

УДК 61, 615.47-114:616-07-08

УКПП

№ державної реєстрації 0119U103418

Інв. №

Міністерство освіти і науки України
Сумський державний університет (СумДУ)
40007, Суми, вул. Р.-Корсакова, 2;
тел. (0542) 33-41-08/33-40-49

ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор з наукової роботи,
д-р фіз.-мат. наук, професор

_____ А.М. Черноус

ЗВІТ
ПРО НАУКОВО-ДОСЛІДНУ РОБОТУ
Наукове обґрунтування розробки системи громадського здоров'я та моделі
управління якістю медичної допомоги на регіональному рівні

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ОПТИМІЗАЦІЇ МОДЕЛІ
МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ
СІЛЬСЬКОГОСПОДАРСЬКОГО РЕГІОНУ
(проміжний)

Керівник НДР

д-р мед. наук, професор

В.А. Сміянов

2020

Рукопис було завершено __ грудня 2020 року

Результати цієї роботи були розглянуті вченою радою, протокол від _____ № _

СПИСОК АВТОРІВ

Керівник НДР, професор кафедри громадського здоров'я, д-р мед. наук, професор	_____ __._.2020 р.	В.А. Сміянов (підрозділ 2.2, 2.3, 3.1.1, 3.2, 4.3, 5.3)
Відповідальний виконавець	_____ __._.2020 р.	В.В. Горох (підрозділ 1, 2, 3, 4, 5, висновки)
Виконавці: Науковий співробітник	_____ __._.2020 р.	О.І. Сміянова (підрозділ 1.2, 2.1, 4.2)
Науковий співробітник	_____ __._.2020 р.	В.О. Ясенюк (Курганська) (підрозділ 4.2, 4.3)
Науковий співробітник, аспірантка	_____ __._.2020 р.	Н.О. Дрига (підрозділ 4.2, 4.3)
Лаборант	_____ __._.2020 р.	М.О. Кравченко (підрозділ 3.3, 3.4)

РЕФЕРАТ

Звіт про НДР: 148 с., 41 табл., 2 рис., 11 дод., 163 джерела

МЕДИЧНА ДОПОМОГА, НАСЕЛЕННЯ З ХВОРОБАМИ КРОВІ ТА КРОВОТВОРНИХ ОРГАНІВ, ОПТИМІЗАЦІЯ, ОПТИМІЗОВАНА ФУНКЦІОНАЛЬНО-ОРГАНІЗАЦІЙНА МОДЕЛЬ, ПРОБЛЕМИ, СУМСЬКА ОБЛАСТЬ, ЯКІСТЬ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Об'єкт дослідження – організація надання гематологічної медичної допомоги населенню Сумської області.

Мета роботи – науково обґрунтувати концептуальні підходи до оптимізації організаційно-методичних технологій та розробити оптимізовану модель медичної допомоги населенню сільськогосподарського регіону з хворобами крові та кровотворних органів в умовах реформування галузі охорони здоров'я та впровадження гарантованого державою обсягу медичної допомоги.

У дослідженнях безпосередньо та в різних комбінаціях використані наступні методи наукового дослідження: системного аналізу, бібліосемантичний, соціологічний, статистичний, концептуального та описового моделювання, експертних оцінок, організаційного експерименту.

При виконанні НДР були отримані наступні нові наукові результати: системно представлено проблеми надання медичної допомоги дорослому населенню сільськогосподарської області з хворобами крові та кровотворних органів та шляхи їх вирішення з досягненням позитивних медичних, соціальних та економічних результатів; розроблено та впроваджено оптимізовану модель медичної допомоги населенню сільськогосподарського регіону з хворобами крові та кровотворних органів в умовах реформування галузі охорони здоров'я та оцінено її ефективність.

