

УДК 614.2.001.73(1-22)(477.46)

М.В. Лобас

Стратегічні підходи до реформування системи охорони здоров'я сільського населення Черкаської області

Департамент охорони здоров'я Черкаської облдержадміністрації, м. Черкаси, Україна

Мета – розробити стратегічні підходи до реформування системи охорони здоров'я сільського населення Черкаської області.

Матеріали та методи. Матеріалами дослідження були дані галузевої статистичної звітності системи охорони здоров'я Черкаської області. Використано такі методи: статистичний, бібліосемантичний, описового моделювання, структурно-логічного аналізу.

Результати. Встановлено проблеми системи охорони здоров'я області, які носять організаційний характер, стосуються всіх рівнів і видів медичної допомоги. При існуючому стані системи охорони здоров'я потреби населення в медичній допомозі можуть бути задоволені частково.

Висновки. Для проведення ефективної реформи системи охорони здоров'я області слід розробити та прийняти цільову комплексну регіональну програму розвитку системи охорони здоров'я.

Ключові слова: система охорони здоров'я, стан, діяльність, аналіз, недоліки, проблеми, реформування, стратегічні підходи.

Вступ

Питання реформування системи охорони здоров'я є актуальним питанням сьогодення [1, 5]. Особливо гостро стоїть питання реформування сільської медицини, враховуючи її стан та низький рівень доступності медичної допомоги для мешканців села та низьку її якість [2–4].

Мета роботи – розробити стратегічні підходи до реформування системи охорони здоров'я сільського населення Черкаської області.

Матеріали та методи

Матеріалами дослідження були дані галузевої статистичної звітності системи охорони здоров'я Черкаської області. Використано такі методи: статистичний, бібліосемантичний, описового моделювання, структурно-логічного аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення

Розробка стратегічних підходів до реформування системи охорони здоров'я сільського населення Черкаської області базувалась на даних аналізу галузевої статистичної звітності системи охорони здоров'я області та виявлених при цьому проблемах.

У ході проведеного аналізу були виявлені наступні проблеми в забезпеченні сільського населення області медичною допомогою.

Станом на 01.01.2016 р. в області функціонують 256 (2014 р. – 249) закладів охорони здоров'я та їх територіально відокремлених структурних підрозділів, з них 54 стаціонарні установи на 10 243 ліжка (2014 р. 53 –

10 508 ліжок), у т.ч. 20 центральних районних лікарень (ЦРЛ) на 3 874 ліжка (2014 р. – 3 966 ліжок), 1 районна лікарня (РЛ) на 55 ліжок (2014 р. – 1 на 55 ліжок), 6 дільничних лікарень (ДЛ) на 72 ліжка (2014 р. – 8 на 110 ліжок). Чисельність ліжок в області на кінець 2015 р. становить 10 243, показник забезпеченості складає 82,1 на 10 тис. населення (2014 р. – 10 508 – 84,2).

При цьому 36 фельдшерсько-акушерських пунктів – ФАПів (2014 р. – 35) обслуговують до 100 осіб. В той же час, як і в попередні роки, 46 ФАПів обслуговують понад 1000 населення.

Станом на 01.01.2016 р. в установах, підпорядкованих УОЗ ОДА, працювало 27 тис. 336 осіб, з них 15,3% складають лікарі, 41,3% – молодші спеціалісти з медичною освітою, 43,4% – інші працівники. Ситуація з кадровим забезпеченням закладів охорони здоров'я області залишається складною. Дефіцит лікарів у цілому по медичних установах складає 1 514 осіб. Укомплектованість штатних лікарських посад фізичними особами закладів охорони здоров'я всіх типів на 01.01.2016 р. становила 73,4% та в сільській місцевості – 72,52%. Найнижчий рівень укомплектованості штатних посад лікарських спеціальностей наведено в табл. 1.

Нижче середньорайонного показника укомплектовані штатні посади лікарів у закладах охорони здоров'я Канівського (63,4%), Драбівського (64,2%), Христинівського (66,3%), Тальнівського (66,4%), Корсунь-Шевченківського (66,5%), Чигиринського (67,2%), Лисянського (70,0%), Чорнобаївського (70,6%) та Черкаського (70,9%) районів. При цьому 23 сімейні амбулаторії, які на початок року функціонували без лікарів лікувального профілю та у 30 ФАПів жодна штатна посада середнього медперсоналу не укомплектована основним працівником.

