

## 9. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА ОСНОВНІ ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДОРΟΣЛОМУ НАСЕЛЕННЮ УКРАЇНИ

### 9.1. Мережа і кадровий потенціал закладів охорони здоров'я

Станом на 01.01.2006 р. мережа закладів охорони здоров'я системи МОЗ України представлена понад 9300 закладами різного типу, у т.ч. 6692 закладами з надання амбулаторно-поліклінічної допомоги та 2636 лікарняними закладами на 407464 ліжок (табл. 9.1).

Таблиця 9.1

Динаміка змін мережі і кадрового потенціалу закладів охорони здоров'я системи МОЗ України (2000–2005 рр.)

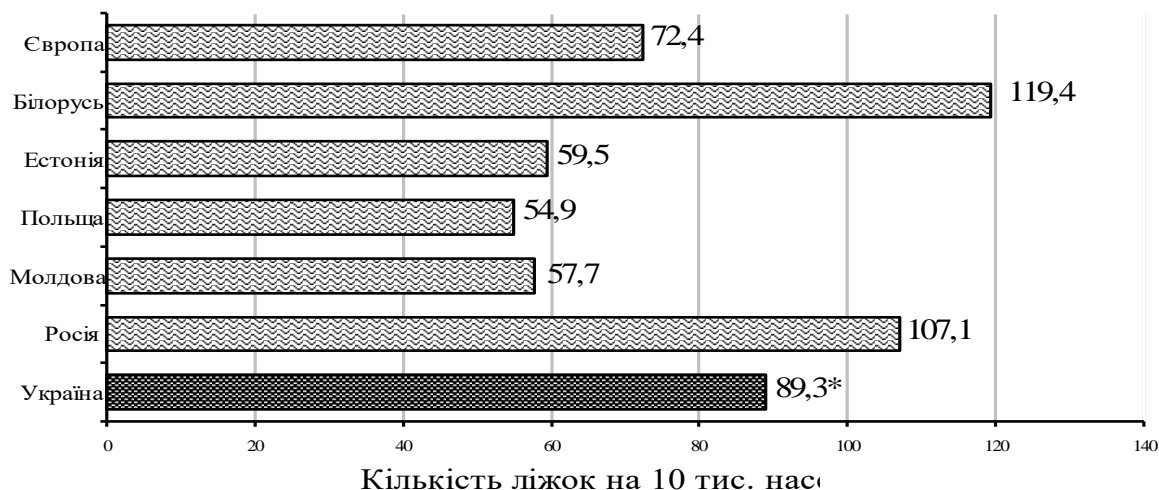
Показники	Роки					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
<i><b>Показники розвитку мережі</b></i>						
Число амбулаторно-поліклінічних закладів	6456	6486	6496	6583	6660	6692
з них самостійних поліклінік і амбулаторій	2850	3027	3166	3386	3533	3605
закладів, які мають денні стаціонари	3331	3604	3920	4226	4368	4659
закладів, які мають стаціонари вдома	3207	3543	3742	3953	4094	4214
Число лікарняних закладів	3049	2956	2850	2733	2668	2636
Число лікарняних ліжок (всього)	434139	429247	426758	419679	412606	407464
на 10 тис. населення	88,5	87,5	89,3	88,5	87,6	87,2
Число ліжок у денних стаціонарах (всього)	42398	47357	51482	55320	59152	61933
на 10 тис. населення	8,6	9,7	10,8	11,7	12,6	13,2
<i><b>Показники змін кадрового потенціалу</b></i>						
Чисельність лікарів (включаючи зубних) (всього)	215041	201231	199169	197756	197031	197116
на 10 тис. населення	43,9	41,0	41,7	41,7	41,8	42,3
Чисельність лікарів (без зубних) (всього)	200111	198501	196558	195267	194597	194731
на 10 тис. населення	40,8	40,5	41,1	41,2	41,3	41,7
Чисельність середніх медичних працівників (всього)	486051	476823	470408	467576	464752	438781
на 10 тис. населення	99,1	97,2	98,4	98,6	98,7	93,9

Протягом 2000–2005 рр. продовжувалося здійснення заходів щодо впорядкування мережі та ліжкових потужностей лікарень з одночасним збільшенням кількості АПЗ, розвитком сімейної медицини та стаціонарозамінних форм медичної допомоги.

Порівняно з 2000 р. мережу АПЗ збільшено на 236 закладів (3,7%), головним чином, за рахунок самостійних поліклінік і амбулаторій. Паралельно зменшено на 413 одиниць (13,5%) кількість лікарняних закладів різного типу. Мережу лікарень скорочено та упорядковано, переважно за рахунок згортання (на 29,5%) дільничних лікарень та їх трансформації у сільські лікарські амбулаторії, зменшення кількості стаціонарних відділень диспансерів (84 заклади) і міських лікарень (41 заклад).

Загальна потужність ліжкового фонду галузі становить нині 407464 ліжка, що на 6,1% менше проти даних 2000 р. Забезпеченість населення України стаціонарними ліжками знизилася від 88,5 до 87,2 ліжка на 10 тис. населення. Діапазон коливань цього показника в розрізі областей становить 75,6 (Житомирська) – 110,5 (Чернігівська) області. Показники

забезпеченості населення стаціонарними ліжками в Україні нижчі, ніж у Росії та Білорусі, проте перевищують аналогічні показники в Польщі, Естонії та в середньому в Європі. Порівняльні дані рівнів цих показників в Україні та деяких країнах Європи станом на 2002 р. наведено в рис. 9.1.



Джерело: Європейська база "Здоров'я для всіх", 2004 р.

Рис. 9.1. Забезпеченість населення України та деяких країн Європи стаціонарними ліжками (на 10000 населення)

Привертає увагу зростання протягом останніх років рівня цього показника в Івано-Франківській, Кіровоградській, Луганській, Львівській та деяких інших областях. Проте в багатьох областях, зокрема, Волинській, Донецькій, Житомирській, Закарпатській, Запорізькій, Київській, навпаки, зафіксовано зміни забезпеченості населення лікарняними ліжками у бік зниження та наближення до нормативного рівня (табл. 9.2).

Таблиця 9.2

Динаміка показників забезпеченості населення України стаціонарними ліжками (на 10 тис. населення) у 2000–2005 рр.

Адміністративні території	Роки					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
1	2	3	4	5	6	7
АР Крим	91,4	90,8	93,3	92,0	90,6	88,7
Вінницька	82,2	82,2	82,8	83,2	84,0	84,9
Волинська	81,2	81,0	80,7	80,5	80,8	80,7
Дніпропетровська	99,8	100,1	103,9	104,0	97,7	98,9
Донецька	85,7	82,9	83,9	82,3	82,3	82,7
Житомирська	75,7	74,0	75,3	75,8	76,0	75,6
Закарпатська	81,3	81,2	82,8	80,8	80,9	78,5
Запорізька	95,3	95,0	97,5	93,6	90,0	87,7
Івано-Франківська	86,8	86,8	89,5	89,4	89,2	89,4
Київська	91,2	90,8	90,6	90,6	90,4	87,3
Кіровоградська	90,3	88,4	89,1	90,1	90,8	93,4
Луганська	96,5	95,9	99,4	99,5	98,4	99,4
Львівська	92,1	91,0	94,5	93,9	94,6	93,1
Миколаївська	82,2	81,6	82,8	82,1	82,0	79,8
Одеська	87,8	87,9	90,0	88,6	88,5	84,7
Полтавська	84,5	83,7	86,1	85,3	84,0	84,2

Продовження таблиці 9.2

1	2	3	4	5	6	7
Рівненська	82,1	81,9	82,9	82,8	83,1	83,8
Сумська	86,9	85,2	86,5	87,0	87,3	88,6
Тернопільська	92,0	88,8	89,3	89,1	89,0	88,9
Харківська	85,4	84,9	85,5	82,4	81,0	81,2
Херсонська	90,2	85,4	88,2	88,6	88,7	86,6
Хмельницька	87,5	86,4	87,9	84,7	83,9	84,3
Черкаська	87,4	86,4	88,3	88,1	87,9	88,4
Чернівецька	85,3	85,8	87,5	87,8	88,6	88,6
Чернігівська	110,4	108,7	111,1	109,9	109,5	110,5
м. Київ	79,5	77,8	78,7	78,4	77,5	76,9
м. Севастополь	80,8	80,8	84,1	84,0	82,1	79,1
<b>Україна</b>	<b>88,5</b>	<b>87,5</b>	<b>89,3</b>	<b>88,5</b>	<b>87,6</b>	<b>87,2</b>

Зазначені структурні зміни здійснено з урахуванням медичних потреб населення. Тому вони не позначилися на доступності для населення стаціонарної допомоги і роботі лікарняних ліжок. Це підтверджує аналіз динаміки рівня госпіталізації населення та показників діяльності лікарняних закладів, який подано у підрозділах з організації стаціонарної і спеціалізованої медичної допомоги.

Упродовж 2000–2005 рр. з метою приведення у відповідність до існуючих потреб галузі її кадрових ресурсів у закладах системи МОЗ України було зменшено чисельність лікарів (включаючи зубних) на 8,3% і середніх медичних працівників – на 9,7%. Станом на 01.01.06 р. кадровий потенціал галузі включає 197116 лікарів (у т.ч. зубних) та 438781 середнього медичного працівника. Співвідношення останніх до всіх лікарів становить 2,2 (2000 р. – 2,3). Забезпеченість населення всіма лікарями (включаючи зубних) знизилась за цей період від 43,9 до 42,3 на 10 тис. населення. Нарівні з цим поступово зростає забезпеченість населення лікарями (без зубних) від 40,8 до 41,7 чол. на 10 тис. населення з коливаннями на територіальному рівні від 29,8 у Київській області до 65,3 у м. Києві. Водночас, зафіксовано зниження забезпеченості населення середніми медичними працівниками від 99,1 (2000 р.) до 93,9 на 10 тис. населення (2005 р.) (рис. 9.2). Зберігаються значні коливання цього показника в розрізі областей – від 77,2 у Миколаївській до 107,6 у Чернігівській областях.

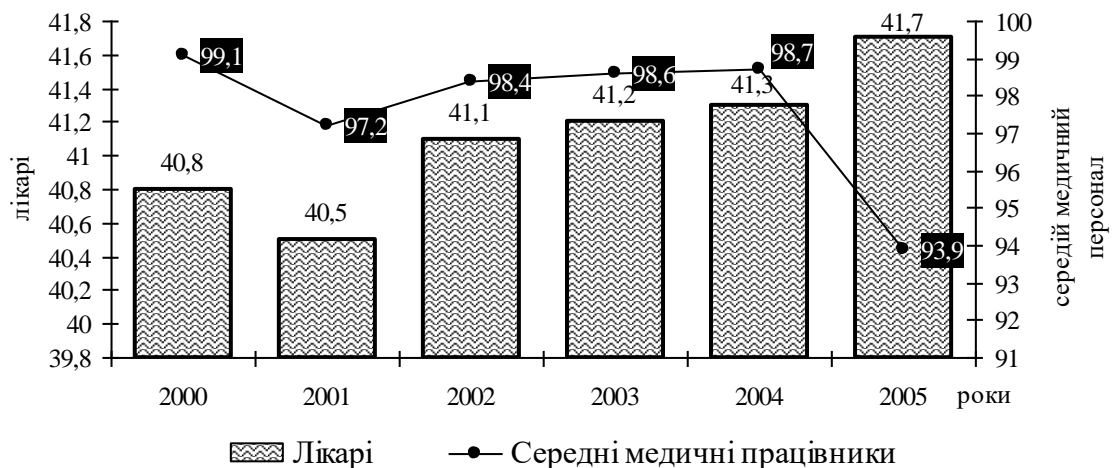


Рис. 9.2. Забезпеченість населення України лікарями та середніми медичними працівниками (на 10 тис. населення) у 2000–2005 рр.

Таким чином, упродовж останніх років у системі охорони здоров'я України були здійснені перетворення, спрямовані на подальшу раціоналізацію її інфраструктури, ліквідацію диспропорцій між стаціонарною та амбулаторно-поліклінічною ланками, підвищення доступності, якості та ефективності медичної допомоги населенню. Ґрунтовну характеристику динаміки розвитку і стану надання населенню основних видів медичної допомоги представлено в наступних підрозділах.

## **9.2. Сучасний стан амбулаторно-поліклінічної допомоги дорослому населенню. Основні засади розвитку сімейної медицини**

Найбільш важливу роль у медичному обслуговуванні населення відіграє амбулаторно-поліклінічний сектор: саме в умовах закладів охорони здоров'я первинного рівня починають і завершують лікування близько 80% пацієнтів.

Структурні основи амбулаторно-поліклінічної допомоги були закладені ще за радянських часів у 20–30-х роках ХХ століття. В умовах економічної кризи, недостатньої ресурсної бази галузі пріоритетна увага в сфері охорони здоров'я приділялася, передусім, вирішенню проблем забезпечення медичною допомогою дітей, жінок, економічно активної частки населення – робітників промислових підприємств і сільського господарства, боротьби з соціальними захворюваннями тощо. З цією метою були створені відповідні медичні структури, які функціонують дотепер, незважаючи на кардинальні зміни в галузі.

Сучасна амбулаторно-поліклінічна ланка для надання медичної допомоги дорослому населенню являє собою розгалужену систему, що складається з самостійних територіальних поліклінік, поліклінічних відділень об'єднаних лікарень, медико-санітарних частин, жіночих консультацій, сільських лікарських амбулаторій тощо.

Станом на 01.01.06 р. система МОЗ України включає 6692 амбулаторно-поліклінічні заклади, у т.ч. 3605 самостійних поліклінік і амбулаторій (53,9%); 2281 поліклінічне відділення в складі лікарняних закладів різного типу (міських, обласних, центральних районних, дільничних та інших лікарень, пологових будинків); 372 диспансери; 281 стоматологічну поліклініку та 125 здоровпунктів (табл. 9.3).

Упродовж 2000–2005 рр. пріоритетну увагу в розвитку охорони здоров'я було приділено амбулаторно-поліклінічній ланці. Це відбивають зміни мережі АПЗ у містах і сільській місцевості, зокрема, вагомий приріст (на 26,5%) кількості самостійних поліклінік і амбулаторій, у т.ч. тих, що надають медичну допомогу населенню на засадах сімейної медицини. Водночас спостерігається тенденція до помітного скорочення чисельності інших типів закладів: диспансерів, поліклінічних відділень у складі більшості лікарень, а також стоматологічних поліклінік. Слід зазначити, що зменшення кількості стоматологічних поліклінік державного сектору компенсується відкриттям приватних стоматологічних поліклінік, кабінетів та офісів. У сільській місцевості протягом останніх років проведено реорганізацію частини сільських дільничних лікарень в амбулаторії, розпочато організацію нових амбулаторій на базі ФАПів, які обслуговують 1000 осіб і більше. Проте звертає на себе увагу тривожна тенденція збільшення на селі кількості медичних закладів, де жодна посада не заміщена професійним медичним працівником.

Динаміка змін мережі амбулаторно-поліклінічних закладів системи МОЗ України (2000–2005 рр.)

Показник	Роки					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Кількість амбулаторно-поліклінічних закладів (всього), у т.ч.:	6456	6486	6496	6583	6660	6692
самостійних поліклінік і амбулаторій	2850	3027	3166	3386	3533	3605
поліклінічних відділень при:						
міських лікарнях	678	674	653	633	644	631
обласних лікарнях	26	26	26	26	26	26
ЦРЛ	487	487	486	474	473	480
дільничних лікарнях	948	889	820	734	679	668
пологових будинках	92	89	90	89	90	87
диспансерів	491	441	395	388	378	372
стоматологічних поліклінік	320	316	318	317	313	281
здоровпунктів	171	148	148	143	126	125

Ключовими фігурами в медичному обслуговуванні міського населення є дільничний терапевт і дільничний педіатр, на яких припадає близько 25% від загальної кількості практикуючих лікарів. Ці фахівці надають амбулаторно-поліклінічну допомогу населенню за дільнично-територіальним принципом, суть якого полягає в забезпеченні лікарем медичного обслуговування жителів закріпленої за ним територіальної дільниці. Нормативна чисельність населення на дільниці терапевта становить 1700 осіб дорослого населення на одну посаду, дільничного педіатра – 800 дітей на одну посаду. Проте фактично на одну посаду дільничного терапевта припадає близько 2100 осіб, навантаження на одну посаду дільничного педіатра наближається до нормативу.

Медичну допомогу первинного рівня сільському населенню надають лікарі сільських лікарських амбулаторій і дільничних лікарень, а також середній медичний персонал ФАПів. Частина сільських жителів – мешканців приписних дільниць поліклінічних відділень районних лікарень одержує первинну допомогу на базі цих закладів. Середня чисельність населення, що припадає на одну сільську лікарську дільницю, становить 6–7 тис. осіб.

Основними показниками обсягів діяльності АПЗ є кількість амбулаторно-поліклінічних відвідувань лікарів на прийомі, кількість відвідувань пацієнтів лікарями вдома та число амбулаторно-поліклінічних відвідувань у розрахунку на одного жителя. Збільшення рівнів цих показників протягом останніх років свідчить про збереження доступності для населення позалікарняної допомоги та розширення обсягів роботи амбулаторно-поліклінічної ланки (табл. 9.4).

Так, у 2005 р. пацієнтами амбулаторно-поліклінічних закладів було здійснено 498994,7 тис. відвідувань до лікарів різного фаху (на 1,4% більше проти даних 2000 р.). З приводу захворювань зареєстровано 204667,4 тис. відвідувань дорослими та підлітками, а також 39290,1 тис. відвідувань – дітьми віком до 14 років включно.

Таблиця 9.4

Динаміка основних показників обсягів діяльності амбулаторно-поліклінічних закладів системи МОЗ України (2000, 2005 рр.)

Адміністративні території	Число відвідувань								Число відвідувань вдома				Число відвідувань у поліклініці на одного жителя	
	всього				до стоматолога				на 100 жителів		% від усіх відвідувань			
	абс. (тис.)		на одного жителя		абс. (тис.)		на одного жителя							
	2000 р.	2005 р.	2000 р.	2005 р.	2000 р.	2005 р.	2000 р.	2005 р.	2000 р.	2005 р.	2000 р.	2005 р.	2000 р.	2005 р.
АР Крим	19265,6	19252,8	9,3	9,7	1761,6	1723,3	0,1	0,9	78,4	75,0	8,5	7,7	8,2	8,6
Вінницька	17285,7	17460,1	9,6	10,2	1512,2	1553,5	0,04*	0,9	77,8	83,9	8,1	8,2	8,5	9,1
Волинська	10989,7	11174,1	10,4	10,7	1362,6	1323,6	1,3	1,3	76,2	73,1	7,3	6,8	9,4	9,7
Дніпропетровська	36744,8	38811,6	10,0	11,2	4025,0	4054,3	1,2	1,2	77,9	86,4	7,8	7,7	8,9	10,0
Донецька	61562,3	58032,8	12,6	12,5	5689,9	5167,7	1,2	1,1	88,3	84,2	7,0	6,7	11,4	11,4
Житомирська	13242,4	14304,8	9,3	10,7	1496,5	1384,1	1,1	1,0	72,3	80,8	7,8	7,6	8,3	9,6
Закарпатська	10857,0	11271,9	8,5	9,1	1528,0	1372,4	1,2	1,1	102,4	100,6	12,0	11,1	7,2	7,8
Запорізька	20120,6	18958,5	10,1	10,1	1533,2	1333,7	0,8	0,7	86,0	88,3	8,5	8,7	9,0	9,0
Івано-Франківська	11424,0	12618,9	7,9	9,1	1362,4	1434,2	0,9	1,0	81,2	86,6	10,3	9,5	6,8	7,9
Київська	16823,8	16775,4	9,3	9,5	1826,5	1754,1	1,0	1,0	59,6	59,6	6,4	6,3	8,3	8,6
Кіровоградська	9699,9	9664,1	8,4	9,0	1277,2	1174,1	1,1	1,1	58,2	62,0	6,9	6,9	7,5	8,0
Луганська	26887,4	26595,1	10,3	11,0	2456,2	2289,6	0,9	0,9	72,4	75,9	7,1	6,9	9,3	9,9
Львівська	26295,2	25435,7	9,8	9,9	3810,1	3291,4	1,4	1,3	82,5	87,6	8,4	8,8	8,7	8,8
Миколаївська	12619,1	14239,4	9,8	11,6	1043,9	1042,3	0,01*	0,9	66,4	82,3	6,8	7,1	8,9	10,5
Одеська	22430,1	23089,4	9,0	9,6	2566,3	2620,1	1,0	1,1	86,1	89,1	9,5	9,2	7,9	8,5
Полтавська	17661,6	16766,9	10,6	10,8	2260,4	2098,5	1,4	1,3	80,9	82,7	7,6	7,7	9,5	9,6
Рівненська	10486,1	11358,2	8,9	9,8	1216,3	1226,5	1,0	1,1	53,9	62,7	6,1	6,4	8,1	8,8
Сумська	11985,3	11342,7	9,1	9,2	1481,1	1399,1	1,1	1,1	69,9	68,1	7,7	7,4	8,0	8,2
Тернопільська	11165,4	12741,3	9,7	11,5	1007,3	1023,8	0,9	0,9	83,9	96,9	8,6	8,5	8,6	10,2
Харківська	32547,9	33333,9	11,1	11,8	4121,9	3941,6	1,4	1,4	86,1	92,0	7,8	7,8	10,0	10,6
Херсонська	11100,1	11576,5	9,1	10,2	1394,0	1427,2	1,2	1,3	71,0	76,1	7,8	7,4	8,2	9,2
Хмельницька	13884,3	14014,3	9,6	10,2	1740,0	1557,4	1,2	1,1	67,4	72,3	7,0	7,1	8,7	9,2
Черкаська	14384,5	14031,5	10,0	10,4	1776,2	1623,8	1,2	1,2	74,2	79,9	7,4	7,7	8,9	9,2
Чернівецька	8638,7	8539,2	9,3	9,4	754,5	730,7	0,8	0,8	84,3	84,2	9,1	8,9	8,2	8,3
Чернігівська	11667,6	11490,8	9,2	9,8	1619,3	1401,8	1,3	1,2	63,7	72,7	7,0	7,4	8,1	8,7
м. Київ	27496,9	31631,1	10,6	12,0	3133,3	3247,5	1,2	1,2	109,0	131,1	10,3	10,9	9,3	10,5
м. Севастополь	4662,8	4483,8	12,0	11,9	303,0	290,6	0,8	0,8	100,8	103,2	8,4	8,7	10,6	10,5
<b>Україна</b>	<b>491928,8</b>	<b>498994,7</b>	<b>10,0</b>	<b>10,6</b>	<b>54058,7</b>	<b>51486,8</b>	<b>1,1</b>	<b>1,1</b>	<b>79,7</b>	<b>84,4</b>	<b>8,0</b>	<b>7,9</b>	<b>8,9</b>	<b>9,5</b>

\*Показники подано у такій редакції, оскільки зменшення їх розрядності до одного знака після коми призводить до появи нульових значень

Кількість амбулаторних контактів (амбулаторно-поліклінічних відвідувань) на одну особу відбиває рівень задоволення потреб населення в амбулаторно-поліклінічній допомозі. Зазначений показник має тенденцію до поступового збільшення: від 10,0 у 2000 р. до 10,6 на одного жителя у 2005 р. (рис. 9.3).

