

В.А. Гандзюк

Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної і клінічної медицини»
Державного управління справами, Київ

Удосконалення ресурсного забезпечення виконання державних програм на регіональному рівні

Мета дослідження: наукове обґрунтування, розробка та впровадження моделі організації ресурсного забезпечення виконання державних програм на прикладі надання медичної допомоги хворим з артеріальною гіпертензією в сільській місцевості. **Об'єкт дослідження:** здоров'я сільського населення, виконання державних програм. **Методи дослідження:** системний підхід і системний аналіз на етапах дослідження; статистичний, соціологічний, моделювання, експериментальний, експертних оцінок. **Результати дослідження** демонструють невідповідність існуючого рівня ресурсного забезпечення заходів, передбачених державними програмами, спрямованими на поліпшення здоров'я населення. Доведено, що залучення додаткового фінансування дозволяє керівникові закладу охорони здоров'я сільської місцевості змінювати структуру фінансування закладу за рахунок додаткового надходження коштів, приєднувати їх до бюджетних асигнувань, спрямовувати їх на першочергові потреби ресурсного забезпечення виконання державних програм медичної допомоги у сільській місцевості.

Ключові слова: ресурсне забезпечення, державні програми, організація медичної допомоги, позабюджетне фінансування.

Вступ

На формування здоров'я громадян України, як і більшості країн Європейського регіону, в кінці ХХ — на початку ХХІ століття провідний вплив здійснює ряд хронічних неінфекційних захворювань (НІЗ): хвороби системи кровообігу, злоякісні новоутворення, обструктивні захворювання легень, цукровий діабет, соціально-небезпечні хвороби тощо. Особливе місце займають хвороби системи кровообігу (ХСК), від яких щорічно в Європі вмирають більше 4 млн осіб, в Україні — близько 500 тис. В Україні у 2012 р. кількість дорослих із ХСК перевищила 26,2 млн осіб, тобто 38,2% усього населення, із них працездатного — 9,6 млн. Найбільш поширеною є артеріальна гіпертензія (АГ) (12,3 млн; працездатного віку — 5,3 млн). Серед сільського населення захворюваність на ХСК та їхня поширеність найбільш несприятлива: зареєстровано >11 млн таких хворих, що становить ≈23% всього населення (Москаленко В.Ф., Коваленко В.М., 2002). При цьому про наявність підвищеного артеріального тиску знають ≈78% пацієнтів (66,8% сільських і 82,8% міських жителів). З них лише 57% чоловіків і 72,1% жінок та 37,3% сільських і 45,4% міських жителів приймають антигіпертензивні препарати. Лише 9,6% чоловіків і 14,7% жінок та 8,2% сільських і 18,6% міських мешканців підтримують цільові рівні артеріального тиску.

У 2000 р. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) оприлюднила Глобальну стратегію запобігання НІЗ та закликала всі держави розробити власні національні. Як на основу для досягнення успіху в їх розробці ВООЗ посилається на досвід прийнятої нею інтегрованої профілактики неінфекційних захворювань (Countrywide In-

tegrated Noncommunicable Disease Intervention — CINDI) з використанням програмного підходу до регулювання впливу провідних нозологічних форм на стан здоров'я.

За останні 15 років прийнято >45 державних програм, спрямованих на вирішення нагальних потреб охорони здоров'я, що виникають у масштабах країни та реалізуються силами галузі за рахунок її бюджету. Суттєве місце займає «Програма профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні» (надалі — Програма) (Указ Президента України від 4.02.1999 р. № 117/99 «Про Програму профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні»).

У таких умовах актуальність виконання Програми, як і інших державних медичних програм, значно зростає. Однак аналіз їх реалізації засвідчив наявність суттєвих недоліків, зокрема: покладання виконання програм, у тому числі стосовно АГ, в основному на органи місцевого самоврядування, які не мали достатнього ресурсного забезпечення та дієвих технологій — моделей міжгалузевих відносин на територіальному рівні. Найбільш відчутним це стало для сільської медицини, яка виявилася неспроможною здійснювати відповідний економічний вплив на стан здоров'я, у тому числі хворих на АГ (Лехан В.Н., Глузман С.Ф., 2010).