Таблиця 1
Найнижчий рівень укомплектованості штатних посад лікарських спеціальностей, %

Лікарська спеціальність	2014 р.	2015 р.
Лікарі з лікувальної фізкультури	27,6	37,7
Патологоанатоми	50,7	49,4
Фтизіатри	68,5	67,6
Інфекціоністи	66,3	68,0
Сімейні лікарі	66,3	68,2
Терапевти	69,6	68,2
Рентгенологи	70,4	69,1
Педіатри	72,6	71,0
Анестезіологи	72,6	71,2

Укомплектованість штатних посад молодших спеціалістів з медичною освітою складає 93,2%. Нижче середньорайонного показника укомплектовані штатні посади молодших спеціалістів з медичною освітою в закладах охорони здоров'я Тальнівського (77,9%), Корсунь-Шевченківського (83,7%), Канівського (84,2%), Смілянського (87,0%), Городищенського (87,1%), Драбівського (88,5%) та Шполянського (88,6%) районів.

При нестабільних показниках забезпеченості та укомплектованості медичними кадрами звертає на себе увагу кількість працюючих лікарів пенсійного віку. Питома вага осіб пенсійного віку серед лікарів у 2015 р. становила 31,0%, ще 12,0% лікарів – це особи передпенсійного віку (2014 р. – 32,6% та 13,5% відповідно). Частка працюючих осіб пенсійного віку серед молодших спеціалістів з медичною освітою дещо зменшилась і становить 12,4% (2014 р. – 13,9%).

У закладах охорони здоров'я області працює 80,0% лікарів та 69,7% молодших спеціалістів із медичною освітою, які атестовані з присвоєнням атестаційних категорій (2014 р. – 79,0% та 68,9% відповідно).

У 2015 р. бюджет галузі (загальний фонд + бюджет розвитку) склав 1 836,1 млн грн, у тому числі за рахунок коштів медичної субвенції – 1 519,5 млн грн, решта – за рахунок коштів місцевих бюджетів. У структурі розподілу бюджетних призначень (із профінансованих) у цілому по області на заробітну плату з нарахуваннями припадає 67,4% спрямованих на галузь коштів, у тому числі по містах і районах – 77,8%, на оплату енергоносіїв – у цілому 10,7%. Середня заробітна плата працівників галузі в 2015 р. зросла проти 2014 р. на 19,0% і склала на 1 штатну посаду 2761,0 грн, у тому числі – лікарів 4053,0 грн, фахівців із базовою та неповною вищою медичною освітою – 2823,35 грн, але рівень середньої заробітної плати за 2015 р. у цілому на одну штатну посаду складає 82,2% до середнього рівня по економіці області (360,0 грн).

Вартість одного ліжко-дня з медикаментозного забезпечення по області за 2015 р. склала 24,47 грн. На вторинному рівні надання медичної допомоги найнижчою вона була в м. Сміла (1,93 грн) та Христинівському районі (3,76 грн), а найбільшою – у Драбівському (21,53 грн), Городищенському (15,81 грн) та Уманському (14,45 грн) районах. Фінансування видатків на харчування хворих у закладах охорони здоров'я залишалось стабільно незадовільним. При нормативі на день близько 30,0 грн у міських лікарнях, ЦРЛ та ДЛ на харчування хворих витрачається в межах 4–5 грн, а в чотирьох районах та м.Сміла – менше 3 грн на 1 день (Жашківський район – 2,46 грн), (табл. 2).

Таблиця 2
Витрати на фінансування медикаментозного забезпечення та харчування пацієнтів з розрахунку на один ліжко-день, 2015 р., грн

Тип закладів охорони здоров'я	Медикаментозне забезпечення	Харчування
Міські заклади охорони здоров'я	9,52	5,01
ЦРЛ, РЛ та ДЛ	9,87	6,29
Обласні заклади охорони здоров'я	48,31	20,93
По області	24,47	11,56

Усі заклади охорони здоров'я вторинного рівня надання медичної допомоги не мають оснащення, яке визначено Тателлями оснащення для закладів відповідного рівня. Потребує істотного покращення матеріально-технічна база амбулаторій загальної практики – сімейної медицини (АЗПСМ).