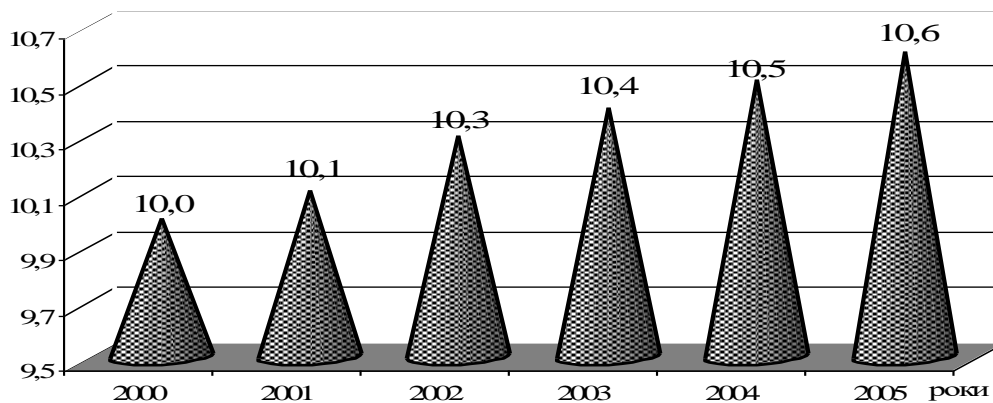
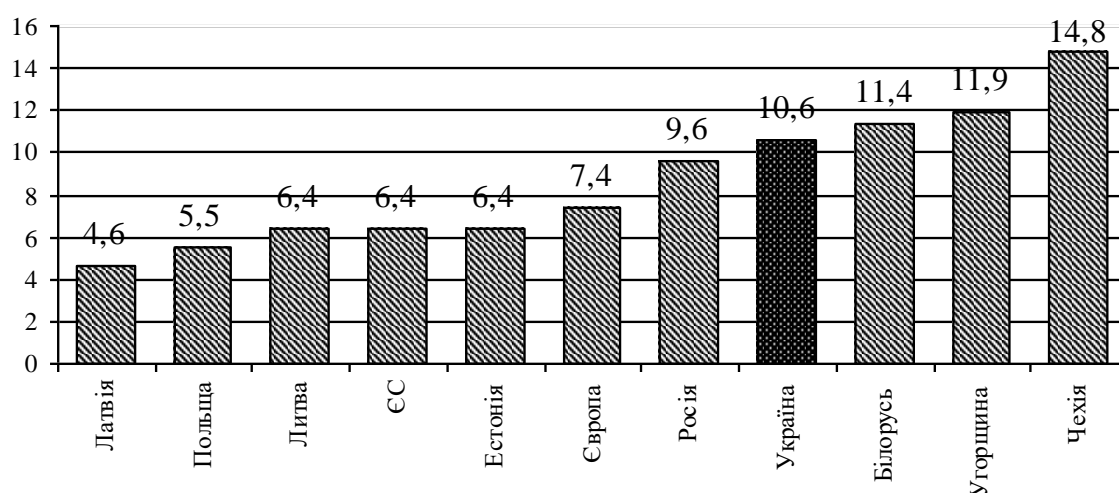


Рис. 9.3. Динаміка числа відвідувань лікарів амбулаторно-поліклінічних закладів населенням України в розрахунку на одного жителя (2000–2005 рр.)

Проте він характеризується досить широким діапазоном на територіальному рівні: від 9,0–9,1 у Кіровоградській, Закарпатській та Івано-Франківській областях до 12,0–12,5 відвідувань на одного жителя у м. Києві та Донецькій області.

Слід також зазначити, що цей показник перевищує як середньоєвропейський рівень (7,4), так і показники для країн Європейського Союзу (6,4). Привертає увагу значно менше число амбулаторних контактів у країнах із подушною оплатою медичних послуг (Польща, Естонія, Литва), хоча порівняно з Білоруссю, Угорщиною та Чехією в Україні цей показник нижчий (рис. 9.4).



Джерело: Європейська база даних "Здоров'я для всіх", 2004.

\*Дані по Україні за 2005 р.

Рис. 9.4. Число амбулаторних контактів на одну особу на рік в Україні та деяких країнах Європи

Число амбулаторно-поліклінічних відвідувань на одного жителя в сільській місцевості залишається нижчим, ніж у містах, і має тенденцію до поступового зменшення. Зокрема, в 2005 р. цей показник становив 5,9 на душу сільського населення (проти 6,2 у 2000 р.).

Більшість відвідувань (61,0%) сільських жителів припадає на відвідування до середнього медичного персоналу. Більш детально цю проблему висвітлено в окремому розділі, присвяченому проблемі сільської охорони здоров'я.

Число відвідувань до стоматолога на одного жителя протягом останніх п'яти років стабілізувалося і становить 1,1 на одного жителя. Цей показник коливається від 0,7 (Запорізька) до 1,4 відвідування на одного жителя (Харківська область). У більшості адміністративно-територіальних одиниць, за винятком Запорізької області, м. Севастополя, Тернопільської, Миколаївської, Луганської, Вінницької областей та АР Крим, він наближається або навіть перевищує середньоукраїнський рівень.

Частка відвідувань лікарями пацієнтів вдома від загальної кількості відвідувань дещо зменшилася порівняно з 2000 р. від 8,0% до 7,9%. В окремих областях, зокрема, Запорізькій, Львівській, Чернівецькій, Одеській, містах Севастополі та Києві цей показник на 10,1–38,0% вищий, ніж у середньому в Україні.

Середнє число відвідувань вдома на 100 жителів становило у 2005 р. 84,4. Цей показник не зазнав істотних змін проти даних 2000 р., проте має дуже великі територіальні коливання: від 59,6 у Київській області до 131,1 у місті Києві (табл. 9.4).

Одним із основних напрямків сучасного реформування системи охорони здоров'я в Україні є, безумовно, розвиток ПМСД на засадах сімейної медицини. Широкомасштабний розвиток сімейної медицини у вітчизняній практиці був започаткований Постановою Кабінету Міністрів України №989 (2000) “Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я”.

Формування інфраструктури сімейної медицини здійснюється шляхом реорганізації відділень дільничних терапевтів і педіатрів діючої мережі міських АПЗ у відділення сімейних лікарів, створення мережі нових амбулаторій сімейних лікарів у містах та сільській місцевості, а також трансформації сільських лікарських амбулаторій, частини малопотужних дільничних лікарень і ФАПів сільських адміністративних районів в амбулаторії сімейного лікаря.

Упродовж 2000–2005 рр. відбулося подальше зростання мережі та кадрового забезпечення закладів (підрозділів) сімейної медицини. Медичну допомогу на засадах сімейної медицини міському та сільському населенню України надають близько 3000 закладів. Відділення/кабінети сімейного лікаря функціонують у більшості поліклінік (43,2%), тобто практично в кожній 2-3-й поліклініці. Більш активний розвиток сімейна медицина отримала на селі, про що свідчить зосередження переважної більшості закладів і підрозділів сімейної медицини у сільській місцевості (85,0%). Це зумовлено тим, що населенню сільських лікарських дільниць, як дорослому, так і дитячому, практично завжди надавалася не терапевтична, а загальнолікарська допомога. Тому реорганізація сільських лікарських амбулаторій в сімейні лише легалізує вже існуючі відносини.

Станом на 01.01.2006 р. кількість штатних посад лікарів загальної практики/сімейної медицини в медичних закладах системи МОЗ України становила майже 6 тис. одиниць (5995,5), що в 5,2 разу перевищує показник 2001 р. Нині медичну допомогу міському та



сільському населенню на засадах сімейної медицини надають 4699 сімейних лікарів. Їх кількість лише протягом 2005 р. збільшилась на 1041 особу (на 28,5%), а порівняно з 2001 р. – у 4,5 разу (табл. 9.5).

Таблиця 9.5

Динаміка впровадження сімейної медицини в Україні за 2001–2005 рр.

Показник	Роки			Абсолютний приріст	Темп приросту (%)
	2001	2004	2005		
Кількість штатних посад лікарів загальної практики/сімейних лікарів в ЛПЗ*	1143,75	4658,5	5995,5	4851,8	424,2
Кількість фізичних осіб лікарів загальної практики/ сімейних лікарів зайнятих на штатних посадах в ЛПЗ*	1055	3658	4699	3644	345,4
Кількість відділень сімейного лікаря в АПЗ	602	2249	2888	2286	379,7

\* без НДІ та закладів підготовки медичних кадрів

Слід зазначити, що загальна чисельність сімейних лікарів, включаючи лікарів НДІ та закладів підготовки кадрів системи МОЗ України, дещо вища і становить 4975 осіб, забезпеченість ними населення дорівнює 1,1 на 10 тис населення.

За чисельністю лікарів загальної практики/сімейних лікарів перші рангові місця займають Харківська (751), Львівська (350), Закарпатська (349) та Житомирська (319) області. Лідером у розвитку сімейної медицини, безумовно, залишається Харківська область, де зосереджено більшість діючих у складі амбулаторно-поліклінічних закладів відділень сімейного лікаря та 16% штатних посад і фізичних осіб лікарів цього фаху.

У зв'язку з розвитком сімейної медицини відбуваються деякі зміни в кадровому забезпеченні галузі. Вони характеризуються збільшенням кількості сімейних лікарів (в 10,7 разу) і одночасним зменшенням в 1,3 разу числа дільничних терапевтів і педіатрів. Відповідні зміни зафіксовано й у показниках забезпеченості населення цими лікарями.

Порівняно з попередніми роками спостерігається істотне збільшення частки сімейних лікарів у загальній кількості лікарів ПМСД: від 2,0% (2000 р.) до 21,7% (2005 р.). Проте незважаючи на досить стрімке збільшення кадрового потенціалу сімейної медицини, забезпеченість населення сімейними лікарями (1,0 на 10 тис. населення) значно поступається показникам забезпеченості дільничними терапевтами і педіатрами (табл. 9.6).

Аналіз професійної кваліфікації лікарів первинної ланки свідчить про збільшення серед них частки атестованих лікарів: у т.ч. серед дільничних терапевтів міських дільниць від 65,9% у 2000 р. до 75,0% , дільничних педіатрів – від 71,2% до 80,1%, лікарів загальної практики/сімейної медицини – від 53,2% до 58,6%. Таким чином, частка не атестованих сімейних лікарів (41,4%) вища порівняно з дільничними терапевтами в 1,7 разу, педіатрами – в 2,1 разу, проте це значною мірою зумовлено відсутністю у них необхідного для проходження атестації трудового стажу.

Реальна потреба населення у сімейних лікарях, яка за розрахунками становить близько 35 тис., сьогодні задоволена лише на 13,4%.

Динаміка чисельності лікарів ПМСД і забезпеченості ними населення  
(на 10 тис. відповідного населення) у 2000–2005 рр.

Спеціалісти ПМСД	Роки							
	2000		2002		2004		2005	
	абс.	забезпеченість	абс.	забезпеченість	абс.	забезпеченість	абс.	забезпеченість
Кількість лікарів ПМСД, з них:	22072	4,47	21542	4,5	21435	4,58	21676	4,6
дільничних терапевтів	13361	4,8	12328	4,5	11044	4,0	10507	3,8
дільничних педіатрів	8271	14,4	7360	14,7	6733	14,9	6470	14,8
ЛЗП/СЛ	440	0,10	1854	0,38	3658	0,80	4699	1,0
% ЛЗП/СЛ від лікарів ПМСД	2,0		8,6		17,1		21,7	

\* кількість лікарів загальної практики/сімейних лікарів в ЛПЗ (без лікарів НДІ, закладів підготовки медичних кадрів)

Слід зазначити, що сімейна медицина позитивно сприймається і населенням, і медичними працівниками. Це, зокрема, підтвердили виступи делегатів II з'їзду сімейних лікарів (м. Харків, 2005 р.). Накопичений досвід свідчить, що перехід до сімейної медицини забезпечує поліпшення стану здоров'я населення на основі підвищення рівня доступності, якості та ефективності медичної допомоги, наближення її до кожної сім'ї, а також сприяє більш раціональному використанню ресурсів галузі.

Висновки. В Україні відбувається поступальний розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини, що ілюструє динаміка змін мережі та кадрових ресурсів амбулаторно-поліклінічного сектору. Проте, безумовно, темпи розвитку сімейної медицини не відповідають потребам сьогодення. Залишається багато проблем, які потребують нагального розв'язання, зокрема, питання фінансового, матеріально-технічного, технологічного та інформаційного забезпечення сімейної медицини, оцінки якості медичної допомоги за допомогою відповідних стандартів, оплати праці сімейних лікарів і медичних сестер, створення незалежних лікарських практик та співпраці сімейних лікарів з іншими спеціалістами лікувально-профілактичних закладів вторинного і третинного рівнів.

Необхідні всебічна підтримка розвитку сімейної медицини на державному і регіональному рівнях, підвищення ролі професійних медичних та громадських організацій у сфері охорони здоров'я. МОЗ України опрацьовано проект Державної цільової програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини в Україні на 2006–2010 р., яка охоплює широке коло невирішених питань переходу до сімейної медицини. Проблема створення в Україні інституту сімейної медицини отримала втілення в Національному плані розвитку системи охорони здоров'я України на 2006–2011 р.

Реформування первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної лікарської практики/сімейної медицини забезпечить поліпшення стану здоров'я населення на основі удосконалення системи медичного обслуговування, наближення медичної допомоги до кожної сім'ї, підвищення рівня доступності, якості та ефективності при раціональному використанні ресурсів галузі.

### 9.3. Роль стаціонарозамінних форм у системі надання медичної допомоги дорослому населенню

Розвиток охорони здоров'я України впродовж 2000–2005 рр. був ознаменований подальшим зростанням ролі стаціонарозамінних форм медичної допомоги.

Ці зміни особливо торкнулися різнопрофільних денних і домашніх стаціонарів, які мають найбільше поширення у вітчизняній практиці. Мережа денних і домашніх стаціонарів функціонує у переважній більшості (99,3%) АПЗ системи МОЗ України (табл. 9.7).

Таблиця 9.7

Динаміка змін мережі ліжкового фонду та обсягів діяльності денних і домашніх стаціонарів (2000–2005 рр.)

Показники	Роки						Збільшення порівняно з 2000 р.
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	
<b>Денні стаціонари:</b>							
Число закладів	3331	3604	3920	4226	4368	4659	в 1,4 разу
Число ліжок (всього)	42398	47357	51482	55320	59152	61933	в 1,5 разу
Число ліжок на 10 тис. населення	8,6	9,7	10,8	11,7	12,6	13,2	в 1,5 разу
Число пролікованих (всього)	1266427	1500110	1638367	1823914	2068975	2241549	у 1,8 рази
Число пролікованих на 10 тис. населення	262,5	341,0	339,6	382,0	437,7	477,7	у 1,8 разу
<b>Домашні стаціонари:</b>							
Число закладів	3207	3543	3742	3953	4094	4214	в 1,3 разу
Число пролікованих (всього)	1203937	1369944	1498716	1633060	1766724	1889608	в 1,6 разу
Число пролікованих на 10 тис. населення	249,6	283,0	312,0	342,0	373,7	402,7	в 1,6 разу

Загальна потужність ліжкового фонду денних стаціонарів становить нині близько 62 тис. ліжок різного профілю. Упродовж звітної періоду кількість АПЗ з денними стаціонарами збільшилась в 1,4 разу і становить 4659 закладів. Відповідно зросло (в 1,8 разу) число хворих, що отримали денне лікування: лише протягом 2005 р. таким лікуванням було забезпечено 2241,6 тис. чол.

Подібні зміни спостерігаються й у розвитку інших стаціонарозамінних форм, зокрема, домашніх стаціонарів. Порівняно з 2000 р. мережа медичних закладів, де запроваджено домашні стаціонари, збільшилась в 1,3 разу. Це дало можливість розширити обсяги лікування різних категорій хворих у домашніх умовах від 1203, 9 до 1889,6 тис. чол. (в 1,6 разу).

Стаціонарозамінні форми медичної допомоги діють у складі різних АПЗ: самостійних поліклінік для дорослих і дітей, поліклінічних відділень міських, дитячих міських, центральних районних, районних і дільничних лікарень, сільських лікарських амбулаторій, пологових будинків та інших закладів.

Переважну більшість денних стаціонарів розгорнуто в дільничних лікарнях і лікарських амбулаторіях (68,2% денних стаціонарів). Решта денних стаціонарів функціонує в поліклінічних відділеннях центральних районних і районних (11,9%), міських (9,7%) та інших лікарень. Більшість ліжок денного лікування сконцентровано в дільничних лікарнях і амбулаторіях (29,9%), поліклінічних відділеннях міських (25,6%), центральних районних і районних лікарень (24,4%).

Основні обсяги денного лікування надаються населенню в поліклінічних відділеннях дільничних лікарень та амбулаторій (26,6%), міських (25,6%), центральних районних і районних лікарень (25,0% пролікованих). Середня кількість пацієнтів денних стаціонарів у розрахунку на 1 заклад становить 481 чол., проте вона має значні коливання в АПЗ різного типу. Найбільшим є цей показник у поліклініках для дорослих (1617 хворих), поліклінічних відділеннях міських (1271), центральних районних і районних лікарень (962 хворих). Найменші обсяги денного лікування в розрахунку на один заклад здійснюються в дільничних лікарнях і амбулаторіях –187 хворих.

Упродовж звітної періоду в більшості закладів відбулося подальше зростання обігу ліжок денного лікування – від 30,0 (2000 р.) до 36,2 (2005 р.), що свідчить про інтенсифікацію використання ліжкового фонду денних стаціонарів. Найбільшими є ці показники у поліклініках для дорослого населення (50,9) та пологових будинках (48,0). Середня кількість пацієнтів домашніх стаціонарів у розрахунку на 1 заклад дещо менша, ніж пацієнтів денних стаціонарів, і становить 448 чол. Найбільші її рівні встановлено для поліклінік з обслуговування дорослого населення (2434), дитячих поліклінік (1862) і поліклінічних відділень міських лікарень (1309 хворих).

В умовах денних і домашніх стаціонарів успішно здійснюється діагностичне обстеження та комплексне лікування різних категорій населення, включаючи осіб старших вікових груп, дітей різного віку, хворих у післяопераційному періоді тощо. За якістю та ефективністю такі форми лікування наближені до лікарняного лікування. Крім того, денні і домашні стаціонари мають вагомні економічні переваги. Наприклад, доведено, що лікування хворих у денних стаціонарах в середньому в 4–4,5 разу дешевше від лікарняного і позитивно сприймається населенням (85,0%).

Проте розвиток цих форм медичної допомоги має різні пріоритети на рівні окремих адміністративно-територіальних одиниць. У багатьох областях, зокрема, Вінницькій, Волинській, Дніпропетровській, Донецькій, Житомирській та інших, перевага надається розвитку денних стаціонарів; у Київській, Львівській, Полтавській, Сумській, Харківській, Черкаській областях і м. Києві – домашнім стаціонарам.

Аналіз розподілу ліжкових потужностей денних стаціонарів показує, що 40,8% усіх ліжок зосереджено в охороні здоров'я Донецької (6866 ліжок), Харківської (5160), Луганської (4527), Дніпропетровської (4477) та Вінницької (4262) областей. Найвищих рівнів забезпеченості населення ліжками денного лікування (в 1,9–1,4 разу вище від середнього показника в Україні) досягнуто у Вінницькій (25,2), Житомирській (19,7), Луганській (18,8) і Харківській (18,3 ліжка на 10 тис. населення) областях. Найнижчі позиції за цим показником займають Львівська область (5,1), АР Крим (5,5) і м. Київ (6,2 ліжка на 10 тис. населення). Особливо значного розвитку денні стаціонари досягли в Житомирській, Вінницькій, Хмельницькій, Тернопільській і Харківській областях, що ілюструють найвищі в Україні

показники кількості пролікованих хворих на 10 тис. населення у цих областях (відповідно 963; 861; 706; 687 та 650 чол. на 10 тис. населення).

Проте в усіх областях протягом останніх років спостерігається стала тенденція до розширення мережі, ліжкових потужностей та обсягів діяльності денних стаціонарів у складі амбулаторно-поліклінічних закладів (табл. 9.8).

Таблиця 9.8

Ранговий розподіл адміністративних територій України за показниками забезпеченості населення ліжками денного лікування та кількості пролікованих у денних стаціонарах (ДС) хворих на 10 тис. населення (2005 р.)

Адміністративні території	Кількість ліжок ДС (на 10 тис. нас.)	Рангове місце	Кількість пролікованих в ДС (на 10 тис. нас.)	Адміністративні території
Вінницька	25,2	1.	963,1	Житомирська
Житомирська	19,7	2.	861,0	Вінницька
Луганська	18,8	3.	706,8	Хмельницька
Харківська	18,3	4.	687,6	Тернопільська
Кіровоградська	17,7	5.	650,4	Харківська
Миколаївська	16,8	6.	586,1	Донецька
Рівненська	15,7	7.	582,9	Миколаївська
Запорізька	15,1	8.	555,8	Кіровоградська
Донецька	14,9	9.	547,5	Рівненська
Хмельницька	14,7	10.	536,0	Чернігівська
Закарпатська	14,3	11.	496,4	Волинська
Полтавська	14,0	12.	480,7	Луганська
Волинська	13,8	13.	469,1	Полтавська
Київська	13,5	14.	465,3	Чернівецька
Дніпропетровська	13,0	15.	440,8	м. Київ
Тернопільська	13,0	16.	425,6	Черкаська
Сумська	12,3	17.	408,1	Сумська
Чернівецька	12,3	18.	397,6	Закарпатська
Херсонська	12,2	19.	392,5	Запорізька
Чернігівська	12,2	20.	392,1	Херсонська
Черкаська	10,4	21.	362,3	Київська
Івано-Франківська	9,1	22.	326,5	Дніпропетровська
Одеська	7,9	23.	318,0	Івано-Франківська
м. Севастополь	7,2	24.	306,2	Одеська
м. Київ	6,2	25.	292,3	АР Крим
АР Крим	5,5	26.	184,1	м. Севастополь
Львівська	5,1	27.	181,6	Львівська
<b>Україна</b>	<b>13,2</b>		<b>477,7</b>	<b>Україна</b>

Найбільші обсяги лікування населення в домашніх стаціонарах забезпечуються в медичних закладах м. Києва (228,1 тис. чол. – 12,1%), Харківської (204,4 тис. чол. – 10,8%) та Донецької (196,2 тис. чол. – 10,4% усіх пролікованих) областей (табл. 9.9). Проте в окремих областях ця ефективна і економічно вигідна форма надання медичної допомоги ще не має належного поширення. Наприклад, за статистичними даними з 2000 р. не використовується

домашні стаціонари у закладах охорони здоров'я Дніпропетровської області. В охороні здоров'я АР Крим спостерігається найнижчий в Україні показник кількості хворих, пролікованих у домашніх стаціонарах – 8 хворих на 10 тис. населення (у 50,3 разу менше, ніж у середньому в Україні). В АПЗ м. Севастополя цей показник дорівнює 87 хворих на 10 тис. населення, що в 4,6 разу нижче від середнього рівня в Україні.