Децентралізація управління галуззю, що склалася при розподілі повноважень у системі державного управління та органів місцевого самоврядування, організації роботи та фінансування лікарняних закладів, аналіз їх діяльності, в основному за кількісними показниками, призвели до зниження якості надання медичної допомоги та незадоволеності споживачів

медичних послуг, у тому числі принципами їх надання.

За таких умов перед керівниками лікувально-профілактичних закладів сільської місцевості постають завдання прийняти зважені управлінські рішення з організації відповідного ресурсного забезпечення медичної допомоги, ефективного пошуку додаткових джерел фінансування, посилення ролі місцевого самоврядування у вирішенні проблем здоров'я громади, що потребує наукового обґрунтування і розробки моделей міжгалузевих взаємовідносин на територіальному рівні на виконання затверджених державних програм (Грузева Т.С., 2013).

Наразі відсутня науково обґрунтована адаптована модель організації ресурсного забезпечення виконання державних програм, зокрема надання медичної допомоги хворим на АГ в Україні в умовах сільської місцевості, не розроблено механізмів фінансування, що й визначило мету і завдання дослідження.

Мета дослідження — наукове обґрунтування, розробка та впровадження моделі організації ресурсного забезпечення виконання державних програм на прикладі надання медичної допомоги хворим на АГ у сільській місцевості.

Об'єкт і методи дослідження

Наукова база дослідження — заклади охорони здоров'я Баштанського району Миколаївської області: центральна районна лікарня (ЦРЛ), 3 дільничні лікарні (ДЛ), 6 лікарських амбулаторій (ЛА), 24 фельдшерсько-акушерські пункти.

Об'єкт дослідження: стан здоров'я сільського населення Миколаївської об-

ласті; виконання державних програм, спрямованих на поліпшення здоров'я жителів у сільській місцевості. Предмет дослідження: епідеміологія АГ у населення Миколаївської області, зокрема Баштанського району; ресурсне забезпечення і ефективність виконання Програми у Баштанському районі Миколаївської області.

Результати та їх обговорення

Показано, що ХСК займають провідне місце в структурі захворюваності та інвалідизації населення, рівень смертності від них в Україні становить 63,4% випадків, тобто в 2,4 рази більше, ніж в країнах Євросоюзу (27,7%).

Медико-соціальна значущість АГ для конкретної країни залежить від поширеності захворювання, адекватності його контролю та ефективності лікування. Поширеність АГ — один з важливих показників стану здоров'я. Саме АГ є основним фактором ризику розвитку ішемічної хвороби серця та інфаркту міокарда, а також цереброваскулярної патології, у тому числі мозкових інсультів, і безумовно, безпосередньо впливає на смертність у зв'язку з ХСК, яка протягом останніх років зросла на 68,4%. В Україні у 2012 р. кількість дорослих, які мають ХСК, перевищила 26,2 млн осіб, тобто 38,2% усього населення, із них працездатного — 9,6 млн. Серцево-судинні та судинно-мозкові хвороби спричинюють майже $\frac{2}{3}$ всіх випадків смерті (1028,1 на 100 тис. населення) і є причиною майже $\frac{2}{3}$ всіх випадків інвалідності.

Це визначає нагальну потребу розробки і впровадження профілактичних заходів для боротьби з АГ та її ускладненнями у сільській місцевості на виконання затверджених державних програм. Захворюваність сільського населення суттєво перевищує захворюваність міського, що зумовлено великою часткою людей похилого віку, а також гіршими соціально-економічними умовами (Грузєва Т.С., 2003). Результати епідеміологічних обстежень чоловіків і жінок свідчать про досить високу поширеність АГ у сільській популяції — 36,8%. Серед сільських мешканців України в 2008 р. хворих на АГ (усі форми) було зареєстровано 3 513 342 особи (29867,6 на 100 тис. населення); тих, які звернулися уперше, — 307 087 осіб (2610,6 на 100 тис. населення), що становить відповідно 46,2 та 40,9% у структурі ХСК.