Наукові результати були впроваджені в діяльність системи охорони здоров'я Сумської області - 5 закладів охорони здоров'я. Практична значимість результатів для системи освіти: результати враховані при викладанні 6 навчальних дисциплін.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	6
ВСТУП	7
1 Організація медичної допомоги хворим з хворобами крові та кровотворних органів в умовах реформування системи охорони здоров'я в Україні	11
1.1 Характеристика стратегічних підходів до реформування системи охорони здоров'я в Україні	12
1.2 Аналіз захворюваності населення на хвороби крові та кровотворних органів та досвід організації ефективної гематологічної допомоги	18
2 Характеристика епідеміології хвороб крові та кровотворних органів у дорослого населення Сумської області	23
2.1 Аналіз показників захворюваності дорослого населення Сумської області на хвороби крові та кровотворних органів	23
2.2 Аналіз показників поширеності серед дорослого населення Сумської області хвороб крові та кровотворних органів	29
2.3 Аналіз показників первинного виходу на інвалідність дорослого населення Сумської області внаслідок хвороб крові та кровотворних органів	34
2.4 Аналіз показників смертності дорослого населення Сумської області внаслідок хвороб крові та кровотворних органів	35
3 Аналіз організації спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги хворим на хвороби крові та кровотворних органів в Сумській області	37
3.1 Характеристика спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної допомоги хворим на хвороби крові та кровотворних органів	37
3.1.1 Характеристика кадрового забезпечення медичної допомоги хворим з хворобами крові та кровотворних органів	38
3.1.2 Характеристика показників надання амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги хворим з хворобами крові та кровотворних органів	46
3.2 Характеристика спеціалізованої стаціонарної допомоги хворим на хвороби крові та кровотворних органів	51

3.3 Характеристика високоспеціалізованої допомоги хворим на хвороби крові та кровотворних органів	56
3.4 Оцінка населенням, яке має хвороби крові та кровотворних органів, спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної допомоги	59
3.5 Оцінка пацієнтами з хворобами крові та кровотворних органів спеціалізованої та високоспеціалізованої стаціонарної допомоги	61
4 Стан розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної лікарської практики – сімейної медицини в Сумській області та рівень її готовності до надання медичної допомоги хворим на хвороби крові та кровотворних органів	63
4.1 Загальна характеристика Сумської області та населення, яке в ній проживає	63
4.2 Стан розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної лікарської практики - сімейної медицини в Сумській області	65
4.3 Результати дослідження рівня спроможності первинної ланки до надання медичної допомоги хворим на хвороби крові та кровотворних органів	68
4.4 Результати дослідження задоволеності хворих на хвороби крові та кровотворних органів рівнем отримання медичної допомоги у лікарів загальної практики – сімейних лікарів	72
5 Обґрунтування та характеристика організаційно-методичних технологій оптимізації медичної допомоги населенню сільськогосподарського регіону з хворобами крові та кровотворних органів	75
5.1 Теоретичне обґрунтування концептуальних підходів до оптимізації організаційно-методичних технологій надання медичної допомоги хворим на хвороби крові та кровотворних органів в сільськогосподарському регіоні на сучасному етапі реформування галузі охорони здоров'я	75
5.2 Характеристика оптимізованої моделі медичної допомоги населенню сільськогосподарського регіону з хворобами крові та кровотворних органів	85
5.3 Управління службою надання медичної допомоги хворим з хворобами крові та кровотворних органів на рівні сільськогосподарської області	90
5.4 Експертна оцінка та результати впровадження запропонованих інновацій	96
ВИСНОВКИ	100
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ	105
ДОДАТКИ	123

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АЗПСМ	– амбулаторія загальної практики – сімейної медицини;
БПЯ	– безперервне підвищення якості медичної допомоги;
ВООЗ	– всесвітня організація охорони здоров'я;
ГМД	– гематологічна медична допомога;
ЗОЗ	– заклад охорони здоров'я;
ЗПСМ	– загальна практика - сімейна медицина;
КТ	– комп'ютерна томографія;
ЛЗП-СЛ	– лікар загальної практики - сімейний лікар;
МД	– медична допомога;
МКЛ	– міська клінічна лікарня;
МРТ	– магнітно-резонансна томографія;
НСЗУ	– національна служба здоров'я України;
ОГК	– органи грудної клітковини;
ОЧП	– органи черевної порожнини;
ПМСД	– первинна медико-санітарна допомога;
СЛА	– сімейна лікарська амбулаторія;
сmt	– селище міського типу;
ТУ	– тематичне удосконалення;
УЗД	– ультразвукове дослідження;
ФБС	– фібробронхоскопія;
ФГДС	– фіброгастроскопія;
ФКС	– фіброколоноскопія;
ЦРЛ	– центральна районна лікарня;
ШКТ	– шлунково-кишковий тракт.