Так, за даними моніторингу розвитку первинної ланки в області станом на 01.01.2016 р. рівень оснащення АЗПСМ відповідно до діючого таблиця матеріально-технічного оснащення становить: до 30% – 61 амбулаторія, до 50% – 49, до 70% – 44, до 90% – 13. Повного оснащення не має жодна амбулаторія. На кінець звітного періоду у лікарських амбулаторіях

нараховується 187 автомобілів, що складає 31,9% від потреби (у тому числі 121 автомобіль в амбулаторіях центрів первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), що складає 35,8% від потреби); відповідно до вимог таблиця матеріально-технічного оснащення необхідно придбати 399 автомобілів (у т.ч. 217 автомобілів для амбулаторій центрів ПМСД).

Далі представлено короткий аналіз за видами медичної допомоги.

Первинна медико-санітарна допомога на засадах загальної практики – сімейної медицини. За сімейним принципом обслуговується 74,8% (2014 р. – 72,6%) населення області, у тому числі сільського – 77,0%

(2014 р. – 74,5%), з них: дітей – 34,9% (2014 р. – 34,9%), у тому числі сільських – 56,6% (2014 р. – 58,5%). Показник забезпеченості лікарями загальної практики – сімейними лікарями – ЛЗП-СЛ (фізичними особами) на 10 тис. населення становить 3,07. Низький рівень показників забезпеченості населення ЛЗП-СЛ відмічаються у Лисянському (1,67), Катеринопільському (2,04), Тальнівському (2,30) районах та м. Сміла (1,48). Найкращі показники мають Христинівський (3,95), Уманський (3,94) та Маньківський (3,93) райони. Найнижчий відсоток укомплектованості штатних посад фізичними особами у закладах ЗПСМ зареєстровано у Драбівському (36,7%), Лисянському (38,1%), Тальнівському (39,5%), Чигиринському (48,3%) та Черкаському (55,0%) районах. Укомплектованість штатних посад медичних сестер ЗПСМ фізичними особами складає 93,5% (2014 р. – 92,1%). Співвідношення кількості штатних посад сімейних лікарів до молодших медичних спеціалістів ЗПСМ у 2015 р. складає 1:1,2; 2014 р. – 1:1,3 (норматив 1:2). Середня кількість прикріпленого населення на 1 штатну посаду ЛЗП-СЛ по області становить 1663 особи (2014 р. – 1734), у т.ч. навантаження на ЛЗП-СЛ у сільській місцевості – 1590 осіб (2014 р. – 1653), у міській місцевості – 1728 (2014 р. – 1805), що є вищим від нормативного (1200 – у сільській місцевості, 1500 – у міській місцевості).

Стационарна медична допомога. Область по рівню госпіталізації хворих у стаціонарні установи з показником 24,6 за 2014 р. знаходилась на 3-му місці в Україні (2008 р. – 2-ге місце, 2009–2012 рр. – 3-тє, 2013 р. – 2-ге), починаючи з найбільшого показника на 100 жителів (Україна 2014 р. – 19,98), то по кількості пролікованих в денних стаціонарах – на 5-му (Україна 2014р. – 601,0). Число пролікованих в стаціонарних умовах на 100 жителів значно перевищує середньорайонний показник у Смілянському (23,2), Уманському (19,9), Шполянському (19,6), Маньківському (19,6), Монастирищенському (19,5), Звенигородському (19,2), Городищенському (18,9), Тальнівському (18,8) районах. Показник госпіталізації сільських жителів коливається від 11,7 у Чигиринському до 20,7 в Смілянському районах при середньорайонному показнику 16,5, тобто до ЦРЛ госпіталізуються в основному хворі районних центрів, що підтверджує можливість подальшого розвитку стаціонарозамінних видів допомоги. Робота ліжка в цілому по області зменшилась і становить 331 (2014 р. – 332) день на рік, що нижче за нормативний рівень (340) на 2,6%. Середнє перебування хворих в стаціонарах залишається на оптимальних термінах – 11,1 дня (2014 р. – 11,0) (Україна, 2014 р. – 323 – 11,6).