Таблиця 9.9

Ранговий розподіл адміністративних територій України за обсягами стаціонарозамінної медичної допомоги в домашніх стаціонарах та кількістю пролікованих на 10 тис. населення (2005 р.)

Адміністративні території	Кількість пролікованих у домашніх стаціонарах (абс. ч.)	Рангове місце	Кількість пролікованих у домашніх стаціонарах (на 10 тис. нас.)	Адміністративні території
м. Київ	228096	1.	864,5	м. Київ
Харківська	204402	2.	724,1	Харківська
Донецька	196194	3.	641,5	Сумська
Львівська	119295	4.	621,1	Полтавська
Луганська	107478	5.	595,6	Черкаська
Полтавська	96637	6.	593,5	Тернопільська
Черкаська	80149	7.	531,9	Житомирська
Сумська	79088	8.	486,6	Хмельницька
Житомирська	71194	9.	484,5	Кіровоградська
Хмельницька	67035	10.	465,2	Львівська
Тернопільська	66037	11.	444,1	Луганська
Вінницька	64661	12.	423,3	Донецька
Запорізька	63728	13.	380,1	Чернігівська
Київська	60637	14.	379,5	Вінницька
Одеська	56429	15.	364,9	Чернівецька
Кіровоградська	51795	16.	356,9	Закарпатська
Чернігівська	44447	17.	343,4	Київська
Закарпатська	44402	18.	341,1	Запорізька
Івано-Франківська	42980	19.	328,6	Миколаївська
Миколаївська	40213	20.	309,5	Івано-Франківська
Чернівецька	33085	21.	235,3	Одеська
Рівненська	24302	22.	210,0	Рівненська
Херсонська	21889	23.	197,8	Волинська
Волинська	20565	24.	193,6	Херсонська
м. Севастополь	3287	25.	87,2	м. Севастополь
АР Крим	1583	26.	8,0	АР Крим
Дніпропетровська	0	27.	0,0	Дніпропетровська
<b>Україна</b>	<b>1889608</b>		<b>402,7</b>	<b>Україна</b>

Завдяки розвитку інфраструктури денних і домашніх стаціонарів у 2005 р. відбулося подальше збільшення загальних обсягів стаціонарозамінного лікування – в 1,9 разу порівняно з 2000 р. Зокрема, таке лікування упродовж 2005 р. отримали 4131,2 тис. чол., більше половини з них (54,3%) припадає на пацієнтів денних стаціонарів. Приріст

обсягів лікування хворих у денних стаціонарах за звітний період коливається від 28,2% у Донецькій до 371,6% у Чернігівській області. Динаміка змін обсягів домашнього лікування в розрізі окремих областей також має значні коливання: від 6,6% в Черкаській до 253,4% – в Івано-Франківській області.

Збільшення обсягів стаціонарозамінного лікування супроводжується одночасним скороченням ліжкового фонду галузі, перерозподілом обсягів медичної допомоги між амбулаторно-поліклінічними і лікарняними закладами, сприяє підвищенню медичної, соціальної та економічної ефективності охорони здоров'я. Зокрема, за останніх п'ять років паралельно з розвитком денних стаціонарів відбулося скорочення на 6,1% потужності ліжкового фонду галузі; забезпеченість населення лікарняними ліжками зменшилася від 88,5 до 87,2 на 10 тис. населення. Проте розвиток стаціонарозамінних форм не має істотного впливу на динаміку змін у лікарняному секторі. Це підтверджує наявність помірною оборотного зв'язку ( $r_{xy} = -0,4$ ) між забезпеченістю населення лікарняними ліжками та ліжками денного лікування.

Співвідношення часток обсягів стаціонарної і стаціонарозамінної медичної допомоги, наданих у закладах охорони здоров'я України, становить нині 69,8%:30,2% (табл. 9.10). У 2000 р. частка хворих, яким було надано стаціонарозамінне лікування, становила 20,5%, у т.ч. 10,5% хворих отримували медичну допомогу в денних, 10,0% – в домашніх стаціонарах.

Нині із кожних 100 жителів, госпіталізованих у лікарняні, денні та домашні стаціонари, більше чверті (30,2%) припадає на пацієнтів денних (16,4%) і домашніх (13,8%) стаціонарів. У багатьох областях, зокрема, Житомирській, Харківській, Тернопільській і Вінницькій, а також м. Києві частка стаціонарозамінного лікування на 43,7–23,8% перевищує середньоукраїнський рівень. Найбільш раціональною, як і у попередні роки, є організація медичної допомоги у Житомирській області, де співвідношення часток обсягів стаціонарного, денного та домашнього лікування становить 56,6%:28,0%:15,4%. Таким чином, пацієнтом денного або домашнього стаціонару є в середньому кожний четвертий хворий. Проте у ряді областей ці показники значно нижчі: так, в АР Крим сумарна частка денного і домашнього лікування становить 13,8% – у 2,2 разу нижче від середньоукраїнського рівня. Найнижчі її показники зафіксовано в охороні здоров'я м. Севастополя та Дніпропетровської області – відповідно 11,2% та 12,6%.

За показником частки хворих, які отримали стаціонарозамінне лікування, у загальній кількості пацієнтів цілодобових, денних і домашніх стаціонарів, адміністративні території України можна розділити на ряд категорій: перша з показником 40,0% та більше представлена Житомирською та Харківською областями, друга (30,0–39,9%) включає Черкаську, Миколаївську, Кіровоградську, Донецьку, Сумську, Полтавську, Хмельницьку області, м. Київ, а також Вінницьку та Тернопільську області; третя (20,0–29,9%) – Херсонську, Івано-Франківську, Одеську, Львівську, Рівненську, Київську, Волинську, Чернігівську, Запорізьку, Закарпатську, Чернівецьку, Луганську області; четверта (10,0–19,9%) – Дніпропетровську область та АР Крим, до п'ятої – найнижчої категорії, з показником до 10,0% належить м. Севастополь (рис. 9.5).

Таблиця 9.10

Відсоткове співвідношення обсягів стаціонарної та стаціонарозамінної медичної допомоги в ЛПЗ України в 2005 р.

Адміністративні території	Стаціонарне лікування		Стаціонарозамінне лікування					
			денне та домашнє лікування		денне лікування		домашнє лікування	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
АР Крим	370643	86,2	59477	13,8	57894	13,4	1583	0,4
Вінницька	364935	63,3	211357	36,7	146696	25,5	64661	11,2
Волинська	216761	75,0	72190	25,0	51625	17,9	20565	7,1
Дніпропетровська	785097	87,4	112918	12,6	112918	12,6	0	0,0
Донецька	860864	64,8	467825	35,2	271631	20,4	196194	14,8
Житомирська	260873	56,6	200099	43,4	128905	28,0	71194	15,4
Закарпатська	229257	71,0	93862	29,0	49460	15,3	44402	13,7
Запорізька	354137	72,1	137060	27,9	73332	14,9	63728	13,0
Івано-Франківська	291736	77,0	87137	23,0	44157	11,7	42980	11,3
Київська	347874	74,2	120857	25,8	60220	12,9	60637	12,9
Кіровоградська	232686	67,7	111212	32,3	59417	17,3	51795	15,0
Луганська	533886	70,5	223806	29,5	116328	15,4	107478	14,1
Львівська	524143	76,0	165855	24,0	46560	6,7	119295	17,3
Миколаївська	242929	68,5	111551	31,5	71338	20,1	40213	11,4
Одеська	417015	76,3	129845	23,7	73416	13,4	56429	10,3
Полтавська	301377	64,0	169621	36,0	72984	15,5	96637	20,5
Рівненська	233448	72,7	87673	27,3	63371	19,7	24302	7,6
Сумська	250780	66,0	129399	34,0	50311	13,2	79088	20,8
Тернопільська	235607	62,3	142536	37,7	76499	20,2	66037	17,5
Харківська	538694	58,1	388018	41,9	183616	19,8	204402	22,1
Херсонська	222984	77,1	66229	22,9	44340	15,3	21889	7,6
Хмельницька	295667	64,3	164407	35,7	97372	21,2	67035	14,5
Черкаська	311931	69,4	137426	30,6	57277	12,7	80149	17,9
Чернівецька	184626	71,0	75278	29,0	42193	16,2	33085	12,8
Чернігівська	280952	72,4	107133	27,6	62686	16,2	44447	11,4
м. Київ	582426	62,6	348162	37,4	120066	12,9	228096	24,5
м. Севастополь	80695	88,8	10224	11,2	6937	7,6	3287	3,6
<b>Україна</b>	<b>9552023</b>	<b>69,8</b>	<b>4131157</b>	<b>30,2</b>	<b>2241549</b>	<b>16,4</b>	<b>1889608</b>	<b>13,8</b>



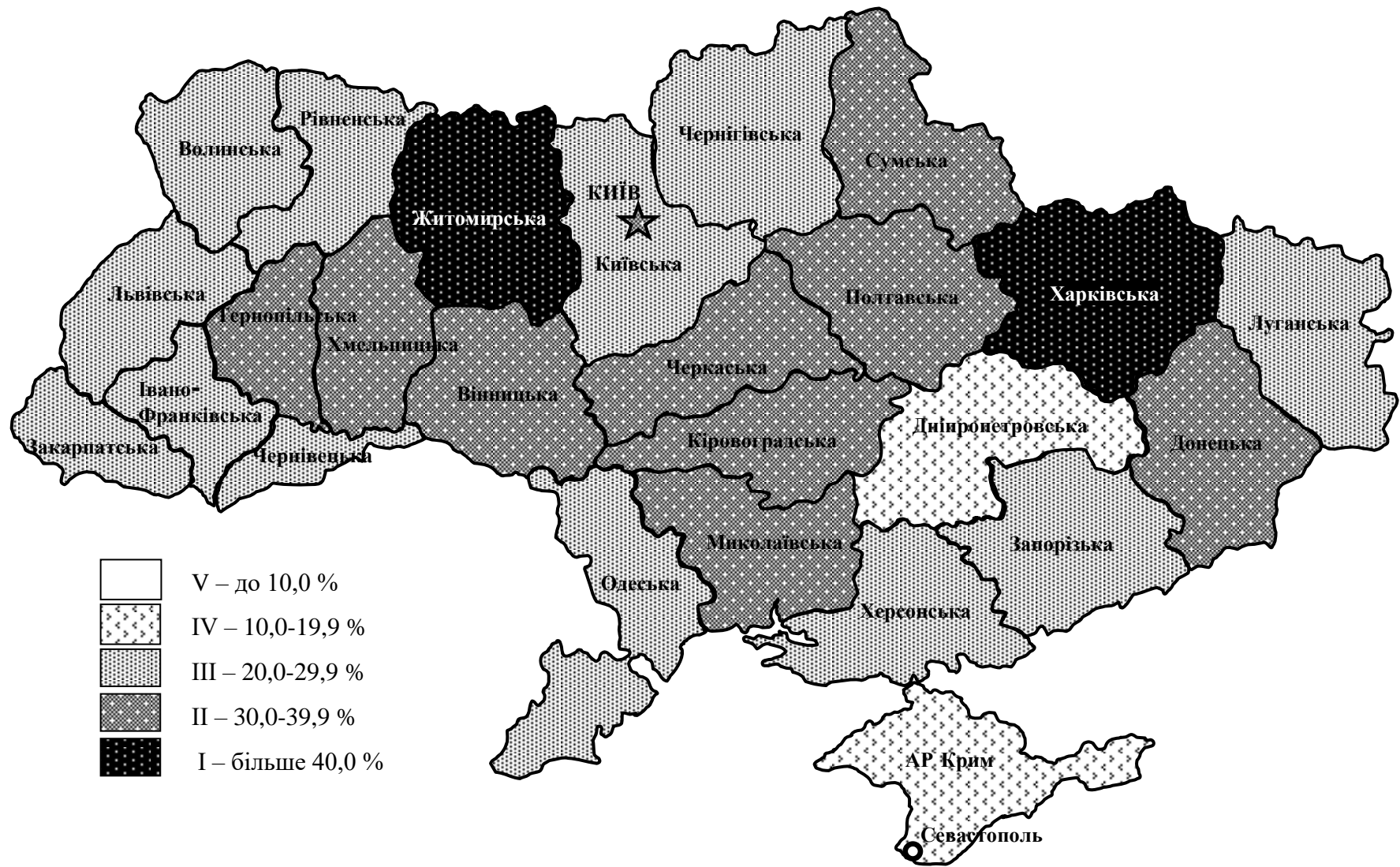


Рис. 9.5. Розподіл адміністративних територій України за показниками сумарної частки стаціонаророзамінних форм у лікуванні населення в умовах лікарняних, денних та домашніх стаціонарів (2005 р.).

Слід зазначити, що попри розширення обсягів стаціонарозамінного лікування, в Україні зберігаються досить високі порівняно з економічно розвиненими країнами рівні та обсяги госпіталізації населення у лікарняні заклади. У 2005 р. рівень госпіталізації населення збільшився від 19,4 у 2000 р. до 21,6 на 100 жителів; абсолютне число госпіталізованих хворих зросло на 6,1% і становить 10141,3 тис. чол. Такі закономірності спричинені несприятливими тенденціями у стані здоров'я населення, що, в свою чергу, зумовлює підвищення рівня медичних потреб у стаціонарній і стаціонарозамінній допомозі.

Висновок. Сучасний розвиток в Україні денних і домашніх стаціонарів, що відбувається у рамках реформування галузі, є важливим кроком на шляху раціоналізації медичної допомоги населенню та зміщення акцентів у її наданні на рівень ПМСД.

Розширення обсягів стаціонарозамінної медичної допомоги сприяє раціоналізації споживання вартісної стаціонарної допомоги і упорядкуванню витрат на охорону здоров'я. Проте організаційні аспекти функціонування денних і домашніх стаціонарів в умовах структурної розбудови охорони здоров'я, реструктуризації основних видів медичної допомоги, розвитку сімейної медицини потребують подальшого розв'язання.

Зокрема, необхідним є опрацювання питань фінансового, ресурсного та технологічного забезпечення цих організаційних форм, розширення діапазону показань для стаціонарозамінного лікування, підвищення якості медичної допомоги населенню на основі сучасних медичних технологій, стандартизації медичної допомоги, запровадження засад доказової медицини.

#### **9.4. Стан, проблеми і перспективи розвитку стаціонарної медичної допомоги**

Розвиток стаціонарного сектору системи МОЗ України протягом 2000–2005 рр. характеризувався подальшою раціоналізацією мережі лікарняних закладів, підвищенням економічності використання їх ліжкового фонду, поліпшенням якості та ефективності стаціонарної медичної допомоги.

З метою раціоналізації інфраструктури стаціонарного сектору було здійснено скорочення мережі, упорядкування ліжкових потужностей лікарень, згортання або реорганізацію малопотужних, економічно нерентабельних закладів. Мережу лікарень державного сектору доповнено закладами інших форм власності (госпрозрахунковими, кооперативними), що започатковує засади ринкової конкуренції в наданні стаціонарної допомоги. Здійснено низку заходів щодо удосконалення штатно-нормативної бази, ресурсного забезпечення, раціоналізації механізмів фінансування лікарень різного рівня. Подальший розвиток отримали механізми медичного страхування на надання медичних послуг в умовах лікарень шляхом організації в багатьох областях лікарняних кас, запровадження програм добровільного медичного страхування.

Підвищенню ефективності стаціонарної медичної допомоги сприяє удосконалення системи управління її якістю на основі акредитації лікарняних закладів, ліцензування діяльності медичного персоналу, розвитку стандартизації медичної допомоги, запровадження засад доказової медицини тощо.

Стаціонарний сектор системи МОЗ України станом на 01.01.2006 р. представлений широкою мережею лікарняних закладів різного типу (2636) із загальною потужністю

ліжкового фонду 407464 ліжка. Кількісні зміни мережі, ліжкового фонду та обсягів діяльності лікарень упродовж 2000–2005 рр. ілюструє таблиця 9.11.

Таблиця 9.11

Динаміка змін мережі, ліжкового фонду та обсягів діяльності основних типів лікарняних закладів (2000–2005 рр.)

Показник	Роки					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
<b>Мережа лікарняних закладів</b>						
Лікарняні заклади – всього	3049	2956	2850	2733	2668	2636
у т.ч. обласні лікарні	25	25	25	25	25	25
міські	592	593	578	565	562	551
спеціалізовані	125	117	112	108	110	112
дитячі міські	104	103	103	103	100	99
центральні районні	486	486	485	474	473	480
дільничні	948	889	820	734	679	668
психіатричні, наркологічні	93	96	96	95	94	92
пологові будинки	93	91	91	91	92	89
стаціонари диспансерів	367	338	309	300	291	283
<b>Ліжковий фонд лікарняних закладів</b>						
Кількість ліжок – всього	434139	429247	426758	419679	412606	407464
у т.ч. в обласних лікарнях	21695	21307	21152	21142	20922	20862
міських	110373	110323	110992	110707	108002	107703
спеціалізованих	18002	17229	16744	15924	16019	16264
дитячих міських	15020	14808	14763	14618	14253	13923
центральних районних	110644	110016	109518	104012	102754	104009
дільничних	15165	14300	13080	11987	11047	10486
психіатричних, наркологічних	46619	15964	45506	44529	43464	43058
пологових будинках	14440	14246	14161	13991	13916	13276
стаціонарах диспансерів	47049	45868	44326	43729	42918	41579
<b>Кількість хворих, госпіталізованих у лікарняні заклади</b>						
Кількість госпіталізованих – всього	9558,0	9686,3	9741,0	9828,5	9961,3	10141,3
у т.ч. в обласні лікарні	568,1	578,6	583,7	597,3	604,1	617,0
міські	2878,8	2926,1	2982,2	3038,0	3065,5	3123,9
спеціалізовані	287,7	285,0	277,8	273,9	278,6	295,9
дитячі міські	355,7	378,0	366,9	379,3	388,3	396,8
центральні районні	2963,1	3019,7	3014,6	2945,6	2982,3	3119,3
дільничні	366,1	352,4	333,0	308,9	298,6	294,2
психіатричні та наркологічні	279,1	295,4	299,3	291,3	290,3	292,6
пологові будинки	424,4	417,2	429,3	441,9	454,4	441,4
стаціонари диспансерів	550,3	561,6	550,9	553,5	573,6	589,3

У результаті реорганізації мережі лікарень їх загальну кількість зменшено на 13,5%, у т.ч. скорочено на 29,5% кількість дільничних лікарень, на 22,9% – стаціонарних відділень диспансерів, на 6,9% – міських лікарень. Переважну більшість лікарняних закладів, як і у попередні роки, становлять дільничні (25,3%), міські (20,9%) та центральні районні лікарні (18,2%). Кількість лікарняних закладів у розрахунку на 100 000 населення порівняно з 2000 р. зменшилась від 6,1 до 5,6 у 2005 р. Проте цей показник в Україні вищий, ніж у країнах Європи, зокрема Польщі (2,2) та Угорщині (1,8), і перевищує середньоєвропейський рівень (4,4). Функціонування такої багаточисельної мережі лікарень свідчить про збереження в Україні диспропорцій у розвитку амбулаторно-поліклінічної і стаціонарної допомоги. Це призводить до надмірного споживання населенням витратної стаціонарної допомоги і нераціонального використання обмежених ресурсів охорони здоров'я.

Більше половини ліжкового фонду галузі сконцентровано на базі міських і центральних районних лікарень (відповідно 26,4% та 25,5% від загальної кількості ліжок).

Протягом 2000–2005 рр. у системі МОЗ України відбулося подальше зменшення на 6,1% загальної потужності ліжкового фонду лікарняних закладів. Найбільшою мірою це торкнулося ліжок дільничних лікарень, число яких скорочено за ці роки майже на третину (на 30,9%). Нарівні з цим, на 11,6% зменшився ліжковий потенціал диспансерів, на 9,7% – спеціалізованих лікарень, на 8,1% – пологових будинків.

Подальшу раціоналізацію ліжкового фонду лікарняних закладів здійснено переважно шляхом скорочення понаднормативних “непрацюючих” та неефективно “працюючих” ліжок за більшістю профілів. Зокрема, кількість ліжок загальнотерапевтичного профілю зменшено на 9,1% (5728 ліжок), здійснено упорядкування та перерозподіл спеціалізованих ліжок. Найбільш істотні зміни відбулися у мережі дерматовенерологічних, наркологічних, інфекційних для дорослих та дітей, відновного лікування, оториноларингологічних та деяких інших спеціалізованих ліжок, що буде детально розглянуто в наступному розділі.

Скорочення загальної потужності ліжкового фонду лікарень супроводжується відповідними змінами забезпеченості населення стаціонарними ліжками. Проте зазначені зміни практично не впливають на рівень госпіталізації населення в лікарняні заклади (рис. 9.6).

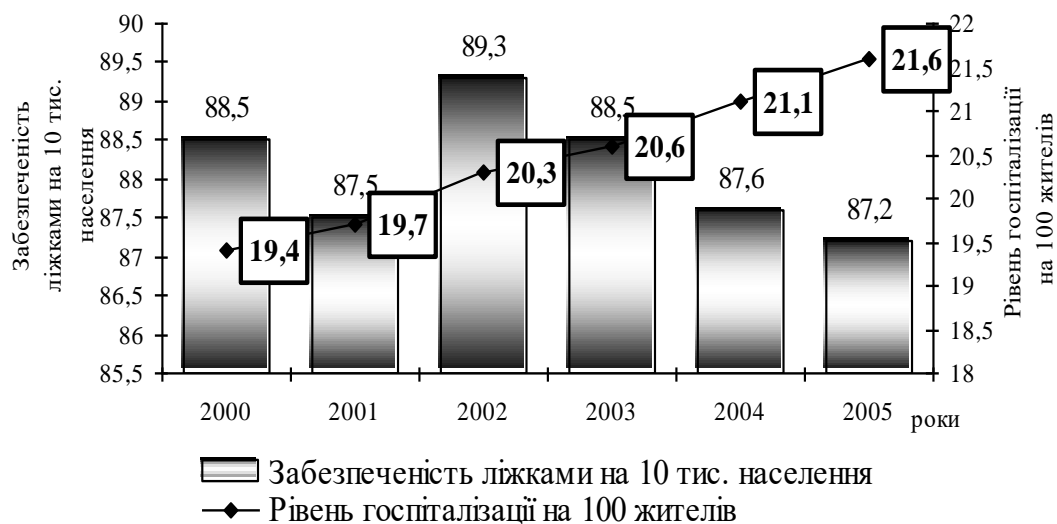
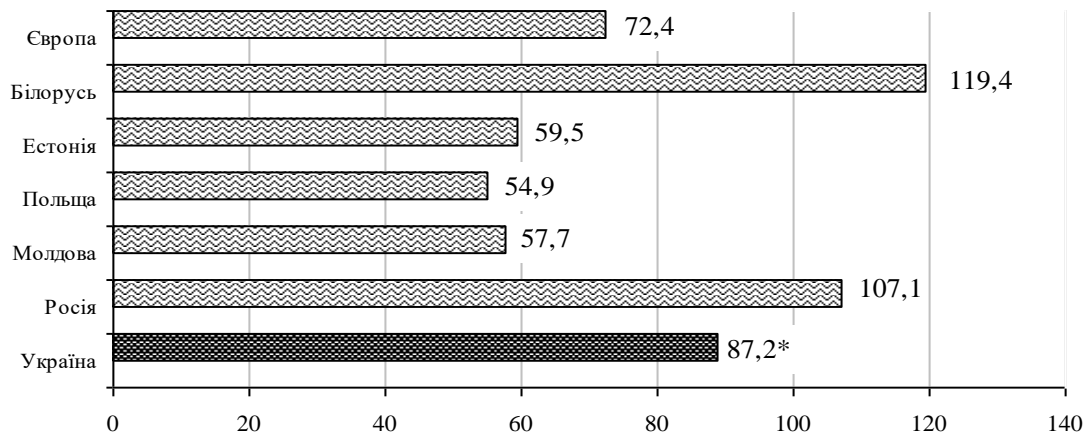


Рис. 9.6. Динаміка показників забезпеченості населення України стаціонарними ліжками та госпіталізації на 100 жителів (2000–2005 рр.)