ВСТУП

Здоров'я населення України має стійкі тенденції до погіршення [1, 2]. До класів хвороб, які мають суттєвий вплив на зростання рівня захворюваності населення, його інвалідизації та смертності, відносяться і хвороби крові та кровотворних органів [3, 4]. Зростання рівня захворюваності населення на хвороби крові та кровотворних органів в Україні відмічалось після аварії на ЧАЕС [5, 6]. Деякі вчені вказують на високий рівень захворюваності населення на хвороби крові та кровотворних органів на територіях з розвинутою промисловістю, що зумовлено незадовільною якістю навколишнього середовища [7, 8]. Зростання рівня захворюваності населення на хвороби крові та кровотворних органів потребує оптимізації медичної допомоги даній категорії населення [9].

Визначення ефективних шляхів покращення здоров'я населення на сучасному етапі неможливе без удосконалення системи охорони здоров'я [10, 11] і, в першу чергу, спеціалізованої, з її інтеграцією на первинний рівень [12, 13]. Важливим напрямком в цьому процесі є підвищення рівня якості медичної допомоги та її доступності при забезпеченні безпечності медичних послуг шляхом впровадження сучасних організаційних та клінічних технологій [14-18].

Актуальність та доцільність виконання даної роботи з оптимізації моделі медичної допомоги хворим на хвороби крові та кровотворних органів на регіональному рівні підкріплюється реформуванням системи охорони здоров'я, в тому числі її структурною перебудовою [19, 20] та запровадженням гарантованого державою безоплатного обсягу медичної допомоги [21, 22]. При цьому необхідно зазначити, що ВООЗ наголошує на тому, що системи охорони здоров'я мають забезпечувати потреби населення в доступній та якісній медичній допомозі з їх захистом від знебожіння в разі хвороби [23] та необхідність прийняття науково обґрунтованих рішень в процесі реформування систем охорони здоров'я [24-26].

В Україні досліджень з удосконалення медичної допомоги хворим на хвороби крові та кровотворних органів на регіональному рівні в сучасних умовах

реформування галузі не проводилося, що і зумовило актуальність дослідження та його мету і завдання.

Мета дослідження полягає у науковому обґрунтуванні концептуальних підходів до оптимізації організаційно-методичних технологій та розробці оптимізованої моделі медичної допомоги населенню сільськогосподарського регіону з хворобами крові та кровотворних органів в умовах реформування галузі охорони здоров'я і впровадженні гарантованого державою обсягу медичної допомоги.

Об'єкт дослідження: організація надання гематологічної медичної допомоги населенню Сумської області.

Предмет дослідження: епідеміологія захворювань дорослого населення на хвороби крові та кровотворних органів; система первинної, спеціалізованої амбулаторної та стаціонарної медичної допомоги дорослому населенню з хворобами крові та кровотворних органів.

Наукова новизна роботи полягає в тому, що вперше в Україні системно представлено проблеми надання медичної допомоги дорослому населенню сільськогосподарської області з хворобами крові та кровотворних органів та шляхи їх вирішення з досягненням позитивних медичних, соціальних та економічних результатів на сучасному етапі реформування системи охорони здоров'я в Україні; встановлено рівень готовності лікарів загальної практики - сімейних лікарів до медичного обслуговування хворих на хвороби крові та кровотворних органів та умови проведення ними вказаної роботи; науково обґрунтовано та розроблено оптимізовану модель медичної допомоги населенню сільськогосподарського регіону з хворобами крові та кровотворних органів в умовах реформування галузі охорони здоров'я і впровадження гарантованого державою обсягу медичної допомоги та оцінено її ефективність.

Набули подальшого розвитку дані про епідеміологію хвороб крові та кровотворних органів серед дорослого населення сільськогосподарської області на сучасному етапі розвитку суспільства.

Удосконалено існуючі підходи до управління медичною допомогою населенню за окремою спеціальністю на рівні сільськогосподарського регіону в умовах реформування галузі охорони здоров'я та впровадження гарантованого державою обсягу медичної допомоги.

