунок коштів громади конкурентоздатності закладів охорони здоров'я, що надзвичайно важливо в умовах формування ринку медичних послуг, забезпеченість в селах наявності табличок з назвами вулиць та номерів будинків та освітлення вулиць в нічний час;

3) В напрямку структурна перебудова системи медичної допомоги сільському населенню новим є створення системи паліативної допомоги з розрахованою потребою в ній. Щорічно паліативної допомоги потребує 12231 жителів сільської місцевості області;

4) В напрямку безперервного підвищення професійного рівня медичного персоналу новими напрямками діяльності є створення на базі лікарень інтенсивного лікування ГО постійнодіючих тренінгових центрів для медичного персоналу, що працює на території госпітального округу, проведення щоквартальних обласних «Днів спеціаліста» за всіма основними спеціальностями, щорічне проведення практичних обласних конференцій за всіма основними спеціальностями. Це особливо важливо в умовах впровадження нової системи атестації лікарів;

5) В розділі моделі «Інформатизація системи охорони здоров'я» представлено комплекс заходів, які мають забезпечити діяльність в регіоні електронної системи охорони здоров'я та у відповідності до Закону України від 14 листопада 2017 року № 2206-VIII «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» можливість отримання телемедичних консультацій в тому числі лікарями загальної практики-сімейними лікарями та лікарями ЦРЛ і забезпечити перехід на повний електронний документообіг та збір і обробку статистичних даних в закладах охорони здоров'я;

6) На відміну від традиційного формування у населення навичок здорового способу життя нами запропоновано розділ моделі по формуванню у населення відповідального ставлення до особистого здоров'я. Цей напрямок діяльності передбачає інформування населення про економічні

переваги профілактики та своєчасного звернення за медичною допомогою, про загрозливі життю стани та місця звертання за медичною допомогою при них та формування для сільського населення індивідуальних програм збереження та зміцнення здоров'я.

Таким чином, враховуючи, що збереження та зміцнення здоров'я населення є державною функцією запропонована модель носить не виключно галузевий характер, а включає для рішення поставлених завдань органи державної влади регіонального, територіального та базового (рівня громади). Відповідно до рівнів влади кожна із них виконує свої функції по забезпеченню ефективної діяльності системи охорони здоров'я сільського населення.

З метою оптимізації медичного забезпечення сільського населення області Департаментом охорони здоров'я ОДА розробляється відповідний план діяльності. Такі ж плани розробляються на адміністративних територіях області.

Використовуючи комплекс комунікативних заходів та форм і методів комунікації населення інформується про всі інновації, які запроваджуються в області. Комунікативна діяльність є і складовою запропонованої моделі.

Важливим елементом забезпечення впровадження моделі є моніторинг та оцінка впровадження запропонованих інновацій та їх вплив на медико-демографічну ситуацію в регіоні. Для цього розробляються індикатори структури, процесу, результату.

РОЗРАХУНОК ПОТРЕБИ СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ РЕГІОНУ У ПАЛІАТИВНІЙ ДОПОМОЗІ

Паліативна допомога – це підхід, що покращує якість життя пацієнтів та їх сімей, що стикнулися з проблемами, пов'язаними з хворобами, які загрожують життю, через попередження та полегшення страждань, засобами ранньої ідентифікації та бездоганної оцінки, та подолання болю й інших проблем, фізичних, психологічних та духовних.

19 жовтня 2017 року Верховна Рада розпочала реформу системи охорони здоров'я, ухваливши закон “Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів” (№6327). До «зеленого

списку» видів медичної допомоги, витрати на які мають покриватися державою, потрапили невідкладна, первинна та паліативна допомога.

Нами було проведено розрахунок потреби сільського населення в паліативній допомозі. Для проведення розрахунку використано рекомендації і безпосередньо «Глобальний атлас з паліативної допомоги» (WPCA, WHO, 2014), який передбачає розрахунок потреби (для дорослих) щодо окремих груп захворювань. Табл.1.