Так, середньоукраїнський показник забезпеченості населення стаціонарними ліжками знизився від 88,5 (2000 р.) до 87,2 ліжка на 10 тис. населення (2005 р.). Рівні цього показника в розрізі адміністративних територій коливаються від 75,6 (Житомирська область) до 110,5 ліжка на 10 тис. населення (Чернігівська область). В окремих областях має місце перевищення середнього показника забезпеченості населення ліжками на 26,8–1,7%. Зокрема, у Чернігівській області забезпеченість стаціонарними ліжками становить 110,5; Луганській – 99,4; Дніпропетровській – 98,9; Кіровоградській – 93,4; Львівській – 93,1; Івано-Франківській – 89,4; Тернопільській – 88,9; АР Крим – 88,7; Чернівецькій – 88,6 ліжка на 10 тис. населення.

Слід зазначити, що показники забезпеченості населення стаціонарними ліжками в Україні в 1,5–1,6 разу перевищують аналогічні показники в Молдові, Польщі, Естонії і в 1,2 разу – середньоевропейський рівень (рис. 9.7).



\*Дані по Україні за 2005 р.

Джерело: Європейська база "Здоров'я для всіх", 2004

Рис. 9.7. Забезпеченість населення ліжками в Україні та деяких країнах Європи (на 10000 населення)

У динаміці рівня госпіталізації населення в лікарняні заклади спостерігається подальше посилення тенденції до його зростання, зафіксоване з 1998–2000 рр. Зокрема, протягом п'яти останніх років відбулося збільшення цього показника на 11,3% – від 19,4 у 2000 р. до 21,6 на 100 жителів у 2005 р. Рівень госпіталізації населення коливається від 18,4 в Одеській до 25,9 на 100 жителів у Чернігівській області, проте у більшості областей перевищує середній рівень по Україні на 19,9–5,1%. Так, показники рівня госпіталізації становлять: у Черкаській – 24,8; Луганській – 23,7, Дніпропетровській – 23,6, Кіровоградській – 23,5, Київській – 22,8, м. Севастополі – 22,8, Вінницькій, Чернівецькій та Івано-Франківській областях – 22,7 на 100 жителів.

У 2005 р. з метою надання стаціонарної допомоги в лікарняні заклади різного типу було госпіталізовано 10141,3 тис. чол., що на 583,3 тис. чол. перевищує показник 2000 р.

Приріст обсягів госпіталізації зафіксовано в усіх лікарняних закладах, за винятком дільничних лікарень, де число госпіталізованих, навпаки, зменшилось на 19,6%. У загальному числі госпіталізованих спостерігається незначне зростання частки сільських жителів – від 30,4% (2000 р.) до 31,8% (2005 р.).

У структурі хворих, госпіталізованих в лікарняні заклади України, за класами хвороб перші рангові місця посідають пацієнти, хворі на хвороби системи кровообігу (19,0%); жінки з ускладненнями вагітності, пологів і післяпологового періоду (11,5%); хворі на хвороби органів травлення (10,0%) та дихання (9,5%).

Протягом останніх років спостерігаються певні зміни в складі госпіталізованих хворих, які відбивають, на наш погляд, сучасні тенденції у стані здоров'я населення. Зокрема, зафіксовано зменшення питомої ваги осіб з ускладненнями вагітності, пологів і післяпологового періоду – від 12,6% у 2000 р. до 11,5% у 2005 р., хворих на хвороби органів дихання (від 10,7% до 9,5%); травлення (від 10,5% до 10,0%), з травмами і отруєннями (від 8,5% до 8,1%), інфекційні та паразитарні хвороби (3,3% до 3,0%). Має місце стабілізація частки хворих на захворювання крові та кровотворних органів (0,3%), хвороби кістково-

м'язової системи і сполучної тканини (5,8%). Нарівні з цим зафіксовано збільшення на 31,8% абсолютного числа хворих на хвороби системи кровообігу; на 20,8% – ендокринної системи, розлади харчування, порушення обміну речовин, імунітету; на 16,7% – новоутворення; на 15,3% – природжені аномалії; на 12,5% – нервової системи та органів чуття, а також їхньої питомої ваги в структурі госпіталізованих (табл. 9.12).

Таблиця 9.12

Структура хворих, госпіталізованих у лікарняні заклади України, за класами хвороб (дорослі та підлітки, 2000, 2005 рр.)

Найменування класів хвороб	Роки					
	2000			2005		
	абс. число	питома вага, %	рівень госпіталізації на 100 осіб	абс. число	питома вага, %	рівень госпіталізації на 100 осіб
Всього	7779296	100,0	19,2	8448220	100,0	21,1
Інфекційні та паразитарні хвороби	270237	3,5	0,7	254743	3,0	0,6
Новоутворення	447349	5,8	1,1	522116	6,2	1,3
Хвороби крові та кровотворних органів	26647	0,3	0,1	26002	0,3	0,1
Хвороби ендокринної системи, розлади харчування, порушення обміну речовин, імунітету	156421	2,0	0,4	188884	2,2	0,5
Психічні розлади	384531	4,9	1,0	419120	5,0	1,0
Хвороби нервової системи та органів чуття	297054	3,8	0,7	334255	4,0	0,8
Хвороби ока та його придаткового апарату	210332	2,7	0,5	246024	2,9	0,6
Хвороби вуха та соскового відростку	72599	0,9	0,2	63383	0,8	0,2
Хвороби системи кровообігу	1214165	15,6	3,0	1600706	19,0	4,0
Хвороби органів дихання	831695	10,7	2,1	805087	9,5	2,0
Хвороби органів травлення	819356	10,5	2,0	846970	10,0	2,1
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	228203	2,9	0,6	229636	2,7	0,6
Хвороби кістково-м'язової системи і сполучної тканини	453620	5,8	1,1	492280	5,8	1,2
Хвороби сечостатевої системи	683752	8,8	1,7	723136	8,6	1,8
Природжені аномалії	25354	0,3	0,1	29240	0,4	0,1
Симптоми, ознаки та неточно визначені стани	16025	0,2	0,04	8781	0,1	0,02*
Травми, отруєння	661473	8,5	1,6	683398	8,1	1,7
крім того: ускладнення вагітності, пологів та післяпологового періоду	980483	12,6	7,7	974459	11,5	7,9

Динаміка показників використання ліжкового фонду лікарняних закладів упродовж 2000–2005 рр. характеризується подальшим збільшенням середнього числа днів зайнятості ліжок, їх обігу та скорочення загального терміну перебування хворого на ліжку (табл. 9.13).

Таблиця 9.13

Динаміка показників використання ліжкового фонду лікарняних закладів України (2000–2005 рр.)

Адміністративні території	Середнє число днів зайнятості ліжка				Середня тривалість перебування хворого на ліжку				Летальність				Обіг ліжка			
	Роки															
	2000	2002	2004	2005	2000	2002	2004	2005	2000	2002	2004	2005	2000	2002	2004	2005
АР Крим	310,9	312,7	322,5	323,1	15,8	15,3	14,9	14,4	1,17	1,24	1,25	1,32	19,7	20,5	21,6	22,4
Вінницька	322,3	334,9	335,5	338,7	13,7	13,2	12,9	12,6	0,95	0,72	0,72	0,77	23,6	25,4	25,9	26,9
Волинська	346,6	344,2	344,6	350,0	14,5	13,8	13,3	12,9	0,96	0,89	0,93	0,95	23,9	25,0	25,9	27,1
Дніпропетровська	331,6	334,3	348,8	340,3	16,3	15,6	14,9	14,3	1,21	1,14	1,17	1,29	20,3	21,4	23,3	23,8
Донецька	338,7	339,4	344,2	337,2	15,6	14,9	14,4	14,0	1,24	1,29	1,36	1,38	21,7	22,7	23,9	24,1
Житомирська	280,4	293,4	301,7	308,2	12,6	12,1	11,6	11,5	0,87	0,79	0,85	0,88	22,2	24,2	25,9	26,9
Закарпатська	325,2	325,0	333,2	339,4	14,7	14,5	14,1	14,0	0,90	0,89	0,96	1,01	22,1	22,5	23,6	24,4
Запорізька	319,6	324,4	339,9	335,4	15,8	15,4	14,8	14,3	1,06	1,03	0,99	1,04	20,2	21,1	22,9	23,4
Івано-Франківська	317,3	322,7	330,3	342,6	14,8	14,3	13,7	13,5	0,70	0,74	0,73	0,75	21,5	22,6	24,2	25,4
Київська	327,0	323,8	329,7	324,1	14,2	13,6	13,1	12,7	1,13	1,12	1,13	1,21	23,1	23,8	25,1	25,5
Кіровоградська	329,4	334,1	334,6	331,8	14,3	13,8	13,4	13,1	1,0	1,03	1,02	1,12	23,1	24,2	25,0	25,3
Луганська	339,0	337,7	345,3	342,1	15,5	15,0	14,4	14,2	1,20	1,13	1,16	1,22	21,9	22,5	24,0	24,0
Львівська	323,7	328,4	333,6	339,2	15,9	15,0	14,6	14,3	0,89	0,83	0,78	0,83	20,3	21,4	22,8	23,7
Миколаївська	336,8	347,1	350,9	351,8	14,6	14,2	13,8	13,4	1,13	1,03	1,10	1,14	23,1	24,5	25,4	26,2
Одеська	311,6	312,9	317,8	322,8	17,1	16,7	16,1	15,3	1,35	1,35	1,38	1,41	18,3	18,7	19,8	21,1
Полтавська	338,0	330,3	323,8	325,7	13,8	13,7	13,4	13,1	1,16	1,14	1,23	1,32	24,5	24,2	24,3	24,9
Рівненська	336,9	345,4	345,6	349,0	14,7	14,3	13,6	13,3	0,83	0,77	0,70	0,76	22,9	24,2	25,4	26,2
Сумська	315,8	322,7	327,9	328,5	13,2	13,4	13,3	13,3	0,86	0,76	0,67	0,73	23,9	24,0	24,7	24,7
Тернопільська	312,0	333,7	338,3	341,5	14,4	14,1	13,8	13,6	0,66	0,67	0,63	0,7	21,7	23,71	24,5	25,2
Харківська	318,6	319,9	335,8	333,3	15,4	14,6	13,7	13,3	1,35	1,19	1,15	1,12	20,7	21,94	24,4	25,1
Херсонська	324,6	331,0	336,8	340,3	15,5	15,4	14,7	14,1	1,29	1,18	1,02	1,12	20,9	21,55	22,9	24,1
Хмельницька	309,6	316,2	336,3	339,1	13,8	13,4	12,8	12,5	0,90	0,82	0,83	0,89	22,4	23,53	26,3	27,1
Черкаська	333,8	334,9	341,7	339,8	12,9	12,7	12,4	12,1	0,99	0,89	0,86	0,92	25,9	26,43	27,6	28,2
Чернівецька	323,2	338,1	340,8	342,7	14,2	14,2	13,7	13,4	0,59	0,62	0,56	0,56	22,7	23,84	24,8	25,6
Чернігівська	327,4	339,9	336,9	343,7	16,3	15,8	15,0	14,6	1,06	0,99	1,00	1,02	20,1	21,58	22,4	23,6
м. Київ	297,5	309,3	310,4	311,5	12,9	11,8	11,6	11,5	1,43	1,43	1,46	1,51	23,1	26,12	26,7	27,0
м. Севастополь	346,9	346,5	354,4	357,5	12,9	12,8	12,7	12,5	1,32	1,37	1,61	1,67	27,0	27,17	27,9	28,7
<b>Україна</b>	<b>324,0</b>	<b>328,3</b>	<b>334,9</b>	<b>334,9</b>	<b>14,9</b>	<b>14,4</b>	<b>13,9</b>	<b>13,5</b>	<b>1,09</b>	<b>1,05</b>	<b>1,06</b>	<b>1,11</b>	<b>21,7</b>	<b>22,79</b>	<b>24,1</b>	<b>24,8</b>

Пересічний показник зайнятості ліжка в лікарняних закладах збільшився на 10,9 дня порівняно з 2000 р. і становить 334,9 дня. Його позитивна динаміка має місце в усіх областях, за винятком лікарень Полтавської, Київської і Донецької областей. Найбільш раціонально використовується лікарняний ліжковий фонд у м. Севастополі (357,5 дня), Миколаївській (351,8 дня) та Волинській (350,0 дня) областях. Нарівні з цим, у Житомирській області та м. Києві зафіксовано найнижчі показники роботи лікарняних ліжок (відповідно 308,2 і 311,5 дня). Проте порівняно з попередніми роками ці показники у м. Києві та Житомирській області покращилися.

Зростання показника середнього числа днів зайнятості ліжок зареєстровано в усіх типах закладів. Його середній приріст протягом 2000–2005 рр. коливається від 7,4% у міських до 15,8% у дільничних лікарнях. Мають місце помітні територіальні відмінності у використанні їх ліжкового фонду лікарень різного типу. Так, у Волинській області спостерігається тенденція до зменшення цього показника на рівні усіх типів лікарень (відповідно на 17,6% – у обласних, на 8,9% – у міських, на 6,5% – у ЦРЛ, на 6,2% – у дільничних лікарнях). У Полтавській області така ситуація склалася на рівні обласних, ЦРЛ та дільничних лікарень (відповідно на 33,2%, 11,6% та 85,7%). Нарівні з цим, в Донецькій області менш інтенсивно порівняно з 2000 р. почали працювати обласні (на 11,1%), ЦРЛ (на 6,5%) і міські (на 1,5%) лікарні.

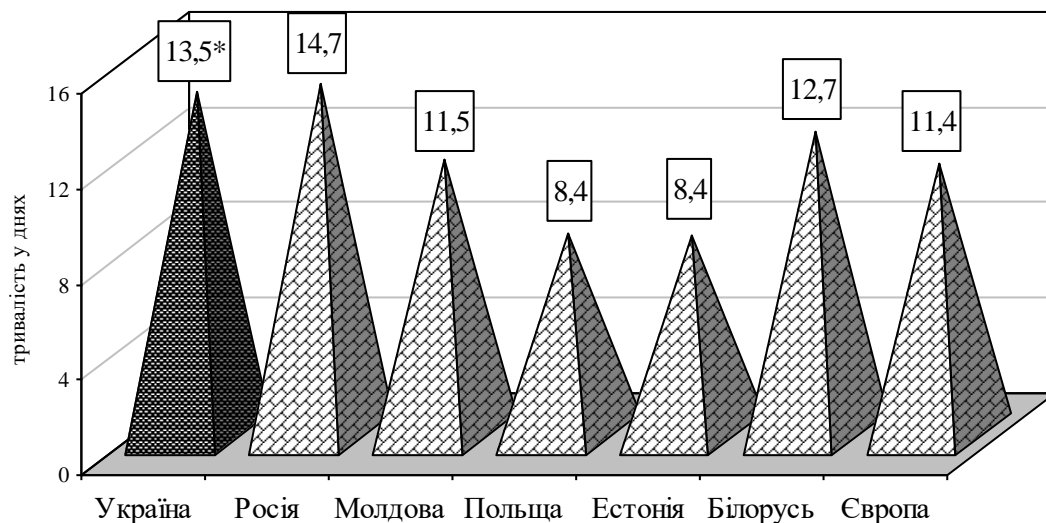
Найвищий рівень цього показника має місце в обласних (343,1) і дільничних (341,2) лікарнях. Лідерами за числом днів зайнятості ліжок серед дільничних лікарень є лікарні Чернігівської (376,7), Луганської (372,5) та Тернопільської (371,4 дня) областей; серед обласних – лікарні Рівненської (383,2) та Кіровоградської (373,0), Херсонської (364,7) та Тернопільської (363,5 дня) областей.

Нарівні з цим, показники зайнятості ліжок обласних лікарень Полтавської (294,7 дня) та Закарпатської (304,5) областей; дільничних лікарень м. Севастополя (294,7) і Житомирської (294,9) області; ЦРЛ Житомирської області (299,3) і АР Крим (304,7); міських лікарень Кіровоградської (310,7) та Житомирської (315,5) областей характеризуються помітним відставанням від середньоукраїнського рівня.

Про більш ефективне використання вартісного ліжкового фонду у багатьох областях свідчить подальше скорочення середньої тривалості перебування хворого на лікарняному ліжку. Станом на 01.01.2006 р. цей показник в Україні становить 13,5 дня (2000 р. – 14,9 дня). Діапазон його коливань на регіональному рівні дорівнює: 11,5 (Житомирська область і м. Київ) – 15,3 (Одеська область). Найнижчі рівні середнього терміну перебування хворого на ліжку зареєстровано в лікарнях м. Києва, Житомирської (11,5 дня), Черкаської (12,1) областей, м. Севастополя та Хмельницької області (12,5 дня). Незважаючи на позитивну динаміку, загальна тривалість лікарняного лікування в Україні залишається високою, порівняно з середньоєвропейським показником та тривалістю лікування хворих у деяких європейських країнах, наприклад Польщі, Естонії, Молдові, Білорусі (рис. 9.8).

Найкоротших термінів середньої тривалості перебування хворого на ліжку досягнуто в лікарняних закладах вторинного і третинного рівня, у тому числі в ЦРЛ – 11,2 дня (проти 11,9 дня в 2000 р.), обласних лікарнях – 11,6 дня (проти 12,8 дня в 2000 р.) та міських – 11,8 дня (2000 р. – 12,8 дня).





\*Дані по Україні за 2005 р.  
 Джерело : Європейська база "Здоров'я для всіх" 2004 р.

Рис. 9.8. Середня тривалість лікування у стаціонарах в Україні та деяких країнах Європи (в днях)

Найменш раціонально продовжують використовуватися стаціонарні ліжка дільничних лікарень м. Севастополя (25,7), АР Крим (16,0), Одеської (14,5) та Чернігівської (14,4) областей; обласних лікарень Запорізької (14,3), Донецької (13,3) та Дніпропетровської (12,8) областей; міських лікарень Одеської (13,2) і Запорізької (13,0) областей.

Одним з найбільш інформативних показників, що характеризує інтенсивність використання стаціонарної медичної допомоги, інтегрально поєднуючи рівень госпіталізації та середню тривалість перебування на ліжку, вважається число ліжко-днів на одного жителя на рік. В Україні цей показник становить 2,9 дня на одного жителя на рік. Він нижчий порівняно з Росією і Білоруссю, проте перевищує цей показник в Естонії (1,6 дня), Польщі (1,4 дня) і середньоєвропейський рівень (2,1 дня). Наведені дані свідчать, що пацієнт, госпіталізований у лікарню в Україні, перебуває на лікарняному ліжку значно більше часу, ніж жителі країн з ефективно організованими системами медичного обслуговування.

За звітний період спостерігається подальше збільшення показника обігу лікарняних ліжок. Він зріс від 21,7 у 2000 р. до 24,8 у 2005 р. У ряді міст і областей, зокрема, м. Севастополі, Черкаській, Волинській і Хмельницькій областях, м. Києві рівні цього показника досягають максимальних рівнів і становлять відповідно 28,7; 28,2; 27,1, 27,0. Найнижчим є обіг ліжок в лікарняних закладах Одеської області (21,1), що на 15,0% нижче, ніж у середньому по Україні.

Така динаміка спостерігається в усіх типах лікарень, що свідчить про більш інтенсивне використання ліжкового фонду. Обіг ліжка становить нині: 29,8 – у ЦРЛ, 29,5 – у обласних та 28,8 – у міських лікарнях.

Негативними змінами, на жаль, характеризується показник летальності в лікарняних стаціонарах: він збільшився від 1,09‰ у 2000 р. до 1,11‰ у 2005 р. Тенденція до його зростання порівняно з 2000 р. спостерігається в багатьох областях та містах. Зокрема, така ситуація склалася в м. Севастополі, Полтавській, Кіровоградській та Донецькій областях, АР Крим, де зафіксовано приріст лікарняної летальності в межах 26,5–12,0%. Найвищі в Україні рівні летальності хворих, госпіталізованих у лікарняні заклади, мають місце в містах Севастополі (1,67‰) і Києві (1,51‰), Одеській (1,41‰) та Донецькій (1,38‰) областях; найнижчий – у Чернівецькій області (0,56‰). Слід зазначити, що в деяких областях, зокрема Тернопільській, Сумській, Івано-Франківській, Рівненській та Вінницькій, ці показники в 1,6–1,4 разу нижчі від середньоукраїнських. Крім того, в ряді областей, зокрема Вінницькій, Харківській, Сумській, Херсонській та деяких інших, протягом останніх років вдалося досягти зниження лікарняної летальності.

Висновки. Структурно-функціональна реорганізація лікарняного сектору, проведена останніми роками, створила передумови для помітного поліпшення показників діяльності лікарняних закладів різного рівня, підвищення якості та ефективності стаціонарної допомоги.

Розв'язання широкого спектра завдань щодо подальшого удосконалення діяльності стаціонарного сектора потребує комплексної раціоналізації медичного обслуговування, зміщення акцентів у наданні медичних послуг на первинну ланку, створення інституту сімейної медицини, посилення ролі стаціонозамінних форм медичної допомоги.

Зокрема, необхідно удосконалити механізми управління та фінансування галуззю, оптимізувати в рамках єдиного медичного простору інфраструктуру охорони здоров'я, здійснити обґрунтовану реструктуризацію лікарняного сектора, включаючи упорядкування і функціональну диференціацію мережі та ліжкового фонду лікарняних закладів, зі створенням лікарень (відділень) для надання екстреної, планової медичної допомоги, реабілітації, медико-соціальної допомоги, забезпечення подальшої інтенсифікації лікувально-діагностичного процесу в стаціонарах різного рівня на сучасних засадах стандартизації медичної допомоги.

## **9.5. Стан, проблеми і перспективи розвитку спеціалізованої медичної допомоги**

Розбудова спеціалізованої служби впродовж останніх років була спрямована на раціоналізацію її діяльності, збереження доступності для населення спеціалізованої медичної допомоги, підвищення її якості та ефективності.

З цією метою здійснено подальше упорядкування (відповідно до медичних потреб населення) мережі та ліжкового фонду спеціалізованих медичних закладів різного рівня, удосконалення їх ресурсної бази та організації діяльності. Підвищенню рівня надання населенню медичної допомоги сприяло запровадження новітніх організаційних і медичних технологій, стандартів якості надання спеціалізованої та високотехнологічної медичної допомоги, медичних протоколів, що ґрунтуються на засадах доказової медицини.