Впровадження результатів дослідження в практику проводилося на етапах його виконання: на галузевому рівні матеріали дослідження використані при розробці методичних рекомендацій [27] «Оптимізована модель забезпечення населення сільськогосподарського регіону з хворобами крові та кровотворних органів медичною допомогою: методичні рекомендації», Суми, 2019. - 37 с.; на регіональному рівні окремі елементи системи впроваджено в діяльність системи охорони здоров'я Сумської області - КП «Кролевецька центральна районна лікарня» (акт впровадження від 20.01.2020 р.), КП «Кролевецький РЦ ПМСД» (акт впровадження від 22.01.2020 р.), КНП СОР «Сумська обласна клінічна лікарня» (акт впровадження від 03.02.2020 р.), терапевтичного відділення КНП «Липоводолинська ЦРЛ» (акт впровадження від 10.02.2020 р.), КНП «Липоводолинський районний ЦПМСД» (акт впровадження від 21.02.2020 р.). Розроблені методичні матеріали використовуються в навчальному процесі Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця (акт впровадження від 26.05.2020 р.), Харківського національного медичного університету (акт впровадження від 25.02.2020 р.), Івано-Франківського національного медичного університету (акт впровадження від 18.02.2020 р.), Тернопільського національного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського (акт впровадження від 28.02.2020 р.), Української медичної стоматологічної академії (акт впровадження від 19.02.2020 р.), Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького (акт впровадження від 18.05.2020 р.), Медичного інституту Сумського державного університету (акт впровадження від 20.02.2020 р.)

На рівні Сумської обласної клінічної лікарні з метою оптимізації гематологічної допомоги були видані накази, підготовлені дисертантом: від 17.02.2014 р. № 69 «Про організацію виконання наказу МОЗ України від 17.12.2013 № 1093»; від 16.05.2014 р. № 85-ОД «Про впорядкування

консультативного прийому завідуючими відділеннями КЗ «СОКЛ»; від 09.06.2015 р. № 133-ОД «Про удосконалення ведення первинної медичної обліково-звітної документації»; від 16.03.2016 р. № 85 «Аналіз стану і якості ведення первинної медичної документації за результатами статистичних ревізій та згідно вимог наказів МОЗ України від 08.08.06 № 545, від 14.02.12 № 110, від 29.05.13 № 435».

У межах дослідження підготовлено та захищено 1 кандидатську дисертацію (Горох В.В. [28]), що й слугували в більшій мірі основою даного звіту.

1 ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З ХВОРОБАМИ КРОВІ ТА КРОВОТВОРНИХ ОРГАНІВ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Всесвітня організація охорони здоров'я велику увагу приділяє питанням наукових досліджень в сфері охорони здоров'я та прийняттю науковообґрунтованих рішень при забезпеченні населення медичною допомогою. В доповіді про стан охорони здоров'я в світі (2013 р.) «Научные исследования в целях достижения всеобщего охвата населения медицинскими услугами» [29] вказується, що мета загального охоплення населення медичними послугами полягає в тому, щоб у кожної людини була можливість користуватися необхідними видами медичного обслуговування без ризику фінансового розорення [30].

ВООЗ вказує, що наукові дослідження в напрямку забезпечення загального охоплення населення медичними послугами має проводитися в наступних напрямках:

- розробка концепції загального охоплення населення медичними послугами [21-33];
- дослідження питання захисту від фінансових ризиків [34-37];
- вивчення питання охоплення медичними послугами [38-40];
- справедливість і загальне охоплення медичними послугами [41-44];
- охоплення населення медичними послугами [45-49].

При цьому ВООЗ робить висновок, що за допомогою наукових досліджень можна отримати відповіді на питання щодо загального забезпечення населення медичними послугами та формування політики в області охорони здоров'я.

Вказані дані ВООЗ посилюють актуальність даного дисертаційного дослідження.

1.1 Характеристика стратегічних підходів до реформування системи охорони здоров'я в Україні

Реформа системи охорони здоров'я фрагментарно в Україні проводиться всі роки її незалежності [50]. За цей час відпрацьовувалися окремі напрямки удосконалення системи: первинної медико-санітарної допомоги [51-53], механізмів фінансування, автономізації закладів охорони здоров'я [54], стандартизації методичної допомоги [55] тощо. Але вказані проведені фрагментарні пілотні проекти до покращення діяльності системи охорони здоров'я в країні не призвели [56].