Робота хірургічного ліжка по області в 2015 р. залишається низькою і складає 318 днів при показнику середнього перебування на ліжку – 8,97 (2014 р. – 319 та 8,95 відповідно). Показник хірургічної активності по області склав 50,3% (2014 р. – 50,6%). В той же час кількість хворих, які були госпіталізовані після 24 годин від початку захворювання, збільшилась і показник

задавленої госпіталізації в 2015 р. склав 38,4% проти 35,56% у 2014 р.

Звертає на себе увагу відсоток повторної госпіталізації хворих з одного і того ж діагнозу в термін до 30 днів, який складає по області 0,3% серед дітей та 0,4% серед дорослих. Значно більший відсоток повторно госпіталізованих в Черкаському – 1,44%, Жашківському – 1,36%, Лисянському – 1,34%, Христинівському районах – 1,08% від виписаних дорослих.

Екстрена медична допомога на догоспітальному етапі населенню області надається комунальною установою «Обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Черкаської обласної ради» (далі – Центр), до складу якого входять: 5 станцій швидкої медичної допомоги (ШМД) – філій Центру (Черкаська, Смілянська, Уманська, Звенигородська, Лівобережна); 16 підстанцій ШМД; 19 пунктів постійного базування бригад ШМД; 7 пунктів тимчасового базування бригад ШМД. Станом на 01.01.2016 р. у Центрі всього затверджено 1485 посад, у тому числі: 155,5 – лікарські посади; 695,75 – посади молодших спеціалістів з медичною освітою; 70,75 – посад молодшого медичного персоналу; 559,0 – посади іншого персоналу, з них – 468,75 посад водіїв ШМД.

У 2015 р. кількість штатних посад закладу збільшилась на 11,25 одиниць (7,0 – лікарських, 3,0 – молодших спеціалістів з медичною освітою, 1,25 – економістів), проте лікарями служба екстреної медичної допомоги (ЕМД) забезпечена недостатньо – 1,2 на 10 тис. нас. при середньоукраїнському рівні – 1,8.

Бригади ШМД забезпечені медичною апаратурою на 70% (не достає дефібриляторів та відсмоктувачів). У першу чергу необхідно придбати 20 дефібриляторів та 40 відсмоктувачів. Паливно-мастильними матеріалами, медикаментами та виробами медичного призначення Центр забезпечений. 80% автомобілів ШМД обладнані GPS навігаційною системою, що дає можливість відстежувати рух бригад по області та Україні, 22% автомобілів ШМД обладнані відеореєстраторами.

Станом на 01.01.2016 р. у Центрі функціонує 100 бригад ШМД (29 лікарських та 71 фельдшерська). Забезпеченість бригадами ШМД в середньому по області складає 0,79 на 10 тис. населення при нормативі 0,7.

За 2015 р. бригадами ШМД області за викликами здійснено 308 865 виїздів, що лише на 21 виїзд менше, ніж за минулий рік (2014 р. – 308 886).

Показник прибуття бригад ШМД до пацієнта з дотриманням нормативу доїзду до 10 хв. із моменту звернення в містах та до 20 хв. у сільській місцевості у звітному році дещо покращився проти відповідних показників 2014 р. та становить 95,4% у місті та 90% у сільській місцевості (2014 р. – 95% та 89,9% відповідно).

Бригади ШМД почали виконувати більше профільних викликів. Так, профільність виконаних викликів порівняно з 2014 р. збільшилась на 2% і становить 88,6%. Виїзди до хронічних хворих за 2015 р. становлять 2,3% (2014 р. – 2,6%), що менше відповідного нормативного показника, який дорівнює 3,2%. Водночас

відмічається зменшення кількості непрофільних виїздів (на 23%) та міжлікарняних перевезень пацієнтів (на 8%), що є позитивними змінами. Середньодобове навантаження на бригаду ШМД становить на лікарську бригаду – 8,1 (2014 р. – 8,8), на фельдшерську бригаду – 8,1 (2014 р. – 7,9).

Аналіз за зверненнями пацієнтів до закладів ШМД по термінам початку больового синдрому при інфаркті міокарда (до приїзду бригади ШМД) свідчить, що лише 44% пацієнтів звертаються за екстреною медичною допомогою в перші 2 год. з початку нападу, що дало можливість провести 114 тромболізісів.