Структурно-функціональні зміни торкнулися як амбулаторної, так і лікарняної ланок сектора спеціалізованої медичної допомоги. Станом на 01.01.2006 р. мережа закладів системи МОЗ України для надання спеціалізованої медичної допомоги представлена понад 9 тис. медичних закладів різного типу, різного ієрархічного рівня та функціонального призначення.

Зокрема, амбулаторна ланка спеціалізованого сектора включає 6692 амбулаторно-поліклінічні заклади (самостійні поліклініки, поліклінічні відділення лікарень і диспансерів, консультативно-діагностичні центри) з розгорнутими у їх складі спеціалізованими відділеннями (кабінетами) за основними профілями.

Лікарняна спеціалізована ланка містить майже 2 тис. лікарняних закладів (обласних, міських, дитячих міських, спеціалізованих, центральних районних, психіатричних та наркологічних, клінік НДІ), стаціонари 283 диспансерів, 89 пологових будинків з ліжковим фондом близько 400 тис. ліжок різного профілю.

Крім того, до сектора спеціалізованої медичної допомоги входять 12 лікарень швидкої медичної допомоги, 380 спеціалізованих бригад станцій швидкої медичної допомоги.

Міське населення отримує спеціалізовану медичну допомогу вторинного рівня в спеціалізованих відділеннях (кабінетах) територіальних міських поліклінік і лікарень, клініко-діагностичних центрах, пологових будинках, спеціалізованих лікарнях, диспансерах та ін.; сільське – в спеціалізованих відділеннях (кабінетах) поліклінічних відділень та стаціонарах центральних районних і районних лікарень.

Надання високоспеціалізованої медичної допомоги як міським, так і сільським жителям сконцентровано в закладах охорони здоров'я третинного рівня: спеціалізованих центрах, диспансерах загальнодержавного підпорядкування, клініках НДІ Академії медичних наук України та МОЗ України, а також обласних медичних закладах – обласних лікарнях, спеціалізованих лікарнях та диспансерах.

Безпосередньо в умовах АПЗ населення України має змогу отримувати амбулаторну спеціалізовану медичну допомогу більше ніж за 20 профілями – завдяки мережі спеціалізованих відділень (кабінетів), розгорнутих у їх складі.

Слід зазначити, що в умовах амбулаторно-поліклінічної служби досі відсутнє чітке розмежування первинної і спеціалізованої медичної допомоги, зберігається вільний доступ пацієнтів до спеціалізованих медичних послуг. Це призводить до нераціонального використання галузевих ресурсів. Крім того, незважаючи на пріоритетний розвиток сімейної медицини, протягом останніх років зафіксовано збільшення чисельності спеціалізованих відділень (кабінетів) у складі АПЗ.

Такі зміни спостерігаються по більшості профілів, за винятком оториноларингологічних, неврологічних, лікарського контролю, офтальмологічних, відновного лікування, акушерсько-гінекологічних, підліткових відділень і кабінетів, число яких, навпаки зменшилось на 0,1–6,6%. Зокрема, розширено на 2,1–4,7% мережу фтизіатричних, травматологічних відділень для дорослих і дітей, психіатричних, ендокринологічних, урологічних, сурдологічних, онкологічних і кардіологічних. Кількість пульмонологічних відділень (кабінетів) зросла на 7,9%, інфекційних відділень для дітей – на 9,3%, гастроентерологічних – на 10,1%, медико-генетичних консультацій – на 19,8%. Чисельність консультацій “Шлюб та сім'я” збільшилась за цей період на 40,7% (від 54 у 2000 р. до 76 у 2005 р.) (табл. 9.14).

Таблиця 9.14

Динаміка змін мережі амбулаторно-поліклінічних закладів системи МОЗ України, у складі яких функціонують спеціалізовані відділення (кабінети) (2000–2005 рр.)

Назва відділень (кабінетів)	Роки					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Фтизіатричні	576	594	600	601	600	588
Онкологічні	708	715	728	730	732	741
Дерматовенерологічні	867	890	898	913	909	922
Психіатричні	642	635	643	654	659	660
Психотерапевтичні	174	172	180	177	187	185
Наркологічні	568	571	582	579	572	571
Ендокринологічні	984	995	1028	1030	1030	1019
Неврологічні	1507	1507	1520	1490	1490	1495
Ревматологічні	396	401	421	429	429	424
Кардіологічні	878	897	917	922	922	919
Урологічні	816	831	835	841	841	842
Оториноларингологічні	1353	1369	1368	1358	1358	1351
Офтальмологічні	1370	1369	1376	1355	1355	1351
Лікарського контролю	79	81	77	83	83	78
Підліткові	898	893	892	900	900	839
Гастроентерологічні	475	488	506	533	533	523
Пульмонологічні	303	310	308	328	328	327
Відновного лікування	203	199	197	196	196	197
Профілактики	527	523	531	526	526	528
Логопедичні	315	308	312	313	313	311
Медико-генетичні консультації	81	87	94	93	93	97
Консультації “Шлюб та сім’я”	54	69	74	73	73	76
Акушерсько-гінекологічні	1346	1349	1321	1298	1298	1299
Інфекційні для дорослих	908	913	920	917	917	918
Інфекційні для дітей	189	311	322	316	316	316
Гематологічні	191	196	199	199	199	191
Травматологічні (для дорослих і дітей)	1261	1272	1278	1294	1294	1292
Сурдологічні	90	89	92	95	95	94

Лікарняна ланка спеціалізованої медичної допомоги характеризується зменшенням мережі спеціалізованих диспансерів (на 22,9%) і усіх типів лікарень, зокрема, спеціалізованих (на 10,4%), міських (на 6,9%), дитячих міських (на 4,8%), пологових будинків (на 4,3%).

Реорганізація мережі спеціалізованих медичних закладів супроводжується одночасним упорядкуванням їх ліжкового фонду шляхом згортання переважно “непрацюючих” і неефективно “працюючих” ліжок. Упродовж 2000–2005 рр. загальну кількість стаціонарних ліжок було скорочено на 6,1% (26675 ліжок), у т. ч. на 9,1% – ліжок загальноотерапевтичного профілю, на 5,6% (20947) – спеціалізованих ліжок. Найбільш вагомі зміни відбулись у чисельності ліжок дерматовенерологічного профілю, кількість яких зменшилась за цей період на 24,1%, наркологічних (на 14,3%), інфекційних – для дорослих і дітей (11,6%), відновного лікування для дорослих (10,2%), оториноларингологічних (9,9%). Проте зазначені зміни здійснюються з урахуванням динаміки захворюваності та медичних

потреб населення і не обмежують доступності для пацієнтів цих видів спеціалізованої медичної допомоги.

Основну частину ліжкового фонду (86,0%) становлять спеціалізовані і високоспеціалізовані ліжка різного профілю; 14,0% припадає на загальнотерапевтичні ліжка.

У загальній структурі ліжкового фонду галузі найбільшу питому вагу мають терапевтичні (уся група) – 22,7%, хірургічні (уся група) – 16,5%, психіатричні (для дорослих і дітей) – 10,8% та дитячі неінфекційні ліжка – 9,8%. Крім того, по 5,3–6,6% припадає на ліжка гінекологічного профілю, включаючи абортні; пологів, включаючи ліжка для патології вагітних; туберкульозні для дорослих і дітей та неврологічні (табл. 9.15).

Таблиця 9.15

Динаміка змін ліжкового фонду лікарняних закладів системи МОЗ  
за окремими профілями (2000, 2005 рр.)

Кількість ліжок (2000 р.)		Профіль лікарняних ліжок	Кількість ліжок (2005 р.)	
на 10 тис.	абс. число		абс. число	на 10 тис.
20,4	99928	Терапевтичні (уся група)	92580	19,8
14,2	69720	Хірургічні (уся група)	67187	14,8
9,8	48122	Психіатричні для дорослих та дітей	43934	9,4
5,7	27731	Інфекційні для дорослих та дітей	24502	5,2
1,8	8719	Онкологічні	9004	1,9
5,1	24910	Пологові, у т.ч. патології вагітних	23334	5,0
4,7	23199	Гінекологічні, у т.ч. абортні	21507	4,6
5,2	25531	Туберкульозні для дорослих та дітей	25212	5,4
5,4	26603	Неврологічні для дорослих	27038	5,8
1,7	8308	Оториноларингологічні для дорослих	7484	1,6
1,6	7867	Дерматовенерологічні для дорослих	5970	1,3
1,5	7239	Наркологічні	6201	1,3
1,5	7293	Офтальмологічні для дорослих	6747	1,4
0,4	2157	Відновного лікування для дорослих	1937	0,4
0,5	2545	Радіологічні та рентгенологічні	2683	0,6
8,6	42256	Дитячі неінфекційні	40066	8,6
88,5	434139	ВСЬОГО	407464	87,2

Серед лікарів основних спеціальностей (включаючи лікарські кадри в НДІ та закладах підготовки кадрів системи МОЗ України) найчисельнішими є групи лікарів терапевтичного профілю (уся група) – 46725 чол., хірургічного – 27339 чол., стоматологічного – 15234 чол. та педіатричного – 13957 чол. Лікарі цих спеціальностей посідають перші рангові місця і за показниками забезпеченості ними населення: 9,99 чол. на 10 тис. населення становить показник забезпеченості лікарями терапевтичного, 5,85 – хірургічного, 3,30 – стоматологічного, 2,99 – педіатричного профілів.

Станом на 01.01.2006 р. спеціалізовану медичну допомогу населенню надають 12469 акушерів-гінекологів, 9116 загальних хірургів, 7520 анестезіологів, 6818 невропатологів, 4007 психіатрів, 3721 дермато-венерологів, 3477 отоларингологів, 3130 фтизіатрів, 2911 кардіологів, 1878 урологів, 1036 гастроентерологів та інші фахівці. У закладах охорони здоров'я працює також 1857 лікарів з ультразвукової, 1685 – з функціональної діагностики, 1627 фізіотерапевтів, 3768 рентгенологів та 3174 лікарі-лаборанти, які роблять вагомий внесок у вирішення питань діагностики та лікування хворих.

Аналіз динаміки забезпеченості населення лікарями “вузького” фаху протягом 2000–2005 рр. виявляє стабілізацію цих показників стосовно лікарів з функціональної діагностики (0,36 лікаря на 10 тис. населення), онкологів (0,19), ревматологів (0,10), гематологів (0,09), торакальних хірургів, психотерапевтів та імунологів (0,06), проктологів (0,04), дієтологів і генетиків (0,03), сексопатологів (0,02).

Нарівні з цим, спостерігається зростання забезпеченості населення лікарями за окремими профілями: хірургами (уся група) – від 5,38 до 5,85 на 10 тис. населення; анестезіологами – від 1,46 до 1,61; акушерами-гінекологами – від 2,53 до 2,67; невропатологами – від 1,33 до 1,46; лікарями з ультразвукової діагностики – від 0,30 до 0,40; кардіологами – від 0,55 до 0,62; дерматовенерологами – від 0,73 до 0,80; ортопедами-травматологами – від 0,85 до 0,91. Зменшилися проти даних 2000 р. показники забезпеченості населення лікарями з медицини невідкладних станів (від 1,35 до 1,29); інфекціоністами (0,61; 0,59) та фізіотерапевтами (0,36; 0,35).

Таким чином, останніми роками відбувається подальший перерозподіл питомої ваги окремих фахівців у загальній кількості лікарів і відповідні зміни забезпеченості ними населення (табл. 9.16).

Таблиця 9.16

Динаміка змін кадрового забезпечення сектора спеціалізованої медичної допомоги за окремими профілями (2000, 2002–2005 рр.)

Спеціальність лікаря	Кількість лікарів на 10 тис. населення				
	Роки				
	2000	2002	2003	2004	2005
1	2	3	4	5	6
Пульмонолог	0,14	0,14	0,14	0,14	0,15
Кардіолог	0,55	0,58	0,60	0,61	0,62
Ревматолог	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10
Гастроентеролог	0,21	0,22	0,22	0,22	0,22
Ендокринолог	0,32	0,33	0,34	0,35	0,35
Нефролог	0,08	0,09	0,09	0,09	0,09
Алерголог	0,06	0,06	0,06	0,07	0,07
Гематолог	0,09	0,09	0,09	0,08	0,09
Дієтолог	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03
Фізіотерапевт	0,36	0,35	0,35	0,35	0,35
Лікар з ЛФК	0,15	0,15	0,14	0,14	0,13
Лікар з функціональної діагностики	0,36	0,37	0,36	0,36	0,36
Лікар з УЗД	0,30	0,34	0,36	0,37	0,40
Лікар з медицини невідкладних станів	1,35	1,33	1,32	1,30	1,29
Генетик	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03
Імунолог	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06
Інфекціоніст	0,61	0,61	0,60	0,59	0,59
Хірурги (уся група)	5,38	5,55	5,66	5,75	5,85
серцево-судинний	0,05	0,06	0,06	0,07	0,07
торакальний	0,06	0,05	0,06	0,06	0,06
нейрохірург	0,13	0,14	0,14	0,14	0,14
Анестезіолог	1,46	1,51	1,55	1,57	1,61
Ортопед-травматолог	0,85	0,88	0,88	0,89	0,91
Уролог	0,37	0,38	0,39	0,40	0,40

Продовження таблиці 9.16

1	2	3	4	5	6
Ендоскопіст	0,18	0,19	0,19	0,19	0,19
Проктолог	0,04	0,04	0,04	0,04	0,04
Онколог	0,19	0,18	0,18	0,19	0,19
Онколог-гінеколог	0,04	0,05	0,05	0,05	0,05
Акушер-гінеколог	2,53	2,56	2,60	2,63	2,67
Офтальмолог	0,79	0,80	0,80	0,81	0,81
Отоларинголог	0,73	0,74	0,74	0,74	0,74
Фтизіатр	0,65	0,66	0,67	0,67	0,67
Невропатолог	1,33	1,39	1,41	1,44	1,46
Психіатр	0,85	0,85	0,85	0,86	0,86
Психотерапевт	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06
Сексопатолог	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02
Дерматовенеролог	0,73	0,76	0,77	0,79	0,80
Патологоанатом	0,22	0,22	0,23	0,23	0,23

Позитивною динамікою порівняно з попередніми роками характеризується професійна кваліфікація лікарів. Це ілюструє зростання питомої ваги атестованих лікарів у загальній їх кількості, з помітним збільшенням частки спеціалістів з вищою і першою атестаційними категоріями. Зокрема, протягом останніх років середня частка лікарів, що пройшли атестацію і мають кваліфікаційну категорію, збільшилася від 60,8% до 68,0%. Проте діапазон коливань цього показника за окремими профілями залишається досить широким: від 30,5% (санологи) до 83,8% (дитячі нейрохірурги).

Позитивні зміни у професійній підготовці лікарів зумовлені передусім зростанням кількості найбільш кваліфікованих фахівців, що мають вищу (на 39,1%) та першу (на 7,1%) кваліфікаційні категорії.

У 2005 р. найвищі рівні показників питомої ваги атестованих лікарів (72,3–78,6%) зафіксовано серед пульмонологів, онкологів-хірургів, дитячих офтальмологів, кардіологів, отоларингологів, урологів, ортопедів-травматологів, психіатрів, дільничних терапевтів, алергологів, стоматологів-хірургів, хірургів, педіатрів дільничних та ін. Водночас, потребує подальшого підвищення професійна кваліфікація імунологів, психотерапевтів, лікарів-лаборантів, психотерапевтів, токсикологів, санологів, значна частка яких (52,1–69,5%) ще не має атестаційної категорії.

Аналіз динаміки основних показників діяльності закладів охорони здоров'я виявляє тенденцію до збільшення обсягів госпіталізації населення в лікарняні заклади різного типу, включаючи спеціалізовані лікарні. Так, упродовж 2005 р. загальна кількість госпіталізованих хворих зросла на 583,3 тис. порівняно з 2000 р. і становила 10141,3 тис. чоловік. Частка госпіталізованих сільських жителів збільшилася за цей період від 30,4% до 31,8%.

Основні обсяги стаціонарної допомоги (61,6%) сконцентровано на рівні міських і центральних районних лікарень (по 30,8%). Решті пацієнтів лікарняна допомога надається в умовах обласних (6,1%) лікарень, диспансерів різного профілю (5,8%), спеціалізованих лікарень, включаючи психіатричні та наркологічні (5,8%), пологових будинків (4,4%), дитячих міських (3,9%), районних (3,5%), дитячих обласних (3,3%), дільничних (3,0%) лікарень та інших закладів.

Структура хворих, госпіталізованих у лікарняні заклади, як і в попередні роки, характеризується переважанням частки осіб, недужих на хвороби системи кровообігу

(19,0%), ускладнення вагітності, пологів і післяпологового періоду (11,5%), пацієнтів гастроентерологічного (10,0%) та пульмонологічного профілів (9,5%). Більш детально це питання висвітлено в підрозділі 9.5.

Збільшення протягом останніх років загальних обсягів госпіталізації населення супроводжується відповідними змінами обсягів оперативних втручань в умовах лікарень (на 57,5 тис. операцій (2,3%).

Такі зміни зафіксовано при всіх видах оперативних втручань, за винятком акушерських операцій, втручань на шлунку з приводу виразкової хвороби, апендектомії при хронічному апендициті, операцій на мигдаликах та аденоїдах; на передміхуровій залозі, операцій на ендокринній системі, у т.ч. тиреотомії.

Так, у 2005 р. зросла у 2,1 разу проти даних 2000 р. кількість кардіохірургічних операцій, з них операцій на відкритому серці – в 3,2 разу, імплантацій кардіостимулятора – 2,1 разу. Зафіксовано збільшення кількості оперативних втручань на стравоході на 51,0%; судинах – на 41,0%; периферичній нервовій системі – на 33,9%; органах зору – на 26,8%; кістково-м'язовій системі – на 21,8%; нирках та сечоводах – на 21,1%; органах дихання – на 20,0% тощо.

Аналіз структури оперативних втручань свідчить про переважання серед них акушерських операцій (414416), операцій на жіночих статевих органах (374770), шкірі та підшкірній клітковині (372382), органах травлення та черевної порожнини (346238). Вагомими є також обсяги операцій при хворобах кістково-м'язової системи (259172), вуха, горла та носа (226991) і органах зору (158719) (табл. 9.17).

Таблиця 9.17

Динаміка структури оперативних втручань і післяопераційної летальності в лікарняних закладах України (2000, 2003, 2005 рр.)

Показник	Кількість втручань (абс. число)			Післяопераційна летальність (%)		
	Роки					
	2000	2003	2005	2000	2003	2005
1	2	3	4	5	6	7
Всього операцій	2445841	2500136	2503292	0,76	0,64	0,62
в т.ч.: на нервовій системі	17065	18819	20166	15,85	15,63	13,72
на головному мозку	11769	12645	12829	22,03	22,20	20,29
на периферичній нервовій системі	2719	2692	3642	0,74	0,63	0,63
Операції на ендокринній системі,	11188	10074	10953	0,17	0,19	0,17
з них: тиреотомії	10486	9407	9974	0,10	0,14	0,11
Операції на органах зору,	125149	147568	158719	0,01	0,02	0,01
з них: мікрохірургічні	93648	116495	–	0	0,00	0,00
з приводу: глаукоми	16008	18348	18345	0,01	0,02	0,02
енуклеації	1736	1695	1744	0	0,12	0,06
катаракти	49733	65705	77189	0,01	0,02	0,01
Операції на органах вуха, горла, носа,	221091	223281	226991	0,08	0,04	0,04
з них: на мигдаликах і аденоїдах	80382	70219	73721	0,01	0,00	0,00
на вусі,	16844	16896	17072	0,23	0,12	0,09
в т.ч. для поліпшення слуху	2165	1601	–	0	0,00	0,00



Продовження таблиці 9.17

1	2	3	4	5	6	7
Операції на органах дихання,	20963	23193	25149	3,42	3,09	2,91
з них: пульмонектомія	881	806	921	8,63	4,96	5,21
резекція частки легені	1798	1816	1900	2,84	1,49	1,74
резекція сегмента легені	1127	1462	1567	0,27	0,41	0,38
Операції на серці,	2960	4390	6234	3,38	2,30	2,69
з них: на відкритому серці	434	840	1400	10,60	4,88	5,93
імплантації кардіостимулятора	1216	2233	2577	0,66	0,31	0,66
Операції на судинах,	23957	29210	33790	1,38	1,14	1,14
з них: на артеріях	7997	9901	11546	3,43	2,83	2,76
на венах	15235	18488	21369	0,30	0,17	0,22
Операції на органах травлення,	344732	344018	346238	2,67	2,13	2,08
з них: на стравоході	912	1219	1377	5,92	4,10	3,78
на шлунку з приводу виразкової хвороби	21810	14914	14814	3,92	3,51	3,62
апендектомії при хронічному апендициті	1437	1608	1197	0,14	0,06	0,17
холецистектомії при хронічному холециститі	24603	27486	31629	0,69	0,37	0,37
операції на підшлунковій залозі	3545	3908	4667	17,12	11,85	11,85
операції з приводу незащемленої грижі	79486	81368	84533	0,07	0,06	0,07
Операції на нирках і сечоводах	19167	21751	23217	1,59	1,15	1,03
Операції на передміхуровій залозі	18582	17224	17723	1,38	1,02	0,80
Операції на жіночих статевих органах	354076	366702	374770	0,07	0,05	0,05
Акушерські операції	530979	468058	414416	0,01	0,01	0,01
Операції на кістково-м'язовій системі	212728	248688	259172	1,07	0,83	0,75
Операції на молочній залозі	27397	26152	27610	0,10	0,10	0,08
Операції на шкірі та підшкірній клітковині	336667	370885	372382	0,35	0,29	0,26

Наведені дані свідчать про збереження на рівні показників попередніх років доступності для населення основних видів лікарняної хірургічної допомоги. Позитивною тенденцією є подальше зниження рівня післяопераційної летальності в лікарняних закладах України (табл. 9.17).

Пересічно в Україні цей показник знизився від 0,76% у 2000 р. до 0,62% у 2005 р. Така позитивна динаміка спостерігається майже при всіх оперативних втручаннях, виключаючи операції з приводу резекції сегмента легені (0,27% у 2000 р., 0,38% у 2005 р.), енуклеації (0,0% у 2000 р., 0,06% у 2005 р.), апендектомії при хронічному апендициті (0,14% у 2000 р., 0,17% у 2005 р.), тиреотомії (0,10% у 2000 р., 0,11% у 2005 р.). Характеризуються стабілізацією показники післяопераційної летальності при катаракті (0,01%), операціях з приводу імплантації кардіостимулятора (0,66%), незащемленої грижі (0,07%) та акушерських операціях (0,01%). Як і у попередні роки, не зафіксовано випадків післяопераційної летальності при мікрохірургічних операціях на органах зору, мигдаликах та аденоїдах, операціях для поліпшення слуху.