Найбільший внесок у структуру поширеності хвороб, інвалідизації та смертності дорослого населення Миколаївської області та Баштанського району зокрема також належить ХСК. У Миколаївській області частка вищевказаної патології в структурі поширеності досягає 43% (621,3 на 1 тис. населення), а серед працездатних осіб — 27,7%. Протягом останніх 10 років цей показник має тенденцію до підвищення. Найпоширенішою серед ХСК у Баштанському районі також є АГ, частка якої досягає 52,5% усієї серцево-

судинної патології (315 на 1 тис. дорослих), на 2-му місці — ішемічна хвороба серця (31,3%), на 3-му — цереброваскулярна патологія (12,5%). Питома вага інших хвороб у сумі становить лише 6,7%. Серед працездатних осіб на 1-му місці з усіх серцево-судинних хвороб також АГ (55,5%), на 2-му — ішемічна хвороба серця (29,4%), на 3-му — цереброваскулярна патологія (8,0%). За останні 5 років поширеність ХСК в Миколаївській області зросла на 27,5% (в Україні — на 30,5%). Найвищим цей показник є у місті Миколаєві (739,9 на 1 тис. населення), найнижчим — в Очаківському районі (498,1 на 1 тис. населення). Поширеність усіх ХСК серед сільського населення області становить 569,8 на 1 тис. осіб при аналогічному показнику серед міського — 712,8. У Баштанському районі поширеність ХСК досягає 581,0 на 1 тис. населення і має тенденцію до зростання, корелюючи з відповідним обласним, а також середнім в Україні. Поширеність АГ (усі форми) серед сільських жителів області та району майже однакова і становить 283,2 на 1 тис. населення при відповідному показнику серед міських мешканців — 308,9. Значна роль у формуванні здоров'я сільського населення району належить первинній інвалідизації та смертності. Зокрема, первинний вихід на інвалідність за 7 років (2002–2009 рр.) зріс на 30%, а серед працездатних — на 26%. Найвищі темпи підвищення припадають на 2004 р., коли кількість уперше зареєстрованих інвалідів у районі зросла в >2 рази, а показник на 10 тис. населення підвищився з 25,5 у 2003 р. до 55,0 у зв'язку зі зверненням до медичних закладів та установ медико-соціальної експертизи осіб непрацездатного віку з метою встановлення групи інвалідності для отримання соціальних пільг. В області питома вага смертності від серцево-судинних хвороб у загальній структурі становить 58,6% серед дорослого та 27,0% — серед працездатного населення, а у Баштанському районі — 64,7 і 25,4% відповідно. Показники здоров'я сільських жителів значно відрізняються від таких у міських, зокрема смертність від інфаркту міокарда в сільській місцевості в 3 рази нижча за аналогічний показник у місті (9,5 та 28,5 на 100 тис. населення), а від ішемічної хвороби серця — на 14% вища.

Виконання будь-яких державних цільових програм, зокрема Програми, вимагає відповідних ресурсів, перш за все фінансових, без забезпечення якими досягнення належної ефективності, як свідчить міжнародний та вітчизняний багаторічний досвід, є вкрай проблемним, оскільки виникає невідповідність між виробництвом продукту здоров'я і його відповідно обґрунтованою вартістю (Коваленко В.М., Корнацький В.М., 2009).

Про це свідчать і результати опитування фахівців-медиків: рівень здоров'я населення Баштанського району незадовільний, фінансування медичної допомоги з бюджету недостатнє, тому впровадити

виконання Програми профілактики і лікування АГ в Україні за рахунок державного фінансування нереально. Існує нагальна потреба у залученні додаткових коштів для фінансування медичної допомоги, підвищення технічної оснащеності медичних закладів, запровадження комп'ютерних систем у диспансерному спостереженні населення сільського району, що сприятиме підвищенню ефективності виконання Програми та зниженню показників смертності від серцево-судинної патології. Діяльність системи охорони здоров'я, зокрема первинної медико-санітарної допомоги, на рівні сільського району має бути спрямована на реальну зацікавленість у збереженні здоров'я мешканця та його соціальний захист державою і місцевою владою, а також адекватну оцінку роботи лікарів. Опитування пацієнтів показало, що більшість із них оцінює стан свого здоров'я як незадовільний. Витрати хворих на АГ на підтримання здоров'я, особливо на придбання лікарських засобів, значні. Покращання власного здоров'я вони пов'язують із вдосконаленням системи організації надання медичної допомоги, а саме: з поліпшенням безоплатної медичної допомоги та залученням додаткових джерел фінансування, у тому числі й власних коштів.