Найбільшою проблемою закладу, яка потребує нагального вирішення, є відсутність приміщення. Обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Черкаської обласної ради до цього часу не має своєї будівлі і розміщений в орендованих та пристосованих приміщеннях, що не дає змогу створити єдину оперативну диспетчерську службу Центру, передбачену ст. 8 Закону України «Про екстрену медичну допомогу».

Педіатрична служба. Залишається особливо гострою кадровою ситуація, яка склалася в педіатричній службі області. На 31.12.2015 на 353,75 штатних посадах працював 251 педіатр. Укомплектованість штатних посад фізичними особами складає 71,0% (Україна – 75,2%).

Найнижчі показники укомплектованості штатних посад фізичними особами зареєстровані у Лисянському (47,0%), Городищенському (52,2%), Тальнівському (55,2%), Христинівському (60%) та Звенигородському (60,3%) районах.

Кількість штатних посад педіатрів-неонатологів в області за 2015 р. становить 59,25 (2014 р. – 60,5), фізичних осіб – 43 (2014 р. – 47). Укомплектованість штатних посад складає 72,6% (Україна – 77,7%). Відсутні фізичні особи лікарів педіатрів-неонатологів у Тальнівському, Чорнобаївському, Уманському та Чигиринському районах.

При цьому на задовольняє потребу організація перинатальної допомоги в області.

Онкологічна служба. Рівень захворюваності населення на злоякісні новоутворення в області щорічно перевищує середній рівень по Україні. У 2015 р. зареєстровано 4857 (2014 р. – 4813) нових випадків захворювання на злоякісні новоутворення. При цьому рівень захворюваності становить 38,9 на 10 тис. населення проти та 38,3 у 2014 р. (Україна, у 2014 р. – 31,4 на 10 тис.населення).

Найвищі показники загальної занедбаності у 2015 р. зареєстровано у Жашківському (29,2%), Катеринопільському та Чигиринському (по 28,3%), Тальнівському (25,0%) і Уманському (24,0%) районах та у м. Черкаси і Ватутіне (по 26,5%) при обласному показнику 23,0%.

Візуальна занедбаність найвища у Катеринопільському (33,3%), Драбівському (28,6%), Чигиринському (24,2%) і Жашківському (23,8%) районах та в м. Сміла (20,3%) при обласному показнику 16,2%.

Недостатня онконастороженість як медичних працівників, так і населення призводить до того, що у кожної 4-ї жінки, хворої на рак молочної залози, та у кожної 5-ї жінки, хворої на рак шийки матки, захворювання діагностується в занедбаних формах, у кожного другого хворого рак легень та у кожного третього хворого рак шлунку виявляється на останній стадії захворювання.

В області існує ряд нагальних проблем щодо діагностичних та лікувальних можливостей обласного онкологічного диспансеру. Відсутність капітальних видатків в кошторисі закладу впродовж останніх років призвели до критичного стану діагностичного та лікувального обладнання, що характеризується наступним:

- відсутність у достатній кількості наркозно-дихального обладнання обмежує можливості для хірургічного лікування онкологічних хворих;

- обладнання для рентген-терапії працює вже понад 35 років і має повне зношення.

Крім того, вкрай обмежене фінансування закладу дозволяє задовольнити потребу в медикаментах менше, ніж на 10% від потреби.

Основними проблемами в організації стоматологічної допомоги населенню є:

- низький рівень матеріально-технічного забезпечення та бюджетного фінансування лікувально-профілактичних закладів комунальної форми власності, особливо в Христинівському, Тальнівському, Лисянському та Кам'янському районах;

- низька забезпеченість сільського населення лікарями-стоматологами, особливо в Городищенському, Кам'янському, Тальнівському, К.-Шевченківському та Христинівському районах;

- недостатня укомплектованість стоматологами в Шполянському, Канівському та К.-Шевченківському районах;

- низький рівень бюджетного фінансування стоматологічних установ, особливо в м. Умань, Корсунь-Шевченківському, Лисянському та Христинівському районах.

У ході проведеного аналізу встановлено, що подібна ситуація склалася і в інших службах системи охорони здоров'я області. Така ситуація призводить до недостатньої доступності (фізичної та економічної) медичної допомоги, низької її якості та ефективності, вираженої нерівності для різних категорій населення області в доступі до медичної допомоги, що призводить до погіршення медико-демографічної ситуації.