Все більше поширення отримує амбулаторна хірургія. Лише протягом 2005 р. в умовах амбулаторно-поліклінічних закладів було проведено 2540,8 тис. оперативних

втручань (539,4 операції на 10 тис. населення). Понад третину (36,5%) амбулаторних операцій здійснено в амбулаторно-поліклінічних закладах Донецької (230,5 тис. операції), Дніпропетровської (190,3), Харківської (179,8) областей, м. Києва (174,0) та Вінницької (153,7) області. Крім того, у 2005 р. в стоматологічних відділеннях (кабінетах) поліклінічних закладів та самостійних стоматологічних поліклініках було виконано майже 7315 тис. екстракцій зубів та коренів.

Діапазон територіальних показників кількості амбулаторних операцій у розрахунку на 10 тис. населення коливається від 243,8 (Чернівецька) до 897,3 (Вінницька область). Найбільший розвиток амбулаторна хірургія має в Вінницькій області, м. Севастополі та Житомирській області, про що свідчать найвищі показники кількості операцій на 10 тис. населення на цих територіях. Вони на 66,4–42,0% перевищують середній рівень по Україні (відповідно 897,3; 816,0 та 766,1 на 10 тис. населення). Крім того, в ряді областей, зокрема Чернігівській, Тернопільській та Дніпропетровській, показники числа амбулаторних операцій на 10 тис. населення наближено до середньодержавного рівня. Недостатній розвиток отримує така форма надання хірургічної допомоги в Чернівецькій, Львівській, Закарпатській, Миколаївській та деяких інших областях.

Подальший розвиток отримує планова хірургічна допомога, що значною мірою сприяє поліпшенню якості життя хворих, що страждають на хірургічні хвороби, профілактиці ускладнень, попередженню інвалідизації пацієнтів. У 2005 р. в рамках планової хірургії було здійснено 531,5 операції на 10 тис. населення. Серед планових оперативних втручань переважають акушерські операції, операції на жіночих статевих органах, шкірі та підшкірній клітковині, органах травлення та черевної порожнини. Середньоукраїнський показник післяопераційної летальності в разі планових хірургічних втручань становить 0,6%. Найнижчі його рівні – при операціях на органах зору та акушерських операціях (0,01%); максимально високою летальністю супроводжуються планові операції на нервовій системі – 13,7%.

Аналіз діяльності закладів охорони здоров'я за 2000–2005 рр. виявляє тенденцію до подальшої інтенсифікації роботи спеціалізованих ліжок: збільшення показників їх зайнятості, обігу, скорочення термінів перебування хворого на ліжку. Діапазон цих показників варіює у широких межах залежно від профілю ліжок, типу лікарень, територіальних особливостей. Проте привертає увагу помітне зростання за період 2000–2005 рр. середнього числа днів зайнятості ліжок більшості спеціалізованих відділень.

Найбільш інтенсивною є “робота” ліжок радіологічних і рентгенологічних (373,9 дня), неврологічних відділень для дорослих (361,6), туберкульозних для дорослих і дітей (354,8), терапевтичних (347,8), онкологічних відділень для дорослих (345,8), гінекологічних, включаючи абортні (346,3) та офтальмологічних для дорослих (344,7) відділень. Нарівні з цим, певним недовантаженням характеризується робота пологових ліжок (253,5) (включаючи ліжка патології вагітних) та інфекційних ліжок для дорослих і дітей (263,4), хоча її показники зросли проти даних 2000 р. на 17,4 та 18,6 дня. В усіх стаціонарах помітно зменшився пересічний показник перебування хворого на лікарняному ліжку від 14,9 дня у 2000 р. до 13,5 дня у 2005 р. Такими змінами характеризується робота усіх спеціалізованих ліжок, за винятком гінекологічних (включаючи абортні), де, навпаки, спостерігається збільшення тривалості перебування хворого на ліжку від 8,7 до 8,9 дня (табл. 9.18).

Таблиця 9.18

Динаміка показників використання ліжкового фонду лікарняних закладів України (2000–2005 рр.)

Профіль ліжок	Середнє число днів зайнятості ліжок				Середня тривалість перебування хворого на ліжку (в днях)				Летальність (%)			
	2000	2002	2004	2005	2000	2002	2004	2005	2000	2002	2004	2005
Терапевтичні (вся група)	337,5	341,8	348,7	347,8	14,4	13,7	13,2	12,9	1,14	1,04	1,00	1,05
Хірургічні (вся група)	330,4	335,0	335,6	336,4	12,5	12,1	11,8	11,6	1,04	0,93	0,82	0,84
Онкологічні для дорослих	341,2	336,9	345,3	345,8	17,5	16,1	14,5	14,0	1,18	1,4	0,99	0,99
Пологові, включаючи патологію вагітних	236,1	247,8	260,9	253,5	10,6	10,5	9,9	9,5	0,01	0,01	0,0	0,0
Гінекологічні, включаючи абортні	336,0	340,7	345,0	346,3	8,7	8,9	8,9	8,9	0,04	0,04	0,03	0,03
Отоларингологічні для дорослих	335,9	339,1	340,4	339,1	9,4	9,2	9,1	9,0	0,05	0,05	0,04	0,04
Психіатричні для дорослих і дітей	333,3	333,6	339,1	340,0	57,0	53,9	53,1	51,0	1,57	1,22	1,15	1,19
Наркологічні	337,0	336,1	342,8	332,0	23,2	19,3	18,6	17,5	0,53	0,56	0,71	0,76
Дитячі неінфекційні	309,2	312,0	323,2	323,5	12,6	12,2	11,7	11,3	0,34	0,27	0,26	0,26
Неврологічні для дорослих	350,2	353,9	360,7	361,6	14,6	13,8	13,2	12,9	1,51	1,55	1,64	1,69
Офтальмологічні для дорослих	338,9	340,9	339,7	344,7	10,6	9,8	9,2	8,9	0,01	0,01	0,01	0,02
Шкірно-венерологічні для дорослих	317,7	315,8	324,9	324,8	18,6	17,7	17,0	16,6	0,02	0,02	0,02	0,03
Відновного лікування для дорослих	314,2	315,3	332,0	333,5	19,5	17,6	17,6	17,5	0,07	0,04	0,07	0,04
Радіологічні і рентгенологічні	374,6	375,5	377,8	373,9	25,3	24,2	23,4	23,0	0,46	0,36	0,32	0,35
Туберкульозні для дорослих і дітей	342,8	353,6	354,8	354,8	83,4	83,8	83,7	82,4	5,92	5,95	6,89	8,02
Інфекційні для дорослих і дітей	244,8	248,5	258,7	263,4	11,1	10,9	10,5	10,0	0,23	0,22	0,27	0,28
ВСЬОГО	324,0	328,3	334,9	334,9	14,9	14,4	13,9	13,5	1,09	1,05	1,06	1,11

Упродовж 2000–2005 рр. відбулося зростання показника лікарняної летальності від 1,09‰ до 1,11‰. Зокрема, значно збільшився цей показник серед хворих, що перебували на лікуванні в стаціонарах туберкульозного профілю: від 5,92 до 8,02‰; мають місце негативні зміни лікарняної летальності в неврологічних відділеннях для дорослих (від 1,51 до 1,69‰), шкірно-венерологічних (від 0,01 до 0,03‰), наркологічних (від 0,53 до 0,76‰), офтальмологічних (від 0,01 до 0,02‰) та деяких інших. Нарівні з цим, спостерігається позитивна динаміка рівня лікарняної летальності в терапевтичних відділеннях (вся група), хірургічних (вся група) онкологічних, пологових, включаючи ліжка для патології вагітних, гінекологічних, включаючи абортні ліжка, психіатричних, дитячих інфекційних та ін.

Висновок. З аналізу сучасного стану проблем і перспектив розвитку спеціалізованої медичної допомоги можна зробити висновок про формування тенденції щодо інтенсифікації діяльності спеціалізованих медичних закладів.

Подальше удосконалення спеціалізованої медичної допомоги потребує структурної розбудови усєї системи медичної допомоги, чіткого розмежування завдань, функцій та обсягів медичного обслуговування між закладами первинного, вторинного і третинного рівнів, з урахуванням реорганізації первинної ланки на засадах сімейної медицини, оптимізації інфраструктури та ресурсного забезпечення спеціалізованого сектора, удосконалення механізмів управління якістю спеціалізованої медичної допомоги на різних рівнях, запровадження засад “керованої” спеціалізованої медичної допомоги.

## **9.6. Загальна характеристика сучасного стану ургентної хірургічної допомоги**

Ургентна хірургічна допомога надається населенню в разі гострих хірургічних захворювань (гострої непрохідності кишок, гострого апендициту, ускладнених форм виразкової хвороби шлунку і 12-палої кишки, гострого холециститу, панкреатиту та інших захворювань, а також травм).

Надання ургентної хірургічної допомоги дорослому населенню забезпечується хірургічними стаціонарами ЛПЗ різного типу: обласних, міських, ЦРЛ, лікарень швидкої медичної допомоги, клінік НДІ тощо. Порівняно з 2000 р. ліжковий фонд хірургічних стаціонарів не зазнав істотних змін і становить 67187 ліжок (14,4 на 10 тис.).

Кадри хірургів (уся група) налічують 27339 лікарів (5,9 на 10 тис. нас.). Чисельність загальних хірургів порівняно з 2000 р. дещо збільшилася (на 1,3%) і становить 9116 чол. (1,95 на 10 тис. нас.). Протягом останніх років відбулося зростання кількості атестованих загальних хірургів: від 69,0% до 75,6%. Серед них вищу категорію мають 41,7% лікарів, першу – 36,0%, другу – 22,3%.

Упродовж 2005 р. за ургентними показаннями в лікарняні стаціонари України було доставлено 241171 чоловік (на 7,9% менше, ніж у 2000 р.). Тенденція щодо зменшення обсягів екстреної госпіталізації має місце при всіх хірургічних станах, за винятком гострого панкреатиту. Так, при проривній виразці шлунку і 12-палої кишки вони зменшились на 21,2%; защемлений грижі – на 14,7%; гострій непрохідності кишок – на 14,4%; шлунково-кишковій кровотечі – на 13,9%; травмах внутрішніх органів грудної, черевної порожнини і тазу – на 11,0%; гострому апендициті – на 10,6%; позаматковій вагітності – на 6,6%; гострого

холецистити – на 5,1%. Нарівні з цим, на 21,5% проти даних 2000 р. збільшилася кількість осіб, доставлених у лікарні з приводу гострого панкреатиту (табл. 9.19).

У структурі пацієнтів, госпіталізованих за хірургічними показаннями, перші рангові місця, як і у 2000 р., посідають хворі на гострий апендицит (41,0%), гострий панкреатит (13,1%) і гострий холецистит (12,2%) (рис. 9.9).

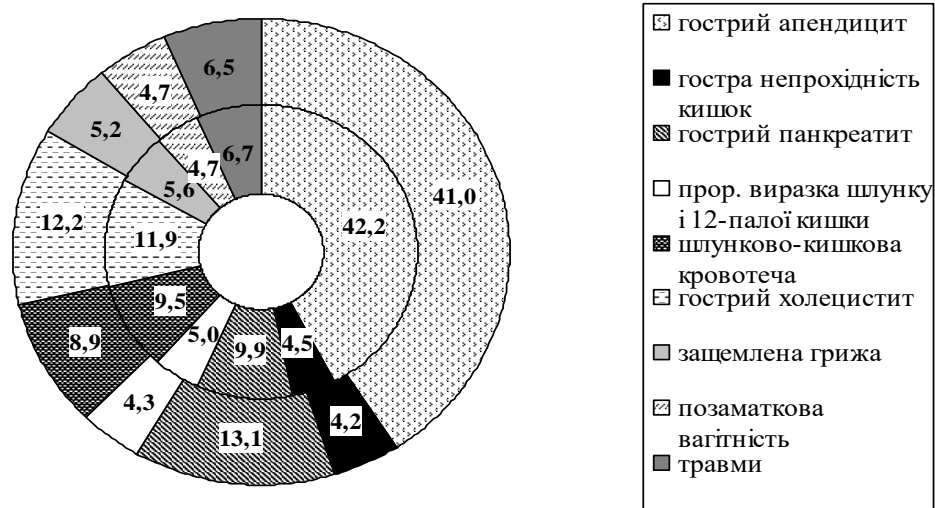


Рис. 9.9. Структура хворих, доставлених в лікарняні стаціонари за ургентними хірургічними показаннями, в розрізі окремих нозологічних форм (2000, 2005 рр.)

Протягом останніх п'яти років відбулося зниження рівня екстреної госпіталізації населення – від 53,1 до 51,2 чол. на 10 тис. населення. Така динаміка має місце при всіх хірургічних хворобах, за винятком гострого панкреатиту (5,3 – 2000 р.; 6,7 чол. на 10 тис. населення – 2005 р.). Найвищий рівень екстреної госпіталізації, як і в попередні роки, спостерігається при гострому апендициті (21,0 чол. на 10 тис. населення), проте він нижчий, ніж у 2000 р. (22,4). При решті хвороб цей показник коливається від 2,1 (гостра непрохідність кишок) до 9,2 чол. на 10 тис населення (позаматкова вагітність). Водночас зафіксовано певну стабілізацію його рівня у хворих на гострий холецистит – 6,3 чол. на 10 тис. населення.

Виявлено певні територіальні особливості рівня екстреної госпіталізації населення. Зокрема, окремі адміністративні території посідають перші рангові місця за цим показником при багатьох гострих хірургічних хворобах. Наприклад, м. Севастополь очолює таблицю рангового розподілу за рівнем ургентної госпіталізації хворих на позаматкову вагітність (12,1), гострий холецистит (11,1), шлунково-кишкову кровотечу (7,1) та гостру непрохідність кишок (5,1 чол. на 10 тис. населення). Донецька область посідає друге рангове місце за показниками госпіталізації хворих на защемлену грижу (4,0), гострий холецистит (10,1), гостру непрохідність кишок (3,5 на 10 тис. населення); м. Київ – перше місце за рівнем госпіталізації хворих на гострий апендицит (31,9 на 10 тис. населення).

Ранговий розподіл адміністративних територій України за рівнем госпіталізації з приводу основних ургентних станів представлено в табл. 9.20, 9.21.

Таблиця 9.19

Динаміка основних показників ургентної хірургічної допомоги в Україні (2000, 2005 рр.)

Показник	Роки	Нозологічні форми								
		Непрохідність кишок	Гострий апендицит	Проривна виразка шлунка і 12-палої кишки	Шлунково-кишкова кровотеча	Защемлена грижа	Гострий холецистит	Гострий панкреатит	Позаматкова вагітність	Травми внутрішніх органів, грудної і черевної порожнини і тазу
Кількість доставлених у стаціонар хворих (абс.ч.)	2000	11725	110553	13063	24904	14588	31159	25981	12204	17555
	2005	10040	98837	10298	21439	12444	29540	31555	11401	15617
Кількість доставлених хворих на 10 тис. населення	2000	2,4	22,4	2,6	5,0	2,9	6,3	5,3	9,6	3,5
	2005	2,1	21,0	2,2	4,6	2,6	6,3	6,7	9,2	3,3
Кількість хворих, доставлених пізніше 24 годин	2000	4420	13063	24904	14588	31159	25981	12204	17555	н/д
	2005	3530	20828	1211	8053	2688	13661	12366	2209	2562
% хворих, доставлених пізніше 24 годин	2000	34,7	22,1	11,1	39,8	20,8	43,6	38,2	20,1	13,6
	2005	35,2	21,1	11,8	37,6	21,6	46,3	39,2	19,4	16,4
Кількість ургентних операцій (абс.ч.)	2000	8369	110118	12967	4451	14193	15526	2737	12201	12832
	2005	6582	98538	10199	2725	12170	16933	3478	11364	11501
Кількість ургентних операцій на 10 тис. населення	2000	1,7	22,3	2,6	0,9	2,9	3,1	0,6	9,6	2,6
	2005	1,4	20,9	2,2	0,6	2,6	3,6	0,7	9,2	2,4
Кількість померлих після операції (абс.ч.)	2000	667	91	445	382	351	282	545	1	1062
	2005	254	36	308	187	145	159	510	0	685
Післяопераційна летальність	2000	8,0	0,1	3,4	8,6	2,5	1,8	19,9	0	8,3
	2005	3,9	0,04	3,0	6,9	1,2	0,9	14,7	0	6,0
Післяопераційна летальність при пізній госпіталізації	2000	14,5	0,2	16,0	11,3	7,5	2,5	22,2	0	12,6
	2005	6,7	0,1	14,3	8,4	3,6	1,2	19,7	0	6,6
Частка ургентних операцій у загальній кількості операцій (%)	2000	0,3	4,5	0,5	0,2	0,6	0,6	0,1	0,5	0,5
	2005	0,3	4,0	0,4	0,1	0,5	0,7	0,1	0,5	0,5

Таблиця 9.20

Ранговий розподіл адміністративних територій України за показниками кількості хворих, доставлених у лікарняні стаціонари для надання ургентної хірургічної допомоги у 2005 р. (на 10 тис. населення)

Гостра непрохідність кишок			Гострий апендицит			Проривна виразка шлунка та 12-палої кишки			Шлунково-кишкова кровотеча		
Рангові місця	Найменування адміністративних територій	Госпіталіз. хворих у стаціонар на 10 тис. нас.	Рангові місця	Найменування адміністративних територій	Госпіталіз. хворих у стаціонар на 10 тис. нас.	Рангові місця	Найменування адміністративних територій	Госпіталіз. хворих у стаціонар на 10 тис. нас.	Рангові місця	Найменування адміністративних територій	Госпіталіз. хворих у стаціонар на 10 тис. нас.
1.	м. Севастополь	5,1	1.	м. Київ	31,9	1.	Херсонська	3,0	1.	м. Севастополь	7,1
2.	Донецька	3,5	2.	Волинська	28,7	2.	АР Крим	2,9	2.	Дніпропетровська	6,3
3.	Миколаївська	3,1	3.	Черкаська	25,2	3.	Запорізька	2,7	3.	Донецька	6,2
4.	Херсонська	2,8	4.	Київська	25,1	4.	Кіровоградська	2,7	4.	Чернігівська	6,2
5.	АР Крим	2,7	5.	Рівненська	24,1	5.	м. Севастополь	2,6	5.	АР Крим	5,8
6.	Кіровоградська	2,7	6.	Сумська	23,2	6.	Полтавська	2,5	6.	Кіровоградська	5,4
7.	Харківська	2,6	7.	Полтавська	22,5	7.	Дніпропетровська	2,5	7.	м. Київ	5,4
8.	Сумська	2,4	8.	Харківська	21,6	8.	Миколаївська	2,5	8.	Сумська	5,4
9.	Вінницька	2,3	9.	Кіровоградська	21,4	9.	Одеська	2,5	9.	Полтавська	5,2
10.	Чернігівська	2,3	10.	АР Крим	21,1	10.	Київська	2,4	10.	Вінницька	5,1
11.	Львівська	2,1	11.	Херсонська	21,0	11.	Донецька	2,3	11.	Хмельницька	4,9
12.	Чернівецька	2,0	12.	Житомирська	20,9	12.	Черкаська	2,2	12.	Одеська	4,5
13.	Одеська	2,0	13.	Хмельницька	20,8	13.	Сумська	2,2	13.	Черкаська	4,2
14.	Запорізька	2,0	14.	Дніпропетровська	20,4	14.	Хмельницька	2,2	14.	Волинська	4,2
15.	Полтавська	1,9	15.	Миколаївська	20,3	15.	м. Київ	2,2	15.	Львівська	4,1
16.	Дніпропетровська	1,8	16.	Чернігівська	20,1	16.	Луганська	2,2	16.	Миколаївська	4,0
17.	Хмельницька	1,8	17.	Донецька	20,0	17.	Чернігівська	2,0	17.	Запорізька	3,7
18.	Тернопільська	1,7	18.	Івано-Франківська	19,9	18.	Харківська	2,0	18.	Київська	3,7
19.	Київська	1,7	19.	Одеська	19,7	19.	Івано-Франківська	1,9	19.	Рівненська	3,7
20.	Черкаська	1,6	20.	Тернопільська	19,4	20.	Волинська	1,8	20.	Житомирська	3,5
21.	Закарпатська	1,6	21.	Вінницька	19,4	21.	Рівненська	1,7	21.	Тернопільська	3,1
22.	Рівненська	1,6	22.	Запорізька	18,8	22.	Вінницька	1,7	22.	Закарпатська	3,1
23.	м. Київ	1,6	23.	Чернівецька	18,4	23.	Житомирська	1,7	23.	Харківська	3,1
24.	Житомирська	1,4	24.	Львівська	18,3	24.	Чернівецька	1,6	24.	Луганська	3,0
25.	Луганська	1,1	25.	м. Севастополь	17,4	25.	Закарпатська	1,6	25.	Чернівецька	3,0
26.	Івано-Франківська	1,1	26.	Закарпатська	14,0	26.	Тернопільська	1,6	26.	Івано-Франківська	2,8
27.	Волинська	1,0	27.	Луганська	13,1	27.	Львівська	1,5	27.	Херсонська	2,5
	<b>Україна</b>	2,1		<b>Україна</b>	21,0		<b>Україна</b>	2,2		<b>Україна</b>	4,6

Таблиця 9.21

Ранговий розподіл адміністративних територій України за показниками кількості хворих, доставлених у лікарняні стаціонари для надання ургентної хірургічної допомоги у 2005 рік (на 10 тис. населення)