Отже, в умовах економічної кризи та напруженої соціально-економічної ситуації в державі в цілому, а особливо у сільській місцевості, пошук додаткових джерел фінансування, обґрунтування їх системності для цільового використання як ресурсного забезпечення державних програм у впровадженні на регіональному рівні стає запорукою реалізації заходів для покращання здоров'я народу.

Після обґрунтованого звернення керівництва охорони здоров'я Баштанського району Миколаївської області до ради соціального партнерства прийнято рішення проводити системне відрядження 3% від валового продукту виробництва регіону на рахунок районної лікарні для ресурсного забезпечення цільових заходів медичної допомоги відповідно до затверджених програм, зокрема Програми, а також надавати матеріальну допомогу сільгосппродукції для належного харчування хворих та забезпечення необхідного обладнання. Рішення ради соціального партнерства було, відповідно, затверджено сесією районної ради народних депутатів та зобов'язало забезпечити регулярне відрядження розрахованих сум фінансовим управлінням, завдяки чому реалізовано основний замкнений економічний цикл світового розвитку, згідно з яким виробничі сили створюють національний продукт, що спрямовується на їх відтворення і покращання технологій. Протягом 2002–2009 рр. здійснювалися системні надходження додаткового фінансування за рахунок відрядувань 3% від валового продукту виробництва регіону; 100% цих коштів витрачалися на поліпшення надання медичної допомоги як доповнення до виділених бюджетних коштів.

За період дослідження встановлено, що бюджетне фінансування у 2009 р. порівняно з 2002 р. зросло у 5 разів: з ≈ 2 до ≈ 10 млн грн. (табл. 1). У загальній структурі заробітна плата працівників охорони здоров'я Баштанського району займала щорічно 40–65% відповідно. Друге місце посідали кошти на утримання медичних закладів, в основному на оплату комунальних послуг (7–15%). Витрати на одного жителя збільшилися з 50,0 до 261,0 грн. (у 5,2 раза), капітальні видатки — зі 125,0 до 213,5 тис. грн. (у 1,7 раза), асигнування на 1 ліжко-день — з 4,25 до 17,5 грн. (у 4,1 раза), харчування — з 2,0 до 6,8 грн. (у 3,4 раза), надходження на одного жителя згідно зі спецрахунком — з 6,2 до 15,2 грн. (у 2,4 раза).

Додаткові надходження у сумі 3% від валового продукту району дали змогу збільшити ресурсні можливості надання медичної допомоги на 200 тис. грн. у 2002 р. і на 472 тис. грн. — у 2009 р. Це сприяло значному збільшенню ресурсних можливостей для покращання здоров'я населення. Зібрані кошти дали можливість відкрити й укомплектувати медичною апаратурою реанімаційний блок на 5 ліжок з можливістю надання медичної допомоги хворим кардіологічного профілю; закупити для ЦРЛ та ДЛ ЕКГ-апарати та апарати системи «Телекард»; створити єдиний комп'ютеризований інформаційний простір між ЦРЛ та ДЛ, ЛА; закупити реанімобілі та квартири для лікарів, які надають медичну допомогу на засадах сімейної медицини (табл. 2). Поступове зростання позабюджетних коштів протягом останніх років у розрахунок на одного жителя з 6,2 до 15,2 грн.

дало змогу збільшити виділення коштів на харчування до 30%, на медикаменти — до 25% на 1 ліжко-день. Таке істотне збільшення фінансування позитивно вплинуло не тільки на якість медичної допомоги в стаціонарі, але й забезпечило виконання профілактичних заходів у районі, зокрема передбачених Програмою.

Впровадження оптимізованої моделі ресурсного забезпечення виконання Програми у Баштанському районі сприяло зниженню смертності від ХСК на 7%, цереброваскулярної патології — у 2 рази, інсультів — у 2,6 раза; дозволило знизити захворюваність від ХСК на 23,6%, покращити виявленість випадків ХСК на 6%; охоплення диспансеризацією пацієнтів із ХСК — на 46,7%, АГ — у 2 рази, цереброваскулярною патологією — на 61,2%, ішемічною хворобою серця — на 15%.