Таблиця 1

Коефіцієнти розрахунку потреби в паліативній допомозі при різних групах захворювань

Групи захворювань	Коефіцієнт
Злоякісні новоутворення	0,80
Туберкульоз	0,90
Ревматоїдний артрит	0,89
Хвороба Паркінсона та вторинний паркінсонізм	0,82
ВІЛ/СНІД	0,80
Серцево-судинні захворювання	0,67
Хронічні обструктивні захворювання легенів	0,67
Цукровий діабет	0,64
Захворювання нирок	0,50
Хвороба Альцгеймера	0,47
Розсіяний склероз	0,43
Цироз печінки	0,34

Для розрахунку потреби дорослого сільського населення в паліативній допомозі взято офіційні статистичні дані щодо смертності сільського населення за окремими нозологічними формами. Дані наведено в табл.2.

Таблиця 2

Показники смертності дорослого сільського населення Черкаської області за причинами смерті, 2015-2017 рр., абс.число

Причина смерті (шифр МКХ-10)	2015	2016	2017	Середнє значення
Онкологічні захворювання	2394	2455	2534	2461

(C00-C97, D00-D48)				
ВІЛ/СНІД (B20-B24)	85	91	78	84,7
Туберкульоз (A15-A19)	128	115	120	121
Серцево-судинні захворювання (I00-I99)	14338	14310	13978	14208,7
Цироз печінки (K74)	382	437	380	399,7
Хвороба Альцгеймера (G30)	5	5	6	5,3
Хвороба Паркінсона та вторинний паркінсонізм (G20-G21)	2	1	1	1,3
Розсіяний множинний склероз (G35)	8	12	8	9,3
Хронічні обструктивні захворювання легенів (J43-J47)	474	475	471	473,3
Цукровий діабет (E10-E14)	76	71	98	81,6
Захворювання нирок (N00-N15, N20-N23)	62	62	64	62,7
Ревматоїдний артрит (M05-M06)	3	4	3	3,3
Всього	20020	20123	19915	20019,3

Далі, з використанням коефіцієнтів, які запропоновані ВООЗ для окремих нозологій проведено розрахунок кількості сільського населення області, яке потребує паліативної допомоги з метою забезпечення «якості смерті». Отримані результати наведено в табл.3.

Таблиця 3

Потреба дорослого сільського населення Черкаської області в паліативній допомозі за причинами смерті, 2015-2017 рр., абс.число

Причина смерті	(шифр МКХ-10)	Щорічна потреба
Онкологічні захворювання	(C00-C97, D00-D48)	1969
ВІЛ/СНІД	(B20-B24)	68
Туберкульоз	(A15-A19)	109
Серцево-судинні захворювання	(I00-I99)	9519
Цироз печінки	(K74)	156
Хвороба Альцгеймера	(G30)	2
Хвороба Паркінсона та вторинний паркінсонізм	(G20-G21)	1
Розсіяний множинний склероз	(G35)	4

Хронічні обструктивні захворювання легенів	(J43-J47)	317
Цукровий діабет	(E10-E14)	52
Захворювання нирок	(N00-N15, N20-N23)	31
Ревматоїдний артрит	(M05-M06)	3
Всього		12231

Таким чином проведені розрахунки вказують на те, що в області 12231 особи, які проживають в сільській місцевості щорічно потребують паліативної допомоги. Із загальної кількості осіб, які потребують паліативної допомоги найбільшу частку складають особи, що помирають в наслідок хвороб системи кровообігу 9519 (77,8%), онкологічних захворювань 1969 (16,1%) та хронічних обструктивних захворювань легенів 317 (2,6%).

Вказана ситуація потребує створення в області служби паліативної допомоги як на дому так і в стаціонарних умовах шляхом реформування малопотужних закладів охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги в хоспіси.

Висновки

Відмічається недосконалість існуючої системи медичної допомоги сільському населенню на сучасному етапі розвитку суспільства та реформування системи охорони здоров'я країни, які полягають в недосконалості на регіональному рівні існуючих організаційних форм надання медичної допомоги та невідповідності системи стратегії реформування галузі охорони здоров'я, що обумовило необхідність наукового обґрунтування та розробки оптимізованої функціонально-організаційної моделі організації медичної допомоги сільському населенню, базовою основою якої стали між секторальний підхід та принципово нові стратегічні підходи з включенням до рішення існуючих проблем регіональної та місцевої влади, об'єднаних територіальних громад та рішенням в системі охорони здоров'я наступних задач: структурна перебудова системи надання медичної допомоги сільському населенню; укомплектування медичними кадрами, їх утримання та забезпечення безперервного підвищення професійного рівня; створення єдиної інформаційної системи охорони здоров'я; формування у населення відповідального ставлення до особистого здоров'я, яка б відповідає рекомендаціям ВООЗ до сучасних систем охорони здоров'я.