Комплексне реформування системи охорони здоров'я в країні було започатковане Законом України від 7 липня 2011 року N 3612-VI «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» [57]. Пілотне відпрацювання заходів реформування системи відбувалося в Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві. Метою даного етапу було підвищення доступності та якості медичної допомоги населенню по його забезпеченню необхідною медичною допомогою в залежності від стану здоров'я [58]. Реформування передбачало структурну перебудову галузі з пріоритетним розвитком ПМСД на засадах загальної лікарської практики - сімейної медицини, формуванням на вторинному рівні її надання госпітальних округів, створенням на третинному рівні університетських клінік [59]. Також впроваджувалася якісно нова система фінансування в охороні здоров'я із формуванням пулу фінансових ресурсів на рівні області та подушне фінансування первинної медико-санітарної допомоги [60]. Також розроблялися нові підходи до підготовки лікарських кадрів із впровадженням резидентури та розвитком системи лікарського самоврядування [61]. Реформа системи охорони здоров'я в країні передбачала використання рекомендації ВООЗ з розвитку систем охорони здоров'я населення та досвіду передових країн світу [62-66].

За час проведення відпрацювання реформи в пілотних регіонах було юридично розмежовано заклади первинної та спеціалізованої медичної допомоги [67], створено центри ПМСД [68], запроваджено принцип вільного виробу населенням сімейних лікарів [69] та визначено законодавче право лікарів загальної практики – сімейних лікарів визначати медичний маршрут пацієнта [70].

На вторинному рівні надання медичної допомоги була підготовлена методична база для створення госпітальних округів та розпочато формування лікарень інтенсивного лікування [71,72].

У відповідності до чинної на той період законодавчої бази було розпочато комплексне реформування системи екстреної медичної допомоги (ЕМД) [73-76]. Створення єдиної системи ЕМД дало змогу об'єднати розрізнені підрозділи ЕМД в єдину структуру, водночас, наявність станцій ЕМД як юридичних осіб, робить її більш гнучкою в управлінні і дозволяє краще використати наявний потенціал з ініціативою на місцях та значно наблизити якісну ЕМД до найбільш віддалених адміністративних одиниць. Для поліпшення надання ЕМД у регіонах було розпочато створення пунктів постійного та тимчасового базування [77].

Було проведено інвентаризацію високовартісного обладнання в ЗОЗ, які надають спеціалізовану медичну допомогу населенню [78-80], відповідно до постанови КМУ від 14.09.2013 № 711 «Про затвердження Порядку проведення інвентаризації обладнання в державних та комунальних закладах охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) і третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу» [81] та наказу МОЗ України від 28.10.2013 № 918 «Про проведення інвентаризації обладнання в державних та комунальних закладах охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу» [82].

На підставі результатів проведеного самоаналізу кожним ЗОЗ вторинного рівня було підготовлено перспективні плани їх розвитку [83].

Подальша структурна реформа системи вторинної медичної допомоги мала дати змогу зменшити негативний вплив надмірної децентралізації та фрагментацію фінансових потоків на рівень фінансування закладів охорони здоров'я, які її

надають. Було враховано, що крім закладів, що знаходяться в системі МОЗ України, функціонують медичні служби інших міністерств і відомств, що приводить до розпорошення фінансових ресурсів галузі і дублювання в наданні спеціалізованої медичної допомоги [84].

На цьому етапі з метою гнучкості у використанні фінансових ресурсів системи охорони здоров'я при переході від фінансування закладів за кошторисами до їх фінансування за скороченою економічною класифікацією видатків бюджету [85, 86] було внесено зміни до постанови КМУ постановою від 08.02.2012 №86 «Про внесення змін до Порядку складання, розгляду, затвердження та основних вимог до виконання кошторисів бюджетних установ» [87]. Прийняті зміни дали можливість фінансувати ЗОЗ, які надають первинну медичну допомогу на засадах загальної лікарської практики - сімейної медицини за двома кодами економічної класифікації видатків: КЕКВ 1172 «Окремі заходи по реалізації державних (регіональних) програм, не віднесені до заходів розвитку» та КЕКВ 2410 «Капітальні трансферти підприємствам (установам, організаціям)» [88].