Отримані результати стали передумовою для обґрунтування моделі організації ресурсного забезпечення медичною допомогою хворих у сільській місцевості, доповнення існуючої системи фінансування позабюджетними надходженнями за обов'язковою участю органів місцевого самоврядування (рис. 1).

В основу розробки запропонованої моделі оптимізації ресурсного забезпечення та управління фінансовими ресурсами покладено:

- рекомендації ВООЗ стосовно фінансового захисту населення як стратегічного завдання для системи охорони здоров'я, викладені в доповідях «Політика фінансування охорони здоров'я: керівництво для осіб, які приймають рішення» (2008); «Про стан охорони

здоров'я в Європі» (2009), «Фінансування систем охорони здоров'я: шлях до загального охоплення населення медико-санітарною допомогою» (2010);

- сучасні підходи ВООЗ щодо:
 - а) об'єднання ресурсів на охорону здоров'я населення з різних джерел;
 - б) об'єднання коштів на рівні громади для подальшого використання на цільову реалізацію будь-якої державної програми;
 - в) підвищення відповідальності громади за стан здоров'я населення на конкретній території; результати власних досліджень.

Таким чином, стратегічним напрямком оптимізованої моделі консолідованого бюджету визначено:

- її спрямування на досягнення позитивних змін у стані здоров'я населення району, зокрема серед контингенту хворих на АГ;
- забезпечення справедливого розподілу фінансування системи;
- розвиток діалогу з громадськістю для удосконалення варіанта моделі оптимізації фінансування закладів охорони здоров'я в сільській місцевості;
- підвищення рівня прозорості та підзвітності системи фінансування.

Надходження додаткових коштів супроводжувалося обґрунтуванням якості їх використання та управління ними. Врешті запропонований варіант оптимізації моделі ресурсного забезпечення дозволив керівникові закладу охорони здоров'я сільської місцевості змінювати структуру фінансування за рахунок додаткового надходження коштів, долучати їх до бюджетних асигнувань, спрямову-

Таблиця 1

Зведений звіт про надходження коштів загального фонду та отриманих з інших джерел аласних надходжень по Баштанській ЦРЛ за 2002–2009 рр., грн.

Найменування	Дані за роками							
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Надходження коштів з загального фонду								
усього	2 145 015	2 396 299	3 208 200	3 947 710	6 770 927	6 811 688	9 001 176	10 135 500
на 1 жителя	50	57	78	99	170	174	231	261
Капітальні видатки	125 000	307 500	320 000	354 139	490 767	513 178	557 482	213 500
Придбання	28 842	25 000	42 155	24 000	214 754	143 639	226 876	270 200
Медикаменти								
усього	181 000	231 849	280 950	205 000	526 874	630 671	640 000	833 077
на 1 ліжко-день	4,25	5,5	6,9	5,1	13,2	16,1	16,4	17,5
Харчування								
усього	104 045	81 728	84 980	86 900	148 464	176 860	305 000	350 000
на 1 ліжко-день	2,0	1,7	1,7	1,7	2,8	3,5	6,0	6,8
Надходження								
3% від валового доходу сільськогосподарських підприємств (спецрахунок)	200 000	323 717	440 200	385 241	347 355	354 353	368 754	471 927
на 1 жителя	6,2	10,4	14,0	12,5	11,1	11,4	11,9	15,2

Таблиця 2

Використання коштів додаткового фінансування на виконання Програми у Баштанському районі

Показник	Заходи
Поліпшення матеріально-технічної бази закладу, відкриття нових структурних підрозділів	- відкриття реанімаційного блоку на 5 ліжок з можливістю надання допомоги хворим кардіологічного профілю; - укомплектування палат інтенсивної терапії медичною апаратурою з підведенням кисню; - закупівля двох реанімобілів із медичною апаратурою (дефібрилятори, кисневі апарати);
Доукомплектування медичною апаратурою	- забезпечення відповідних структурних підрозділів автоматичним джерелом електропостачання - закупівля оргтехніки у кожну ДЛ, ЛА з постійним електронним зв'язком з ЦРЛ (моніторинг хворих); - укомплектування ЦРЛ та ДЛ апаратами «Телекард»; - ЕКГ-апарати у ЦРЛ, ДЛ, ЛА;
Поліпшення медикаментозного забезпечення	- укомплектування медичною апаратурою реанімаційного блоку
Покращання харчування хворих	- збільшення коштів на медикаменти хворим у кардіологічному стаціонарі на 25% - натуральні продукти: борошно, крупи, олія, овочі, фрукти (можливість широкого використання різноманітних діет) — кількість збільшено на 30% на 1 ліжко-день
Вирішення кадрової проблеми	закупівля 3 квартир для лікарів-терапевтів, які працюють у ЦРЛ; закупівля житла для лікарів сімейної медицини у ДЛ та ЛА — 4 будинки