Защемлена грижа			Гострий холецистит			Гострий панкреатит			Травми внутрішніх органів, грудної, черевної порожнини і тазу		
Рангові місця	Найменування адміністративних територій	Госпіталіз. хворих у стаціонар на 10 тис. нас.	Рангові місця	Найменування адміністративних територій	Госпіталіз. хворих у стаціонар на 10 тис. нас.	Рангові місця	Найменування адміністративних територій	Госпіталіз. хворих у стаціонар на 10 тис. нас.	Рангові місця	Найменування адміністративних територій	Госпіталіз. хворих у стаціонар на 10 тис. нас.
1.	Харківська	4,1	1.	м. Севастополь	11,1	1.	Миколаївська	11,8	1.	Дніпропетровська	5,0
2.	Донецька	4,0	2.	Донецька	10,1	2.	м. Севастополь	11,1	2.	м. Севастополь	4,9
3.	м. Севастополь	3,7	3.	Херсонська	9,5	3.	Донецька	10,5	3.	Миколаївська	4,7
4.	Одеська	3,6	4.	АР Крим	9,1	4.	Запорізька	9,7	4.	Вінницька	4,2
5.	Запорізька	3,4	5.	Миколаївська	8,9	5.	Чернігівська	9,2	5.	Івано-Франківська	4,0
6.	Миколаївська	3,2	6.	Чернівецька	8,7	6.	м. Київ	8,8	6.	Донецька	3,9
7.	АР Крим	3,2	7.	Харківська	8,1	7.	Харківська	8,4	7.	м. Київ	3,9
8.	м. Київ	3,1	8.	Одеська	7,6	8.	Одеська	7,9	8.	Кіровоградська	3,7
9.	Херсонська	2,9	9.	м. Київ	7,3	9.	Дніпропетровська	6,8	9.	Житомирська	3,6
10.	Київська	2,8	10.	Запорізька	7,1	10.	АР Крим	6,6	10.	Одеська	3,3
11.	Кіровоградська	2,8	11.	Вінницька	6,8	11.	Волинська	6,6	11.	Волинська	3,0
12.	Львівська	2,6	12.	Кіровоградська	6,6	12.	Сумська	6,1	12.	Черкаська	3,0
13.	Чернівецька	2,6	13.	Чернігівська	6,4	13.	Херсонська	5,9	13.	Тернопільська	3,0
14.	Волинська	2,6	14.	Львівська	5,5	14.	Кіровоградська	5,8	14.	Запорізька	2,9
15.	Дніпропетровська	2,5	15.	Дніпропетровська	5,5	15.	Вінницька	5,5	15.	Чернігівська	2,9
16.	Полтавська	2,4	16.	Полтавська	4,8	16.	Львівська	5,4	16.	Львівська	2,9
17.	Чернігівська	2,3	17.	Рівненська	4,8	17.	Івано-Франківська	5,2	17.	Сумська	2,9
18.	Вінницька	2,3	18.	Волинська	4,7	18.	Закарпатська	4,9	18.	Луганська	2,9
19.	Тернопільська	2,1	19.	Тернопільська	4,5	19.	Тернопільська	4,8	19.	Київська	2,9
20.	Сумська	1,8	20.	Івано-Франківська	4,5	20.	Чернівецька	4,7	20.	Хмельницька	2,9
21.	Хмельницька	1,8	21.	Черкаська	4,2	21.	Хмельницька	4,7	21.	Закарпатська	2,8
22.	Івано-Франківська	1,8	22.	Київська	4,2	22.	Полтавська	4,6	22.	Рівненська	2,7
23.	Житомирська	1,7	23.	Закарпатська	3,8	23.	Рівненська	4,3	23.	Херсонська	2,7
24.	Рівненська	1,7	24.	Хмельницька	3,6	24.	Житомирська	4,0	24.	АР Крим	2,5
25.	Черкаська	1,2	25.	Житомирська	3,4	25.	Черкаська	3,7	25.	Полтавська	2,3
26.	Закарпатська	1,0	26.	Сумська	3,1	26.	Київська	3,7	26.	Чернівецька	2,3
27.	Луганська	0,5	27.	Луганська	1,3	27.	Луганська	2,8	27.	Харківська	2,1
	<b>Україна</b>	<b>2,6</b>		<b>Україна</b>	<b>6,3</b>		<b>Україна</b>	<b>6,7</b>		<b>Україна</b>	<b>3,3</b>



Привертає увагу несвоєчасна госпіталізація частини ургентних хворих у хірургічні стаціонари, Зокрема, більше чверті (27,8%) пацієнтів нині доставляється в стаціонари пізніше 24 годин від моменту захворювання. У 2005 р. при багатьох хірургічних станах мають місце збереження і навіть збільшення порівняно з 2000 р. обсягів пізньої госпіталізації хворих. Так, зафіксовано зростання питомої ваги хворих, госпіталізованих пізніше 24 год., при травмах внутрішніх органів грудної, черевної порожнини і тазу (від 13,6 до 16,4%); гострому холециститі (від 43,6 до 46,3%); гострому панкреатиті (від 38,2 до 39,2%); защемленій грижі (від 20,8 до 21,6%). Водночас, знизилася порівняно з 2000 р. (від 39,8% до 37,6%) частка пізньої госпіталізації хворих на шлунково-кишкову кровотечу, проте вона ще залишається досить високою. Загалом сьогодні в Україні пізніше 24 годин від моменту захворювання госпіталізується кожен восьмий хворий на проривну виразку шлунка та 12-палої кишки, кожен п'ятий – на защемлену грижу, гострий апендицит і позаматкову вагітність, третій-другий – на шлунково-кишкову кровотечу, гостру непрохідність кишок, гострий панкреатит, гострий холецистит.

В окремих областях і містах рівень пізньої госпіталізації хірургічних хворих викликає особливу тривогу. Так, у Донецькій області й м. Києві зареєстровано найвищі показники пізньої госпіталізації пацієнтів з приводу проривної виразки шлунка та 12-палої кишки (17,0% та 16,2%); у Чернівецькій і Одеській областях – хворих на гостру непрохідність кишок (50,3%; 48,7%); Чернігівській, Вінницькій і Миколаївській областях. – защемлену грижу (32,2%; 30,8%; 30,1%). Водночас у Львівській, Чернігівській і Вінницькій областях мають місце найвищі рівні пізньої госпіталізації хворих із травмами внутрішніх органів грудної, черевної порожнини і тазу (відповідно 27,2%, 27,1% та 25,8%); Чернівецькій, Вінницькій і Херсонській – гострим холециститом (64,0%; 57,3%; 56,0%).

Протягом 2005 р. в лікарняних стаціонарах було здійснено 173550 ургентних операцій (на 10,3% менше, ніж у 2000 р.). У розрахунку на 10 тис населення їх кількість становить 36,9 операції. Зменшення кількості операцій відбувається при всіх ургентних хірургічних станах, виключаючи гострий холецистит і гострий панкреатит. Зокрема, у хворих на шлунково-кишкову кровотечу їх кількість зменшилась на 38,8%; непрохідність кишок – на 21,4%; проривну виразку шлунка та 12-палої кишки – на 21,3%, проте при гострому панкреатиті хірургічна активність, навпаки, збільшилась на 27,1%.

У структурі ургентних оперативних втручань найбільшу питому вагу, як і у попередні роки, мають операції з приводу гострого апендициту (56,8%); друге і третє рангові місця посідають операції у хворих на гострий холецистит (9,8%) і защемлену грижу (7,0%).

Упродовж 2000–2005 рр. спостерігається подальша позитивна динаміка показників післяопераційної летальності – від 2,0% до 1,3%. Такі зміни мають місце при всіх ургентних операціях. Зокрема, післяопераційна летальність знизилася вдвічі при операціях з приводу защемленої грижі (від 2,5% до 1,2%) та гострого холециститу (1,8%; 0,9%); в 1,4 разу – у хворих на гострий панкреатит (19,9%; 14,7%) і травми внутрішніх органів грудної, черевної порожнини і тазу (8,3%; 6,0%); в 1,2 разу – у хворих на шлунково-кишкову кровотечу (8,6%; 6,9%) тощо. Зазначених змін досягнуто завдяки підвищенню рівня організації ургентної хірургічної допомоги шляхом поліпшення професійної кваліфікації лікарів, запровадження новітніх медичних технологій тощо.

Найвищі рівні післяопераційної летальності зберігаються при оперативних втручаннях з приводу гострого панкреатиту (14,7%), шлунково-кишкової кровотечі (6,9%) та травм внутрішніх органів грудної, черевної порожнини і тазу (6,0%), проте порівняно з 2000 р. вони також знизилися. Особливо високі показники післяопераційної летальності при гострому панкреатиті мають місце в Київській (25,0%) і Волинській (23,5%) областях, шлунково-кишкової кровотечі – Київській (15,5%), Донецькій (14,5%) областях і м. Києві (13,9%); травматичних ураженнях органів грудної, черевної порожнини і тазу – в Чернігівській, Чернівецькій та Херсонській областях (10,5%; 9,7% та 9,5%).

Відчутно впливає на рівень післяопераційної летальності несвоєчасна госпіталізація хірургічних хворих. Зокрема, її середній рівень в Україні (1,3%) у випадках пізньої госпіталізації збільшується вдвічі – до 2,6%. Так, у хворих на проривну виразку шлунка та 12-палої кишки і защемлену грижу рівні післяопераційної летальності в разі госпіталізації хворих пізніше 24 годин від моменту захворювання зростають відповідно у 4,7 та 3,0 рази.

Наприклад, у Житомирській області показник післяопераційної летальності серед хворих з проривною виразкою шлунка і дванадцятипалої кишки становить 4,0%, але серед несвоєчасно госпіталізованих хворих він збільшується у 7,5 разу до максимального в Україні рівня (30,4%). В Сумській області несвоєчасна госпіталізація цієї категорії хворих призводить до збільшення післяопераційної летальності від 1,1 до 25,0%. Найвищий в Україні рівень післяопераційної летальності при пізній госпіталізації хворих на защемлену грижу зареєстровано в Закарпатській області – 23,1%, проте у своєчасно госпіталізованих хворих цей показник у 5,3 разу нижчий і становить 4,4%. За даними кореляційного аналізу, найбільш тісний зв'язок простежується при защемленій грижі ( $r_{xy}=0,9$ ) та гострій непрохідності кишок ( $r_{xy}=0,7$ ). Зважаючи на вплив фактору часу на якість ургентної допомоги, перебіг післяопераційного періоду, у т.ч. рівень післяопераційної летальності, надзвичайно важливим завданням є забезпечення своєчасної госпіталізації хірургічних хворих у лікарняні стаціонари.

Протягом останніх п'яти років у деяких областях, зокрема, Вінницькій, Кіровоградській, Луганській, Львівській та Миколаївській, зафіксовано зниження показників післяопераційної летальності при усіх гострих хірургічних хворобах. У ряді областей досягнуто зниження її рівнів, порівняно з середньоукраїнськими, при багатьох хворобах. Наприклад, в Івано-Франківській, Львівській, Запорізькій, Тернопільській, Житомирській, Кіровоградській і Черкаській областях показники післяопераційної летальності при гострій непрохідності кишок на 36,7–69,4% нижчі від середнього в Україні. Нарівні з цим, у Вінницькій, Волинській, Запорізькій, Кіровоградській, Луганській, Рівненській, Сумській, Тернопільській та Хмельницькій областях у 2005 р. не зафіксовано випадків післяопераційної летальності при гострому апендициті як своєчасно, так і пізно госпіталізованих хворих. Така ж ситуація в разі оперативних втручань при защемленій грижі має місце у Кіровоградській області та м. Севастополі. Відсутні випадки післяопераційної летальності у хворих на гостру непрохідність кишок, у т.ч. госпіталізованих пізніше 24 годин від моменту захворювання, у Луганській області (табл. 9.22). Слід також зазначити, що протягом 2005 р. в Україні не було зареєстровано випадків післяопераційної летальності, включаючи й пізню госпіталізацію, у жінок, хворих на позаматкову вагітність.

Таблиця 9.22

Порівняльні дані регіональних показників післяопераційної летальності в разі своєчасної та пізньої госпіталізації хворих на проривну виразку шлунка, гострий апендицит, защемлену грижу та гостру непрохідність кишок у 2005 р.

Найменування адміністративних територій	Прорив. виразка шлунка та 12-палої кишки післяопераційна летальність		Гострий апендицит післяопераційна летальність		Защемлена грижа післяопераційна летальність		Гостра непрохідність кишок післяопераційна летальність	
	своєчасна госпіталізація	пізня госпіталізація	своєчасна госпіталізація	пізня госпіталізація	своєчасна госпіталізація	пізня госпіталізація	своєчасна госпіталізація	пізня госпіталізація
АР Крим	4,4	17,7	0,1	0,2	1,5	4,8	6,7	9,2
Вінницька	4,9	17,7	0,0	0,0	0,5	1,8	3,5	2,8
Волинська	1,1	7,1	0,0	0,0	1,1	4,4	5,9	19,4
Дніпропетровська	2,8	11,7	0,04	0,1	1,1	1,7	4,3	8,6
Донецька	5,0	16,9	0,1	0,2	1,2	3,5	6,7	9,4
Житомирська	4,0	30,4	0,04*	0,3	1,3	4,2	1,4	3,5
Закарпатська	2,0	16,7	0,1	0,0	4,4	23,1	3,3	9,7
Запорізька	4,5	16,4	0,0	0,0	0,7	3,0	2,2	2,3
Івано-Франківська	3,1	18,5	0,1	0,3	1,2	4,2	2,4	8,0
Київська	3,6	24,1	0,02*	0,2	1,2	5,9	2,8	10,2
Кіровоградська	1,7	12,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	2,3
Луганська	1,2	0,0	0,0	0,0	3,7	16,7	0,0	0,0
Львівська	2,7	13,0	0,1	0,2	0,9	2,2	2,4	3,0
Миколаївська	3,0	19,1	0,1	0,3	1,8	6,4	2,9	3,8
Одеська	2,5	10,2	0,1	0,1	1,6	5,3	3,9	5,9
Полтавська	3,3	22,0	0,03*	0,2	2,5	8,1	3,5	7,4
Рівненська	1,5	11,1	0,0	0,0	1,0	4,8	7,6	18,5
Сумська	1,1	25,0	0,0	0,0	1,3	8,7	4,6	7,7
Тернопільська	1,1	7,7	0,0	0,0	0,5	2,7	1,5	2,8
Харківська	2,0	9,7	0,02*	0,1	1,0	2,0	4,7	6,6
Херсонська	2,1	7,7	0,04	0,1	0,6	0,0	4,9	4,7
Хмельницька	2,6	16,0	0,0	0,0	2,8	5,4	2,9	5,7
Черкаська	0,7	5,6	0,03*	0,3	2,7	20,0	1,2	4,8
Чернівецька	2,8	11,1	0,3	0,7	0,9	2,0	3,8	4,7
Чернігівська	4,2	6,5	0,04*	0,0	1,9	4,8	2,1	5,5
м. Київ	4,4	14,4	0,01*	0,0	0,4	1,0	4,0	7,3
м. Севастополь	0,0	0,0	0,2	1,0	0,0	0,0	2,7	0,0
<b>Україна</b>	<b>3,0</b>	<b>14,3</b>	<b>0,0</b>	<b>0,1</b>	<b>1,2</b>	<b>3,6</b>	<b>3,9</b>	<b>6,7</b>

\*Показники подано у такій редакції, оскільки зменшення їх розрядності до одного знака після коми призводить до появи нульових значень

Висновки. Організація ургентної хірургічної допомоги характеризується певними позитивними зрушеннями. Про це свідчать зниження середньоукраїнського рівня госпіталізації населення, у т.ч. пізньої, при більшості гострих хірургічних хвороб; позитивна динаміка показника післяопераційної летальності, відсутність в окремих областях випадків смерті хворих після деяких ургентних оперативних втручань.

Підвищенню якості та ефективності ургентної хірургічної служби сприятиме удосконалення організації швидкої медичної допомоги, забезпечення своєчасної госпіталізації хірургічних хворих у лікарняні заклади, поліпшення ресурсного забезпечення хірургічних стаціонарів, активне запровадження в їхню діяльність стандартів надання медичної допомоги, органозберігальної тактики лікування хворих на основі сучасних малоінвазивних методів діагностики й лікування тощо.

Реальним резервом подальшого удосконалення ургентної хірургічної допомоги залишається раціоналізація діяльності закладів охорони здоров'я первинного рівня, включаючи поліпшення санітарно-освітньої роботи серед населення, підвищення якості диспансерного нагляду за амбулаторними хворими хірургічного профілю, більш активне застосування їх планового оперативного, а також санаторно-курортного лікування.

### **9.7. Основні тенденції діяльності діагностичної служби**

Важливу роль у медичному обслуговуванні населення України грає діагностична служба. Зокрема, завдяки функціонуванню в поліклініках, стаціонарах та інших ЛПЗ діагностичних відділень і кабінетів різного профілю створюються можливості для підвищення якості та ефективності медичної допомоги населенню шляхом здійснення донозологічної діагностики, своєчасного виявлення захворювань, оптимізації та контролю ефективності лікувально-діагностичного процесу.

Розв'язання сучасних завдань щодо підвищення якості медичної допомоги населенню України, запровадження європейських стандартів забезпечення права громадян на медичну допомогу, окреслених Указом Президента України від 06.12.05 р. №1694/2005 “Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення” та проектом Національного плану розвитку системи охорони здоров'я України на 2006–2011 роки, потребує удосконалення мережі і ресурсного забезпечення, раціоналізації діяльності діагностичних служб закладів охорони здоров'я з використанням прогресивних форм організації праці та ефективних медичних технологій і методів діагностики, що базуються на засадах доказової медицини.

Станом на 01.01.06 р. діагностична служба включає 5680 клініко-діагностичних, бактеріологічних, біохімічних, цитологічних, імунологічних і генетичних лабораторій, 1368 відділень і кабінетів ультразвукової діагностики, 3912 – електрокардіографії і функціональної діагностики, 1040 – ендоскопічних, 2361 – рентгенологічних та ін. (табл. 9.23).

Упродовж 2000–2005 рр. відбулися зміни в мережі, ресурсному забезпеченні та обсягах діяльності діагностичних відділень і кабінетів. Зокрема, має місце збільшення їх чисельності (за винятком лабораторій і рентгенологічних відділень), з найбільшим приростом числа відділень ультразвукової (9,4%) та функціональної (8,6%) діагностики.

## Мережа і кадровий потенціал діагностичних відділень/кабінетів ЛПЗ України

Відділення (кабінети)	Роки	Всього відділень /кабінетів	Кількість лікарів діагностичних відділень/кабінетів							
			всього (абс.ч.)	на 10 тис. нас.	з них мають кваліфікаційну категорію		в тому числі (абс.ч.)			не атес- товано (%)
					абс.ч	%	вищу	I	II	
Ендоскопічні	2000	1024	902	0,18	547	60,6	140	215	192	39,4
	2005	1040	902	0,19	638	70,7	241	244	153	29,3
Функціональної діагностики	2000	3602	1774	0,36	1008	56,8	236	428	344	43,2
	2005	3912	1685	0,36	1105	65,6	398	448	259	34,4
Ультразвукової діагностики	2000	1251	1480	0,30	830	56,1	113	312	405	43,9
	2005	1368	1857	0,40	1248	67,2	359	521	368	32,8
Лабораторії	2000	5765	3635	0,74	1929	53,1	508	817	604	46,9
	2005	5680	3174	0,68	1837	57,9	738	740	359	42,1
Рентгенологічні	2000	2481	3956	0,81	2446	61,8	708	1052	686	61,8
	2005	2361	3768	0,81	2533	67,2	956	999	578	32,8

Водночас, з урахуванням медичних потреб населення скорочено чисельність лікарів діагностичної служби, виключаючи ендоскопічні відділення та відділення ультразвукової діагностики.

Кадровий потенціал діагностичних відділень нині представлений 1685 лікарями з функціональної, 1857 лікарями з ультразвукової діагностики, 3174 лікарями-лаборантами, 3768 рентгенологами, 902 ендоскопістами і деякими іншими спеціалістами. Зміни у рівнях забезпеченості ними населення характеризуються стабілізацією цих показників стосовно лікарів з функціональної діагностики (0,36 на 10 тис. населення) та рентгенологів (0,81), а також зростанням забезпеченості лікарями ультразвукової діагностики (на 33,3%) та ендоскопістами (на 5,6%). Нарівні з цим зареєстровано зменшення показника забезпеченості населення лікарями-лаборантами: від 0,74 (2000 р.) до 0,68 чол. на 10 тис. населення у 2005 р.

Помітно зріс рівень професійної підготовки лікарів діагностичних відділень/кабінетів, що сприяє поліпшенню якості діагностичної допомоги населенню. Зокрема, має місце збільшення серед них частки атестованих лікарів. Вона коливається від 57,9% серед лікарів-лаборантів до 70,7% у загальній кількості лікарів-ендоскопістів. Найбільша частка фахівців з вищою категорією зафіксована серед лікарів-лаборантів – 40,2%; найнижча – 19,5% – серед лікарів з ультразвукової діагностики. Проте близько третини лікарів діагностичних служб ще залишається неатестованими, що висуває певні вимоги до їх професійної кваліфікації. Найбільш високою є питома вага неатестованих лікарів-лаборантів – 40,2%, проте порівняно з 2000 р. вона дещо зменшилася.

Останніми роками простежується тенденція до збільшення обсягів діяльності усіх діагностичних відділень. Це підтверджується показниками кількості обстежень у розрахунку на 1000 жителів, які перевищують відповідні дані 2000 р. Так, у 2005 р. на 1000 населення було виконано: 15038,1 лабораторного аналізу, 880,9 рентгенологічного, 558,6 функціонального, 420,6 ультразвукового і 30,5 ендоскопічного дослідження (табл. 9.24).

Таблиця 9.24

Динаміка обсягів діяльності діагностичних відділень/кабінетів ЛПЗ України (2000, 2005 рр.)

Відділення (кабінети)	Кількість діагностичних досліджень							
	загальна кількість (тис.)		на 1000 жителів		на 100 поліклінічних відвідувань		на одну особу, що вибула зі стаціонару	
	2000	2005	2000	2005	2000	2005	2000	2005
Ендоскопічні	1435,3	1511,6	28,9	30,5	*	*	*	*
Ультразвукової діагностики	13097,1	19808,6	263,5	420,6	*	*	*	*
Рентгенологічні	16955,1	41492,1	341,1	880,9	3,1	3,5	0,6	0,6
Функціональної діагностики	21978,1	26310,4	442,1	558,6	3,3	3,9	0,9	1,0
Лабораторії	632251,3	708303,6	12718,8	15038,1	80,7	87,1	30,9	33,3

\* – дані не розраховуються

В умовах АПЗ на кожні 100 амбулаторно-поліклінічних відвідувань протягом звітного року було проведено 87,1 лабораторного аналізу, 3,9 функціонального та 3,5 рентгенологічного дослідження. Крім того, в лікарняних закладах здійснено (у розрахунку на одну особу, що вибула зі стаціонару) 33,3 лабораторного аналізу, 0,95 обстеження на базі відділень функціональної діагностики та 0,6 рентгенологічного дослідження. Ці показники також вищі, ніж у 2000 р.

Наведені дані, безумовно, свідчать про збереження доступності для населення основних видів діагностичної допомоги. Проте не слід забувати, що одним із важливих завдань сьогодення є раціоналізація діяльності діагностичної служби, згідно з діючими стандартами діагностично-лікувальної допомоги. Необхідно забезпечити обґрунтоване ефективне використання вартісної діагностичної апаратури, виключити феномен дублювання в роботі діагностичних служб поліклінік і стаціонарів, упорядкувати робоче навантаження лікарів цих відділень і кабінетів.

У діяльності діагностичних служб простежуються деякі територіальні особливості. Зокрема, мають місце розбіжності в показниках кількості діагностичних обстежень серед амбулаторних і стаціонарних хворих, показниках навантаження на діючі діагностичні апарати, середніх показниках трудового навантаження лікарів тощо.

Як і у попередні роки, найбільші обсяги діагностичних досліджень було здійснено в лабораторіях – 708303,6 тис. аналізів (в середньому 15,0 аналізу на одну обстежену особу). Порівняно з 2000 р. загальна кількість лабораторних аналізів збільшилася на 12,0%, проте показники їх питомої ваги на 100 відвідувань у поліклініці, включаючи хворих, що лікувались вдома, та середнього числа аналізів на одного стаціонарного хворого, істотних змін не зазнали. Зокрема, частка аналізів, зроблених у поліклініці, становила в 2005 р. 52,3% (2000 р. – 53,3% на 100 поліклінічних відвідувань), середнє число досліджень на одну особу, що вибула зі стаціонару, – 33,3 (2000 р. – 30,9%).

Спостерігаються коливання цих показників на рівні окремих адміністративно-територіальних одиниць. Наприклад, діапазон коливань кількості аналізів на одну особу становить 12,1 (Закарпатська область) – 20,3 (м. Севастополь). У структурі

лабораторних досліджень, як і у попередні роки, найбільша питома вага припадає на загальноклінічні аналізи – 41,2%, гематологічні – 29,3%, біохімічні – 16,3%, імунологічні – 6,5%, мікробіологічні – 3,8%, цитологічні дослідження – 2,9%.