Базуючись на отриманих у ході проведеного аналізу даних запропоновані стратегічні підходи до реформування системи охорони здоров'я сільському населенню Черкаської області.

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

Стратегічно вона повинна мати два розділи:

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

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

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

Основними складовими розділу є наступні напрями:

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

- розвиток окремих, найбільш актуальних для регіону служб та видів медичної допомоги: перинатальна, кардіологічна, фізіотрична, онкологічна, неонатологічна, психіатрична, стоматологічна тощо.

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

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

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

Висновки

Базуючись на отриманих у ході проведеного аналізу стану системи охорони здоров'я області, запропоновано стратегічні підходи до реформування системи охорони здоров'я сільського населення Черкаської області з розробкою та прийняттям цільової комплексної регіональної програми розвитку системи охорони здоров'я.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з розробкою конкретних заходів із реформування системи охорони здоров'я сільського населення Черкаської області.

Література

1. До питання автономізації закладів охорони здоров'я / Г. О. Слабкий, І. М. Рогач, В. В. Скрип [та ін.] // Організація та управління охороною здоров'я 2016 : наук.-практ. конф. з міжнар. участю, м. Київ, 18–20 жовтня 2016 р. : тези доп. – Київ : ВІЦ «КиївЕкспоПлаза», 2016. – С. 60.
2. *Результати діяльності сфери охорони здоров'я України: 2013 рік* / за ред. Міністра охорони здоров'я Р.В. Богатирьової ; МОЗ України, ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України». – Київ : МОЗ України, 2014. – 168 с.
3. *Результати діяльності галузі охорони здоров'я: 2012 рік (інформаційно-аналітичне видання)* / за ред. Міністра охорони здоров'я Р.В. Богатирьової. – Київ : МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України», 2013. – 110 с.

4. *Характеристика* стану здоров'я населення та системи охорони здоров'я. 2015 рік. Київська область / Г. О. Слабкий, О. Ф. Глушаниця, П. М. Лисенко, В. Г. Слабкий ; ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ, 2016. – 51 с.
5. *Щорічна доповідь* про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік / за ред. Шафранського В.В.; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ, 2016. – 452 с.

Дата надходження рукопису до редакції: 12.10.2017 р.

Стратегические подходы к реформированию системы охраны здоровья сельского населения Черкасской области

М.В. Лобас

Департамент здравоохранения Черкасской облгосадминистрации, г. Черкассы, Украина

Цель – разработать стратегические подходы к реформированию системы здравоохранения сельского населения Черкасской области.

Материалы и методы. Материалами исследования были данные отраслевой статистической отчетности системы здравоохранения Черкасской области. Использованы такие методы: статистический, библиосемантический, описательного моделирования, структурно-логического анализа.

Результаты. Установлены проблемы системы здравоохранения области, которые носят организационный характер, касаются всех уровней и видов медицинской помощи. При существующем состоянии системы здравоохранения потребности населения в медицинской помощи могут быть удовлетворены частично.

Выводы. Для проведения эффективной реформы системы здравоохранения области следует разработать и принять целевую комплексную региональную программу развития системы здравоохранения.

Ключевые слова: система здравоохранения, состояние, деятельность, анализ, недостатки, проблемы, реформирование, стратегические подходы.

Strategic approaches to reforming the system of health care for rural population of Cherkassy region

M.V. Lobas

Department of Health Care of Cherkassy Regional State Administration, Cherkassy, Ukraine

Purpose – to develop strategic approaches to reforming the system of health care for rural population of Cherkassy region.

Materials and methods. The following methods were applied in the course of study: statistical, bibliosemantic, of descriptive modeling, of structural-and-logical analysis. The data of industry statistical reporting of Cherkassy region health care system were used as the material of study.

Results. The problems in health care system of the region were determined in the course of analysis undertaken. They are of organizational character. The problems are related to all the levels and types of care. The needs of the population in medical care can be satisfied only partly in the conditions of the existing state of health care system.

Conclusions. To effectively reform the health care system of the region it is necessary to work out and adopt a targeted comprehensive regional program of the health care system development.

Key words: health care system, state, activity, analysis, drawbacks, problems, reforming, strategic approaches.

Відомості про автора

Лобас Михайло Віталійович – начальник Управління охорони здоров'я Черкаської облдержадміністрації; бул. Шевченка, 185, м. Черкаси, 18000, Україна.