Рис. 1



вати на першочергові потреби ресурсного забезпечення виконання державних програм.

Формування консолідованої оптимізованої моделі (рис. 2) потребувало організації управління з позицій системного підходу з урахуванням нових її компонентів, перегляду функцій управління, визначення взаємозв'язків в оновленій системі та організації процесу управління. Системноутворювальним фактором стала мета, яка полягала не тільки в організації медичної допомоги жителям району в цілому, а також і у поліпшенні ресурсного забезпечення реалізації державних програм за рахунок залучення додаткових джерел фінансування. До складу суб'єкта управління увійшли голова райдержадміністрації та його заступник з гуманітарних питань, рада підприємств — виробників продукції, рада соціального партнерства, головний лікар ЦРЛ; до об'єкта управління — лікувально-профілактичні заклади району та суб'єкти господарювання — виробники. На суб'єкт управління покладається визначення нових завдань, пов'язаних із залученнями коштів, формування структури апарату управління, схеми підпорядкування, розподілу повноважень та внутрішньої і зовнішньої взаємодії.

Результати експертної оцінки впровадженої оптимізованої моделі ресурсного забезпечення державних програм засвідчили, що 91% експертів схвалили залучення позабюджетних надходжень для виконання державних програм, 46% відзначили підвищення показників здоров'я при збільшенні позабюджетного фінансування, 71% — покращання ефективності надання медичної допомоги, 68% — розширення доступності медичної допомоги, 62% — підвищення задоволеності населення рівнем надання медичної допомоги, 69% — підвищення задоволеності медпрацівників своєю професійною діяльністю. Експертами виступали головні лікарі районів (19 осіб), обласних лікарень та пра-

цівники закладів управління охорони здоров'я.

Висновки

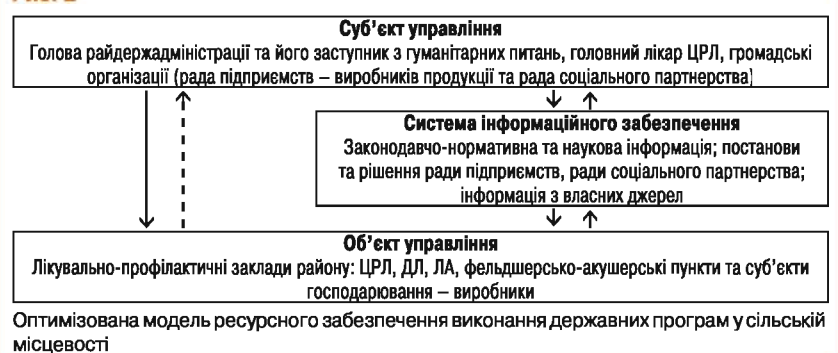
Невідповідність існуючого рівня ресурсного забезпечення заходів, передбачених державними програмами, спрямованими на поліпшення здоров'я населення, зумовлює необхідність наукового обґрунтування та впровадження оптимізованої моделі ресурсного забезпечення виконання таких програм у сільській місцевості, зокрема Програми, яка довела свою соціальну, медичну й економічну ефективність. Але наразі реалізація заходів Програми, особливо у сільській місцевості, недостатня за рахунок браку бюджетних коштів для її імплементації.

У нашій роботі обґрунтовано оптимізовану модель організації ресурсного забезпечення медичною допомогою хворих на АГ у сільській місцевості, в рамках якої завдяки відрахуванню 3% валового доходу сільськогосподарських підприємств досягнуто зниження смертності від ХСК на 7%, цереброваскулярної патології — у 2 рази, інсультів — у 2,6 рази; підвищення охоплення диспансеризацією пацієнтів із ХСК — на 46,7%, АГ — у 2 рази, цереброваскулярною патологією — на 61,2%, ішемічною хворобою серця — на 15%.