Обґрунтована та розроблена комплексна оптимізована функціонально-організаційної модель організації медичної допомоги сільському населенню на регіональному рівні центральним елементом якої виступає сільське населення і яка включає функції та заходи регіональної та місцевої влади, об'єднаних територіальних громад і системи охорони здоров'я, що скерована на структурну перебудову системи, укомплектування, утримання та безперервне підвищення професійного рівня медичного персоналу, створення єдиної інформаційної системи охорони

здоров'я та формування у населення відповідального ставлення до особистого здоров'я.

Обрахована потреба дорослого сільського населення Черкаської області в паліативній допомозі, що складає 12231 особи. Із загальної кількості осіб, які потребують паліативної допомоги найбільшу частку складають особи, що помирають в наслідок хвороб системи кровообігу 9519 (77,8%), онкологічних захворювань 1969 (16,1%) та хронічних обструктивних захворювань легенів 317 (2,6%). Дане потребує створення в області системи паліативної допомоги сільському населенню.

Список рекомендованої літератури

Автономізація закладів охорони здоров'я. [Електронний ресурс].
Режим доступу: <https://yandex.fr/search/?clid=9582&text>

Закон України „Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я” від 06.04.2017 р. № 2002 [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://www.ukrainepravo.com/law-making/bill_passed_by_legislature/zakon-ukraini-pro-vnesennya-zmin-do

Закон України „Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII. [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/T172168.html

Закон України „Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості” 14 листопада 2017 року № 2206-VIII [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19>

Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 1 (13). – С. 5–23.

Наказ МОЗ України від 07.09.2017 № 1060 „Про тестування компонентів електронної системи обміну медичною інформацією, необхідних для запуску нової моделі фінансування на первинному рівні надання медичної допомоги” <http://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-07092017--1060-pro-testuvannja-komponentiv->

Пашков В.М. Правове забезпечення реформування сфери охорони здоров'я/В.М.Пашков// Український медичний часопис [Електронна публікація]. 2017, 29 квітня - 6 с.

Постанова КМУ “Про затвердження Порядку створення госпітальних округів” від 30 листопада 2016 р. № 932 [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://www.medcv.gov.ua/archives/3586>

Постанова КМУ „Деякі питання електронної системи охорони здоров'я” від 25 квітня 2018 р. № 411 [Електронний ресурс]. Режим

доступу: <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/deyaki-pitannya-elektronnoyi-sistemi-ohoroni-zdorovya>

Постанова КМУ „Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік” від 25.04.2018 р. № 407 [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.apteka.ua/article/458646>

Про затвердження методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування : постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1075 [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/pro-zatverdzhennya-metodiki-rozrahunku-vartosti-poslugi-z-medichnogo-obslugovuvannya>

Про утворення національної служби здоров'я України : постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1101 / <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/pro-utvorenniya-nacionalnoyi-sluzhbi-zdorovya-ukrayini>

Реформа больниц в новой Европе под ред. Martin McKee и Judith Healy Open University Press, 2002, World Health Organization, 2002. – 295 p.

Стратегии и услуги в сфере здравоохранения: анализ ситуации в Европейском регионе (на англ. яз). Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010 (<http://www.euro.who.int/ru/what-we-do/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/publications2/2010/youth-friendly-health-policies-and-services-in-the-european-region2>).

Стратегии и услуги в сфере здравоохранения: анализ ситуации в Европейском регионе (на англ. яз). Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010 (<http://www.euro.who.int/ru/what-we-do/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/publications2/2010/youth-friendly-health-policies-and-services-in-the-european-region2>).

Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік / за ред. Шафранського В. В.; МОЗ України, ДУ „УІСД МОЗ України”. – Київ, 2016. – 452 с.

Удосконалення організації медичної допомоги сільському населенню.

Методичні рекомендації

Укладачі:

СЛАБКИЙ Геннадій Олексійович – д.мед.н., професор

ЛОБАС Михайло Віталійович - лікар

Кручаниця Василь Васильович - лікар

Організації розробники:

Ужгородський національний університет

Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України

Наклад – 50 примірників