

сферами. У самій системі охорони здоров'я пріоритетною інтеграцією є консолідації зусиль ПМД та системи громадського здоров'я щодо впливу на детермінанти здоров'я населення.

### Список літератури

1. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Профілактика серцево-судинних захворювань» / [М. Ю. Соколов, Т. В. Талаєва, О. М. Лищишина та ін.]. – Київ: Державний експертний центр МОЗ України, 2016. – [Електронний документ]. – Режим доступу: [http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2016\\_564\\_PSSZ/2016\\_564\\_AKN\\_PSSZ.pdf](http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2016_564_PSSZ/2016_564_AKN_PSSZ.pdf)

2. Европейская рамочная основа для действий по организации интегрированного предоставления услуг здравоохранения. Программа «Предоставление услуг здравоохранения» / Отдел систем здравоохранения и охраны общественного здоровья. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2016. - 20 с.

3. Системы здравоохранения, здоровье и благосостояние: оценка аргументов в пользу инвестирования в системы здравоохранения. Справочный документ №3 / J. Figueras, M. McKee, S. Lessof [et al.]. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2008. - 75 с.

## ПРОБЛЕМИ ДОСТУПНОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В СВІТЛІ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

<sup>1</sup>Литвинова Л.О., <sup>1</sup>Гречишкіна Н.В., <sup>1</sup>Донік О.М., <sup>2</sup>Тонковид О.Б.

<sup>1</sup>Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, м. Київ

<sup>2</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика,  
м. Київ, Україна

Протягом усіх семидесяти років існування Всесвітньої організації охорони здоров'я основоположним її принципом є «Здоров'я для всіх», який може бути реалізований через забезпечення загального охоплення послугами охорони здоров'я. Збереження доступності медичної допомоги, особливо на тлі соціально-

економічної нерівності суспільства, – один із пріоритетів будь-якої системи охорони здоров'я, особливо від час її реформування. Починаючи з 2010 року, коли розпочалася реформа первинної ланки в пілотних регіонах, і до теперішнього часу оптимізація ліжкового фонду призвела до скорочення забезпеченості ліжками на 20%, відповідно зменшилась частота госпіталізації на 12%. Забезпеченість бригадами швидкої допомоги скоротилась на 33%, при цьому відповідно кількість викликів швидкої скоротилась на 25%.

Забезпеченість лікарями скоротилась на 11,2%, середнім медичним персоналом – на 15,4%, оскільки значна частина вітчизняних медичних працівників працює за кордоном. Кількість амбулаторно-поліклінічних закладів збільшилась на 19%, при цьому кількість звернень до них на одного жителя скоротилась на 14% за 2010-2016 рр.

Основним критерієм ефективності діяльності лікувально-профілактичних закладів має бути стан здоров'я населення. За даними Державної служби статистики України, яка проводить щорічно вибіркове опитування населення щодо здоров'я та доступності медичних послуг, майже половина населення стабільно протягом останніх п'яти років оцінює свій стан здоров'я як «добрий» (серед країн ЄС – дві третини) і тільки 10% як «поганий». Серед негативних впливів на здоров'я 39% відмічають наслідки аварії на ЧАЕС, і не вказують на вплив власного способу життя, хоча палить 20% населення. Позитивним моментом є зниження споживання населенням алкоголю, що пов'язано з підвищенням цін на алкоголь та пропагандою здорового способу життя.

Основним методом вивчення захворюваності, як одного з важливих показників здоров'я населення, лишається метод за зверненнями пацієнтів по медичну допомогу. За даними Центру статистики МОЗ України за період 2010-2016 р.р. поширеність захворювань знизилась на 8%, а первинна захворюваність – на 11%. Чи є це незначне зниження захворюваності і поширеності свідченням покращення здоров'я населення? Чи скоріше це віддзеркалює зниження доступності медичних послуг, значна кількість яких стає платними, а населення все більше вдається до самолікування. За даними опитування 25% (у 2010 р.

тільки 15%) респондентів вказали на неможливість отримання медичних послуг внаслідок їх високої вартості чи вартості ліків. Особи, які перебували на стаціонарному лікуванні, у 93% випадків брали з собою до лікарні медикаменти, у 77% – їжу, у 65% – постільну білизну. Частка осіб, які не брали нічого з перерахованого, склала лише 3%. Вочевидь наша медицина давно перестала бути безоплатною, навіть на первинному рівні, проте і до страхової іще не готова. За новою ідеологією реформи фінансування охорони здоров'я «гроші мають йти за пацієнтом», а не за ліжком чи лікарем. Але поки що вони стрімко спливають з кишень пацієнтів.

Ще більше занепокоєння викликає подальша доля сільської медицини в контексті поступового запровадження госпітальних округів з огляду на відсутність належного сполучення між населеними пунктами (незадовільний стан доріг, відсутність транспорту). В сільській місцевості 60% респондентів вказали на неможливість відвідати лікаря.

Баланс потреби населення у медичній допомозі та її забезпечення може бути оптимальним тільки за умов постійного якісного моніторингу здоров'я населення.

В основі обґрунтування потреб у медичній допомозі важливими є два аспекти: повна і своєчасна реєстрація захворюваності (вона зараз кардинально зміниться із скасуванням талонів № 025-2/о і введенням електронного документообліку, а саме ІСРС2 як складової еHealth) та її детальний аналіз (хто і на основі чого його буде здійснювати – Центр медичної статистики, Центр громадського здоров'я чи ДП «Електронне здоров'я»?).

Останнім нововведенням реформи є скасування диспансеризації (щорічних медоглядів певних контингентів населення) з переходом на модель регулярних скринінгових оглядів по групах ризику, посилаючись на міжнародний досвід. Це має спонукати населення до відповідального ставлення до свого здоров'я, мотивувати кожного бути пильним, прислуховуватись до свого організму і в разі потреби звертатися до лікаря. Але ж чи всі матимуть таку можливість (мати

достатній рівень свідомості та санітарної культури, подолати відстань до медичного закладу, сплатити за послугу тощо).

Все більше українцям потрібно покладатися лише на себе. Важко зараз оцінити майбутню ефективність певних кроків з реформування, але однозначно задля збереження здоров'я потрібен постійний моніторинг ефективності реформ в системі охорони здоров'я.

## **ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ МЕДИКО-ГЕНЕТИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ**

*Микитенко Д. О.*

*Національний медичний університет імені О. О. Богомольця,*

*ТОВ «Клініка репродуктивної медицини «Надія», м. Київ, Україна*

Проблема попередження виникнення генетично зумовленої патології є недостатньо дослідженою та потребує удосконалення в питаннях організації медико-генетичного моніторингу в сучасних умовах формування системи громадського здоров'я та пріоритетного розвитку профілактичного напрямку охорони здоров'я

Встановлено недосконалість системи організації медико-генетичної допомоги, невідповідність її міжнародній і вітчизняній профілактичній стратегії охорони здоров'я, обмеженість ресурсних можливостей для забезпечення доступної і якісної медико-генетичної допомоги. Встановлено тенденцію до зменшення чисельності посад лікарів-генетиків з 2013 р. до 2015 р. на 15,5% та скорочення мережі закладів на 19,4% , що призвело до зменшення доступності генетичної допомоги для населення. Виявлено недосконалість системи оцінювання медичної й економічної ефективності лікувально-діагностичних заходів медико-генетичного профілю. Підтверджено, що система скерована на виявлення випадків захворювань, а не носіїв генетичних мутацій, що призводить до значної недодіагностики, унеможливорює зниження генетичного тягаря та призупинення процесів деградації генофонду. Встановлено, що поширеність вроджених вад