Доведено, що залучення додаткового фінансування шляхом відрахування 3% валового доходу сільськогосподарських підприємств протягом 2002–2009 рр. забезпечило зростання надходжень позабюджетних коштів зі 193 до 398 тис. грн., що дало змогу підвищити витрати на медикаментозне забезпечення на 1 ліжко-день з 4,25 до 17,5 грн., на харчування хворих — з 2,0 до 6,8 грн. Крім того, з огляду на першочергову значущість проблеми АГ у структурі ХСК, значну частку отриманих коштів спрямовували саме на її вирішення: відкриття й укомплектування медичною апаратурою реанімаційного блоку на 5 ліжок із можливістю надання медичної допомоги хворим кардіологічного профілю; закупівля для ЦРЛ та ДЛ ЕКГ-апаратів, апаратів «Телекард»; створення єдиного інформаційного простору між ЦРЛ, ДЛ та ЛА (комп'ютеризація); закупівля реанімооб'єктів, квартир для лікарів, що надають медичну допомогу на засадах сімейної медицини.

На відміну від попередньої, запропонована оптимізована модель ресурсного забезпечення дозволяє керівникові закладу охорони здоров'я сільської місцевості змінювати структуру фінансування закладу за рахунок додаткового надходження коштів, долучати їх до бюджетних асигнувань,

Рис. 2



спрямовувати їх на першочергові потреби ресурсного забезпечення виконання державних програм медичної допомоги у сільській місцевості.

Зважаючи на те що Баштанський район є типовим сільськогосподарським районом України, отримані результати реалізації запропонованої моделі можна рекомендувати для впровадження в інших сільськогосподарських районах держави.

Список використаної літератури

Грузева Т.С. (2003) Сучасні особливості і тенденції стану здоров'я сільського населення та комплексні заходи щодо його поліпшення. Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України, 1: 21–27.

Грузева Т.С. (2013) Провідні чинники ризику формування глобальної тягаря хвороб та сучасні стратегії боротьби. В кн.: Досвід, реалії і перспективи розвитку систем охорони здоров'я, ЛОБФ «Медицина і право», Львів: 181–183.

Коваленко В.М., Корнацький В.М. (ред.) (2009) Медико-соціальні аспекти хвороб системи кровообігу. Аналітично-статистичний посібник. Медінформ, Київ, 146 с.

Лехан В.Н., Глузман С.Ф. (2010) Реформа здравоохранения в Украине: ожидание и перспективы. Новости медицины и фармации, 22(350): 4–8.

Москаленко В.Ф., Коваленко В.М. (2002) Национальная программа профилактики и лечения артериальной гипертензии: стан виконання та напрямки подальшої реалізації в Україні. Матеріали Української науково-практичної конференції «Профілактика і лікування артериальної гіпертензії в Україні в рамках реалізації Національної програми». Моріон, Київ: 15–19.

Совершенствование ресурсного обеспечения выполнения государственных программ на региональном уровне

В.А. Гандзюк

Резюме. Цель исследования: научное обоснование, разработка и внедрение модели организации ресурсного обеспечения выполнения государственных программ на примере оказания медицинской помощи больным с артериальной гипертензией в сельской местности. **Объект исследования:** здоровье сельского населения, выполнение государственных программ. **Методы исследования:** системный подход и системный анализ; статистический, социологический, моделирования, экспериментальный, экспертных оценок. **Результаты исследования демонстрируют несоответствие существующего уровня ресурсного обеспечения мероприятий, предусмотренных государственными программами, направленными на улучшение здоровья населения. Доказано, что привлечение дополнительного финансирования позволяет руководителю учреждения здравоохранения сельской местности изменять структуру финансирования учреждения за счет дополнительного поступления средств, присоединять их к бюджетным ассигнованиям, направлять их для первоочередных потребностей ресурсного обеспечения выполнения государственных программ медицинской помощи в сельской местности.**

Ключевые слова: ресурсное обеспечение, государственные программы, орга-

низация медицинской помощи, внебюджетное финансирование.