Слід зазначити, що впродовж 2000-2005 рр. найбільший приріст обсягів діяльності (144,7%) зафіксовано в рентгенологічних відділеннях. Загальна кількість рентгенологічних досліджень, здійснених у 2005 р., становила 41492,1 тис. одиниць. Їх середнє число на 100 поліклінічних відвідувань дорівнює 3,5 дослідження, з коливаннями від 1,7 (Тернопільська область) до 4,6 (Херсонська область). У лікарняних закладах у 2005 р. здійснено в середньому 0,6 рентгенологічного дослідження на одного хворого, що вибув зі стаціонару. Спостерігається стабілізація цього показника, порівняно з 2000 р. та наближення його у більшості областей до середньоукраїнського рівня. Число досліджень на один діючий рентгенологічний апарат становить 4719, на одну зайняту посаду лікаря-рентгенолога – 9471 дослідження. Ці показники збільшилися відповідно у 2,6 та 2,4 разу проти даних 2000 р., що свідчить про інтенсифікацію діяльності рентгенологічних відділень.

З кожним роком збільшується і кількість проведених у ЛПЗ ультразвукових досліджень. Широке використання ультразвукової діагностики зумовлюють її висока діагностична ефективність та можливості застосування на догоспітальному етапі, особливо при діагностиці хвороб черевної порожнини, сечостатевої системи та в акушерській практиці. Зокрема, у 2005 р. в медичних закладах України було виконано на 51,2% більше, ніж у 2000 р., ультразвукових досліджень – 19808,6 тис. досліджень. Цьому певною мірою сприяло розширення (на 9,4%) мережі відділень УЗД та збільшення (на 25,5%) їх кадрового потенціалу.

Сьогодні в медичних закладах України створено 1368 відділень (кабінетів) цього профілю; їх діагностична база включає 2779 діючих апаратів. Найбільша кількість цих відділень функціонує в охороні здоров'я м. Києва – 108, Дніпропетровської – 106 та Донецької областей – 105 відділень. Помітним зростанням характеризуються середні показники кількості досліджень на один діючий апарат УЗД: від 5754 до 7128 досліджень (на 23,9%) та середнього навантаження на одну зайняту посаду лікаря УЗД: від 6501 до 8161 досліджень (на 25,5). Ці показники мають значні відмінності на рівні окремих областей. Так, кількість досліджень на 1 діючий апарат УЗД коливається від 4425 у Запорізькій області до 13764 досліджень у Чернівецькій. Робоче навантаження на одну зайняту посаду лікаря УЗД у Чернігівській і Вінницькій областях в 1,6–1,5 разу більше від середньоукраїнського рівня (відповідно 12862 та 12511 досліджень). Проте в деяких регіонах, зокрема, м. Севастополі, Запорізькій, Миколаївській областях, м. Києві, Івано-Франківській області, АР Крим та Київській області, ці показники не перевищують 3979–5800 досліджень.

У структурі ультразвукових досліджень найбільша питома вага (54,3%) припадає на дослідження органів черевної порожнини (печінки, жовчного міхура, підшлункової залози та ін.), 15,3% – жіночих статевих органів, 5,1% – серцевої системи, 4,6% – щитовидної залози, 1,9% – ехомозку, 1,2% – молочної залози. Порівняно з даними 2000 р. спостерігається незначне зменшення питомої ваги досліджень щитовидної залози (5,2%

– 2000 р.), жіночих статевих органів (18,2% – 2000 р.) при одночасному збільшенні частки досліджень органів черевної порожнини (54,0% – 2000 р.).

Порівняно з попередніми роками підвищується роль ендоскопічних відділень у діагностичній роботі медичних закладів. Про це свідчить збільшення абсолютного числа проведених ендоскопічних досліджень як загалом, так і за окремими видами. Зростання ролі ендоскопічних досліджень у медичній практиці пов'язане не лише з можливостями безпосереднього огляду органів і виявлення багатьох захворювань, зокрема новоутворень, а й у зв'язку з інтеграцією їх з прямими лікувальними заходами: локальне введення лікарських засобів, поліпектомія, хірургічні втручання тощо.

Упродовж 2005 р. в Україні здійснено 1511,6 тис. різних видів ендоскопічних досліджень, що на 5,3% перевищує показник 2000 р. Переважну їх більшість (84,9%) становили фіброезофагодуоденоскопії, 7,4% – фібробронхоскопії, 5,4% – фіброколоноскопії. За обсягами роботи ендоскопічних відділень перші рангові місця займають Дніпропетровська область (126,2 тис. досліджень), м. Київ (120,2 тис.) і Донецька область (110,9 тис.). Найменші обсяги ендоскопічних досліджень здійснюються в м. Севастополі (15,6 тис.), Кіровоградській (22,6 тис.) та Закарпатській областях (29,3 тис.). Такі відмінності в обсягах роботи ендоскопічної служби зумовлені здебільшого нерівномірним забезпеченням ЛПЗ областей ендоскопічною апаратурою. Навантаження на один діючий ендоскопічний апарат становить пересічно в Україні 524 обстеження, що на 8,5% більше, ніж в 2000 р. (483). Коливання цього показника мають досить великий діапазон: від 364 у Запорізькій до 924 у Черкаській областях. Значною відмінністю характеризуються і показники трудового навантаження лікарів-ендоскопістів у різних областях. Зокрема, в закладах охорони здоров'я Чернігівської, Черкаської та Миколаївської областей вони на 38,2–58,0% вищі, ніж загалом по Україні (відповідно 1943; 1727 та 1700 досліджень на одну зайняту посаду лікаря ендоскопіста). Водночас, у Запорізькій, Вінницькій області та м. Києві лікарі-ендоскопісти працюють зі значно меншим навантаженням. Це підтверджують показники кількості здійснених досліджень у розрахунку на одну лікарську посаду (786; 944 та 954), які в 1,6–1,3 разу менші від середньоукраїнського рівня (1230).

Наведені дані дають змогу зробити такі висновки:

1. Упродовж 2000–2005 рр. простежується тенденція до розширення обсягів діяльності діагностичних відділень і кабінетів закладів охорони здоров'я, що супроводжується збільшенням трудового навантаження лікарів та підвищенням експлуатації діагностичної апаратури.

2. Певні територіальні особливості діяльності цих структурних підрозділів зумовлені не лише відмінностями стану здоров'я і медичних потреб населення, але й передумовами медико-організаційного характеру.

3. Оптимізації діяльності діагностичної служби сприятиме удосконалення її ресурсної бази, запровадження в закладах охорони здоров'я різного рівня сучасних діагностичних технологій відповідно до діючих стандартів якості діагностично-лікувального процесу, підвищення рівня професійної підготовки лікарів і середніх медичних працівників та удосконалення організації їхньої праці з дотриманням оптимальних норм трудового навантаження тощо.



## 9.8. Особливості організації надання медико-соціальної допомоги літнім людям

В умовах демографічного постаріння населення питання медико-соціального забезпечення літніх людей є пріоритетним для нашого суспільства.

У процесі старіння знижуються адаптаційні можливості організму, що позначається на здоров'ї. Існує тісний кореляційний зв'язок між віком і ступенем тяжкості захворювань, а також їх одночасною кількістю у пацієнтів. Захворюваність у старших вікових групах населення має значні відмінності, пов'язані зі змінами під час старіння характеру вікової патології – її частоти, поліморбідності, тривалості перебігу, схильності до загострень і ускладнень. Це, у свою чергу, призводить до більших витрат на їх лікування ресурсів охорони здоров'я (матеріальних, фінансових, медикаментозних).

Встановлено, що рівні загальної захворюваності і первинної інвалідності у людей літнього віку вищі, ніж у працездатному віці, відповідно у 1,8 і 1,5 разу. Число захворювань у одного пацієнта з роками зростає від 1,4 у осіб передпенсійного віку до 4,4 у самотніх літніх людей. Це значно зумовлено фактором поєднаної патології у літніх людей за рахунок кількох хронічних захворювань і пояснює більшу потребу їх у різних видах медичної допомоги (амбулаторної, стаціонарної, швидкої). Серед найбільш поширених причин госпіталізації у шпиталі, за даними Українського державного медико-соціального центру ветеранів війни, перше місце традиційно займають хвороби системи кровообігу, а далі йдуть хвороби кістково-м'язової системи, органів травлення, дихання (разом 84,6%).

Викладені у розділі 3 матеріали аналізу захворюваності населення України непрацездатного віку за п'ятирічний період (2000–2005 рр.) свідчать про погіршення здоров'я літніх людей, що потребує прийняття необхідних заходів для зміни ситуації на краще.

За результатами вітчизняних наукових досліджень, літні люди звертаються по медичну допомогу в 2,7 разу частіше, ніж інше доросле населення, і в 5,2 разу більше приймають медикаментозні засоби. На фоні підвищеного попиту на медичне обслуговування потреби літнього населення в амбулаторно-поліклінічній допомозі (в. т.ч. спеціалізованій) задовольняються лише на 53,0%; амбулаторному реабілітаційному лікуванні – на 19,0%; організації стаціонарів вдома – на 28,9%; стаціонарному лікуванні – на 73,8%.

Отже, неухильне зростання чисельності населення непрацездатного віку, хронізація захворювань та їх комплексний характер, висока вартість лікування взагалі і, особливо в умовах стаціонару, обумовлюють необхідність пошуку нових організаційних форм надання медичної допомоги людям похилого віку.

Організація медико-санітарної допомоги населенню непрацездатного віку має свої відмінності. В Інституті геронтології АМН України розроблено новий метод оцінки потреби літніх людей у медико-соціальній допомозі з використанням автоматизованої експертної системи кількісної оцінки здоров'я і залежності людини від медико-соціальної допомоги. Узагальнений аналіз отриманих за цією методикою даних показав, що у

періодичному нагляді за станом здоров'я з необхідністю проходження щорічних медичних оглядів і профілактичної реабілітації мають потребу 41,8% міського та 45,0% сільського населення. На основі вихідних параметрів кількісної оцінки залежності від медико-соціальної допомоги визначено орієнтовні оптимальні гарантовані рівні і обсяги геріатричної допомоги літньому населенню.

На думку провідних вітчизняних фахівців для підвищення якості і доступності геріатричної допомоги необхідна спеціальна комплексна програма. Її основні заходи мають бути спрямовані на поліпшення стану здоров'я населення літнього віку, перегляд нормативів забезпечення його медичною і соціальною допомогою з урахуванням потреб, розширення інфраструктури служб і обсягів допомоги, підготовку висококваліфікованих кадрів, забезпечення чіткої координації, етапності і взаємозв'язку проведення медико-соціальних заходів. Сьогодні вже розроблено концепцію державної системи геріатричної допомоги населенню України, в якій наведено мету, головні завдання, основні принципи, пріоритетні напрямки її розвитку, сучасні ефективні форми організації медичної допомоги на амбулаторно-поліклінічному та стаціонарному етапах, раціональні форми медико-соціального обслуговування осіб похилого віку.

Аналіз потреб населення у віці, старшому за працездатний, у медичній допомозі дав змогу виділити чотири групи осіб похилого віку, що потребують: періодичного нагляду за здоров'ям із щорічним проходженням комплексного медичного обстеження і профілактичної реабілітації; активного медичного нагляду з проведенням періодичних (1–2 рази на рік) курсів лікувально-відновлювальної терапії в умовах денних стаціонарів та реабілітаційних відділень районних поліклінік, сільських лікарських амбулаторій або ФАПів; короткочасного лікування (терміном до двох тижнів) у стаціонарних відділеннях лікарень з продовженням лікувального чи реабілітаційного процесу у стаціонарах вдома або проведенням циклу лікувальних заходів в умовах денних стаціонарів поліклінічних відділень, сільських амбулаторних лікувальних закладів; госпіталізації у спеціалізовані лікарні (геріатричні відділення) із соціальним доглядом для пацієнтів, які втратили здатність до самообслуговування, або відділення (палати) довгострокового перебування хронічних хворих. Запропоновано оптимальні підходи і реалізовано заходи щодо вдосконалення діагностики, лікування, реабілітації пенсіонерів в умовах амбулаторно-поліклінічних та лікарняних закладів.

Програмою “Здоров'я літніх людей”, затвердженою Указом Президента України від 10.12.1997 р. №1347/97, передбачено створення орієнтованих на обслуговування цього прошарку населення закладів: медико-соціальних відділень при поліклініках, відділень сестринського догляду при лікарнях, відділень соціальної допомоги вдома самотнім непрацездатним людям, територіальних центрів соціального обслуговування пенсіонерів (з реабілітаційними відділеннями, відділеннями денного, тимчасового, стаціонарного перебування), центрів служби сім'ї для надання психологічної підтримки літнім людям.

За результатами моніторингу виконання заходів Міжгалузевої програми “Здоров'я нації” в публікації В.М.Пономаренка та ін. (2004) комплексно викладено сучасний стан

організації медичної і соціальної допомоги вразливим верствам населення. Результати щорічного моніторингу свідчать, що у регіонах країни діє розгалужена мережа різних за своєю організацією та відомчою підпорядкованістю закладів, які забезпечують медико-соціальну допомогу вразливим верствам населення.

Згідно з чинним законодавством, пріоритетність у наданні медичної допомоги ветеранам війни, праці, громадянам непрацездатного віку, інвалідам забезпечується на всіх рівнях системи охорони здоров'я: первинної медико-санітарної допомоги в АПЗ, спеціалізованої та вузькоспеціалізованої, висококваліфікованої допомоги у профільних ЛПЗ.

Для надання стаціонарної допомоги пільговому контингенту населення у загальній мережі територіальних ЛПЗ розгортаються ліжка для ветеранів та використовується існуючий ліжковий фонд госпіталів для ветеранів війни. Стаціонарну медичну допомогу ветерани війни отримували в 29 регіональних госпіталях з ліжковим фондом понад 7000 ліжок та в 30 госпітальних відділеннях на 1670 ліжок, розташованих у міських та обласних ЛПЗ. Забезпеченість ліжками на 10 тис. відповідного контингенту на початок 2004 р. становила 23,8. Методичне керівництво організацією медичної допомоги профільному контингенту здійснює Український державний медико-соціальний центр ветеранів війни, розташований у с. Циблі Переяслав-Хмельницького району Київської області. У територіальних лікарняних закладах для ветеранів війни передбачені окремі палати з поліпшеними умовами побуту та догляду.

За даними моніторингу 2005 р. в Україні у складі ЛПЗ функціонує понад 240 геріатричних відділень, що мають загалом 4700 ліжок для лікування осіб похилого віку. Вони також отримують необхідну спеціалізовану медичну допомогу у профільних диспансерах (кардіологічних, психоневрологічних тощо). Останнім часом в областях набувають розповсюдження такі медичні заклади, як хоспіси, лікарні сестринського догляду за тяжкохворими. Хоспіси організовано в 12 регіонах, з них найпотужніші за кількістю ліжок (від 50 до 75) знаходяться у Херсонській, Харківській областях, м. Києві.

Медичний персонал ЛПЗ здійснює необхідні заходи щодо забезпечення належного обсягу та якості надання медичної допомоги населенню непрацездатного віку. Це стосується, передусім, профілактичних оглядів з подальшим диспансерним наглядом; впровадження новітніх технологій діагностики, лікування, реабілітації; санаторно-курортного лікування, безкоштовного чи пільгового медикаментозного забезпечення, зубопротезування, ендопротезування суглобів тощо.

Важливим компонентом забезпечення потреб літніх людей є соціальна допомога. Серед самотніх людей, старших 70 років, виділено чотири категорії осіб, які:

- 1) не потребують за станом здоров'я сторонньої соціально-побутової допомоги;
- 2) потребують максимального наближення побутових послуг до місця проживання та допомоги у виконанні важких домашніх справ з боку соціальних працівників районних територіальних центрів;
- 3) потребують щоденної часткової допомоги у побуті з боку сторонніх осіб або направлення у загальні відділення будинків-інтернатів і пансіонатів;

4) потребують постійного соціального і медичного догляду або направлення у госпітальні відділення будинків-інтернатів і пансіонатів.

Соціальна допомога незахищеним верствам населення, визначеним законодавством, надається мережею спеціалізованих закладів, що перебувають у підпорядкуванні Міністерства праці та соціальної політики України. Слід зазначити, що мережа закладів медико-соціального обслуговування населення старше працездатного віку набуває все більшого розвитку. Особливо це стосується розповсюдження нових сучасних форм соціально-побутової допомоги: територіальні центри соціального обслуговування, різні за своєю організацією тимчасового перебування літніх громадян стаціонарні соціальні заклади, альтернативні форми допомоги з боку громадських і релігійних організацій.

Сьогодні в Україні функціонує 748 районних та міських територіальних центрів соціального обслуговування пенсіонерів з 274 відділеннями медико-соціальної реабілітації, понад 900 відділень соціальної допомоги вдома, 270 стаціонарних відділень для тимчасового та постійного проживання. Працівники територіальних центрів надають близько 40 видів послуг 700 тис. пенсіонерів. У 2005 р. в Україні налічувалось 316 будинків-інтернатів та пансіонатів на 55 тис. ліжко-місць, в яких на повному державному забезпеченні проживає понад 50 тис. громадян похилого віку та інвалідів. За даними моніторингу виконання завдань Міжгалузевої комплексної програми “Здоров’я нації”, по 10 і більше цих закладів відкрито у Дніпропетровській, Житомирській, Київській, Луганській, Львівській, Сумській, Хмельницькій, Черкаській областях. Загальна кількість місць у них коливається від 170 у м. Севастополі до 2950 у Житомирській та 3000 у Дніпропетровській областях. Проте сьогодні подібних закладів ще не вистачає, про що свідчать черги бажаючих потрапити туди. Для їх запобігання у сільській місцевості, як передбачено Указом Президента України від 03.01.02 №8/2002 “Про Комплексні заходи щодо поліпшення медичного обслуговування сільського населення на 2002–2005 роки”, проводиться перепрофілювання, у разі потреби, ліжок дільничних лікарень у ліжковий фонд медико-соціального призначення з передачею його у встановленому порядку службам соціального захисту населення.

За даними моніторингу виконання у 2005 р. заходів Міжгалузевої комплексної програми “Здоров’я нації”, в 12 регіонах країни організовано лікарні соціального догляду, у 10 – лікарні ТЧХ. На місцях застосовуються також інші організаційні форми обслуговування, в якому беруть участь медичні, соціальні працівники, співробітники осередків Червоного Хреста, волонтери громадських благодійних організацій.

У зв’язку зі сталою тенденцією до демографічного постаріння населення значною соціальною проблемою є організація оптимальної системи догляду самотніх немічних громадян. Вони за станом свого здоров’я не спроможні самотійно вирішувати свої побутові проблеми і потребують постійного догляду соціальних і медичних працівників. Організація адекватної медичної та соціальної допомоги вдома населенню у віці старшому за працездатний, є однією з найгостріших проблем сьогодення. Провідними чинниками, які формують потребу в медико-соціальній допомозі вдома, є рухова

активність, здатність до самообслуговування, вік і сімейний стан хворого. З віком збільшується частка осіб, які користуються медичною допомогою виключно вдома, – від 19,3% серед населення віком 60-69 років до 89,6% серед старіших 80 років.

Територіальними центрами соціального захисту та медичного обслуговування пенсіонерів, самотніх непрацездатних громадян, інвалідів активно проводиться робота з виявлення та обліку осіб, що потребують постійної медико-соціальної допомоги, її організації. У районах і містах організовано центри (відділення) соціального обслуговування вдома самотніх громадян непрацездатного віку, які виконують основні функції з соціально-побутової допомоги вдома літнім людям. Частота відвідувань визначається дільничними терапевтами з урахуванням стану здоров'я (рухливості) пацієнта, а також залежить від кількості закріплених за соціальним працівником осіб. При існуючих нормах навантаження (10–12 пенсіонерів та інвалідів) вони не мають можливості здійснювати щоденний патронаж підопічних, через що у тяжкохворих виникають побутові проблеми. Це вимагає перегляду порядку прикріплення підопічних та норм навантаження на одного соціального працівника. Комплектуванню центрів заважає низька заробітна платня соціальних працівників, враховуючи специфіку їхньої праці. Патронажний догляд здійснюють також працівники ТЧХ.

Зараз патронажна служба ТЧХ налічує понад 3 тис. медичних працівників, які надають кваліфіковану допомогу з догляду за хворими вдома, проте потреба у цих послугах постійно зростає. На початок 2004 р. на обліку в організаціях ТЧХ було 440,1 тис. самотніх громадян похилого віку, з яких близько 32 тис. лежачих.

З 1999 р. в Україні реалізується програма “Домашня опіка” на базі благодійного фонду “Карітас”. Метою цієї програми є поліпшення якості життя самотніх осіб похилого віку та інвалідів, які потребують сторонньої допомоги. Послуги з опіки орієнтовані на конкретну особу, її життєву ситуацію. Залучення патронажних послуг суттєво зменшує для оточуючих навантаження щодо домашнього догляду. Організація дієвого патронажного нагляду має стати сполучною ланкою між системами охорони здоров'я та соціального захисту населення України.

Отже, підсумовуючи все викладене, можна зробити такі висновки.

1. Оптимізація медико-соціальної допомоги населенню у віці, старшому за працездатний, її реструктуризація вимагають використання специфічних підходів у зв'язку з наявністю низки специфічних чинників. До основних з них можна віднести демографічні процеси постаріння населення України зі зростанням чисельності осіб віком, старшим за працездатний; особливості стану здоров'я літніх людей, пов'язані зі зменшенням фізичних можливостей, зростанням захворюваності, полісистемним характером вікової патології тощо; збільшення з віком потреби у медико-соціальній допомозі і відповідно навантаження на лікувально-профілактичні та соціальні заклади.

2. На основі вивчення медичних та соціальних потреб населення у віці, старшому за працездатний, та стану надання медико-соціальної допомоги зазначеній категорії розроблено Концепцію розвитку геріатричної допомоги населенню України. Провідні позиції з науково-методичного супроводження цієї роботи займають фахівці Інституту

геронтології АМН України (лабораторія соціальної геронтології), а також Національної медичної академії післядипломної освіти ім.П.Л.Шупика (кафедра терапії і геріатрії).

3. В Україні реалізуються державні та регіональні програми (“Здоров’я літніх людей”, Міжгалузева комплексна програма “Здоров’я нації”, “Турбота” тощо), метою яких є забезпечення пріоритетності у наданні медико-соціальної допомоги пільговим категоріям громадян, визначених законодавством. Це стосується розвитку мережі спеціалізованих закладів, їх правового, організаційного, ресурсного (кадрового, матеріального, фінансового) забезпечення. Потребують подальшого удосконалення механізми взаємодії відповідних регіональних служб різного підпорядкування (управлінь охорони здоров’я, соціального захисту населення), ТЧХ, різних фондів, громадських організацій, координації заходів при реалізації завдань державних та регіональних програм поліпшення якості життя соціально незахищених верств населення.

4. Загальна стратегія забезпечення здоров’я у старості повинна складатися з трьох основних взаємозалежних компонентів: заходи на індивідуальному (особистому) рівні; заходи охорони здоров’я на галузевому рівні; заходи на державному та регіональному рівнях.