Improving public resources of implementation of the state programs at regional level

V.A. Gandzyuk

Summary. Aim of the study: scientific rationale, development and implementation of the model of organization of resource provision of the state programs on the example of health care in patients with arterial hypertension in rural area. **Objects:** health of rural population; implementation of the state programs. **Methods:** systematic approach and system analysis; statistical, sociological, modeling, experimental, expert assessments. **Study found** a disparity of the existing level of resource support of government programs aimed at improving the health of the population. It is proved that additional funding allows the head of health care to change the structure of rural finance institutions due to inflow of additional funds, to attach it to the budget and direct to priority needs of implementation of the state program of medical care in rural areas.

Key words: resource provision, state programs, organization of medical care, extra-budgetary funding.

Адреса для листування:

Гандзюк Володимир Андрійович
01014, Київ, вул. Верхня, 5
Науковий відділ організації медичної допомоги ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС

Одержано 30.01.2014

Реферативна інформація

Противотревожные и снотворные препараты утаивают риск смерти

Применение анксиолитиков и гипнотиков (противотревожных и снотворных препаратов) существенно повышает риск смерти. Эти результаты доктор медицины Скотт Вейч (Scott Weich) с коллегами из Уорвикского университета озвучили после анализа данных, полученных из выборки из более 100 тыс. пациентов. По мнению ученых, они указывают на необходимость более осторожного назначения подобных препаратов.

Так, в Великобритании в 2011–2012 гг. сделано более 16 млн назначений гипнотиков и бензодиазепинов, из них в 62% случаев назначали бензодиазепины и в 32% — залеплон, золпидем и зопиклон. Насколько оправданно такое огромное число назначений в сети первичной медицинской помощи — сказать сложно. В любом случае при их назначении следует учитывать ряд факторов, таких как повышение риска деменции, психомоторных нарушений, пневмонии и других инфекций.

В 4 из 6 исследований, в которых изучали влияние этих препаратов на риск смерти, такое влияние удалось доказать. Относительный риск (ОР) смерти в этих исследованиях колебался в пределах 1,14–4,56. В новой работе ученых обследовано более 100 тыс. пациентов, из которых 34 727 принимали анксиолитики и гипнотики. Остальные пациенты, не принимавшие их, составили контрольную группу. Участников наблюдали в течение нескольких лет.

Риск смерти при приеме бензодиазепинов и «Z» препаратов в 1-й год наблюдения был повышен в 3,46 раза (95% доверительный интервал (ДИ) 3,34–3,59). Стандартизация по переменным,

которые могли повлиять на результат, продемонстрировала повышение риска в 3,32 раза (95% ДИ 3,19–3,45). После исключения смертей, зафиксированных в 1-й год наблюдения, прием препаратов ассоциировался с 4 дополнительными летальными исходами на 100 человек за период в 7,6 года после первого назначения.

При дальнейшем анализе ученые выявили связь риска смерти с дозой препарата. Так, для пациентов, которые на протяжении года приняли 90 суточных доз, риск смерти по сравнению с контролем был повышен уже в 4,51 раза (95% ДИ 4,22–4,82). Максимальное повышение риска смерти отмечали для бензодиазепинов (ОР 3,89). Для «Z» и других изучаемых препаратов группы анксиолитиков и гипнотиков риск был ниже (3,5 и 2,18 соответственно).

При изучении характеристик пациентов, принимающих и не принимающих изучаемые препараты, ученые выявили некоторые различия. Так, у больных, которые принимали анксиолитики и гипнотики, чаще курили, более часто развивались соматические и психические заболевания. После стандартизации по этим факторам ОР смерти для таких пациентов составил уже 2,08. Общая смертность за весь период наблюдения (медиана 7,6 года) при приеме анксиолитиков и гипнотиков составила 26,46 случаев на 100 человек, для контроля — 16,82 случая на 100 человек.

Исследователи подчеркивают, что в связи с наблюдательным дизайном исследования полученные результаты следует интерпретировать с осторожностью, так как на них могли оказать влияние неучтенные факторы.

Weich S., Pearce H.L., Croft P. et al. (2014) Effects of anxiolytic and hypnotic drug prescriptions on mortality hazards: retrospective cohort study. *BMJ*, 348: g1996.

Виталий Безшейко