Постановою КМУ від 19 червня 2013 року № 465 «Про внесення змін до Порядку складання, розгляду, затвердження та основних вимог до виконання кошторисів бюджетних установ» було передбачено запровадити з 1 січня 2014 року порядок фінансування за двома кодами економічної класифікації видатків також закладів охорони здоров'я пілотних регіонів, які надають спеціалізовану та екстрену медичну допомогу, а також закладах первинної медичної допомоги в системі охорони здоров'я України [89].

З метою розмежування бюджетних видатків ЗОЗ, які здійснюються відповідно до функцій держави та місцевого самоврядування, а також забезпечення єдиного підходу до всіх учасників бюджетного процесу за пропозиціями МОЗ України, Міністерством фінансів України було видано наказ від 12.03.2012 № 333 «Про затвердження Інструкції щодо застосування економічної класифікації видатків бюджету та Інструкції щодо застосування класифікації кредитування бюджету», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 27.03.2012 за № 456/20769 [90,91].

З метою складання та виконання місцевих бюджетів за програмно-цільовим методом МОЗ України спільно з Мінфіном було затверджено наказ від 21.09.2012 № 728/1015 «Про затвердження Типового переліку бюджетних програм та їх результативних показників у галузі «Охорона здоров'я» для пілотних регіонів» та зареєстровано його в Міністерстві юстиції України 25.09.2012 за № 1650/21962 [92].

Фінансово-економічні механізми, що відпрацьовувалися в пілотних регіонах і безпосередньо проведений перерозподіл ресурсів між ЗОЗ, які надають первинну, спеціалізовану, високоспеціалізовану та екстрену медичну допомогу населенню, проведене розмежування видатків між місцевими бюджетами на охорону здоров'я за окремими видами медичної допомоги і формування більш потужних пулів для фінансування медичної допомоги населенню, використання методу стратегічних закупівель медичної допомоги населенню на основі договорів, а також застосування елементів програмно-цільового методу у бюджетному процесі на рівні місцевих бюджетів у частині видатків на охорону здоров'я за окремими видами медичної допомоги [93, 94] повністю відповідали даним найкращого світового досвіду в тому числі рекомендованих ВООЗ, Світового банку та ООН [95].

Проведені структурна перебудова, удосконалення управлінських і організаційних механізмів та оптимізація механізму фінансування в охороні здоров'я призвели до покращення окремих показників якості та ефективності надання медичної допомоги населенню [96-98].

Після закінчення пілотного проекту певний час комплексне реформування системи охорони здоров'я в країні не проводилося. Проводилися окремі заходи.

В 2017 році Верховною Радою України було прийнято два Закони України, які сприяли новому розвитку реформи системи охорони здоров'я:

- від 06.04.2017 р. № 2002 «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» [99];

- від 19.10.2017 р. № 2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII [100].

Для розвитку охорони здоров'я в сільській місцевості позитивний вплив мало прийняття Закону України від 14 листопада 2017 року № 2206-VIII «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» 14 листопада 2017 року № 2206-VIII [101].

З метою ефективного проведення реформи Кабінетом Міністрів України була створена національна служба здоров'я України: постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1101 та визначено її функції [102].

Запровадження в системі охорони здоров'я країни нового принципу фінансування надання медичних послуг закладами охорони здоров'я який визначено Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» здійснюється поступово для різних рівнів та видів медичної допомоги населенню, що сприяє ефективній структурній перебудові системи та зміни закладів охорони здоров'я [103].

Загальною вимогою для укладання договорів між ЗОЗ та НСЗ України є зміна юридичного статусу закладу охорони здоров'я з бюджетної установи на некомерційне неприбуткове підприємство, підключення до електронної системи охорони здоров'я (eHealth) та відповідність ресурсної бази (кадрової та матеріально-технічної) вимогам [104].

На першому етапі впровадження програми медичних гарантій було реалізоване для первинної медичної допомоги та реімбурсації. Для цього були прийняті наступні Урядові акти:

- від 25 квітня 2018 року № 407 «Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік» [105];

- від 18 грудня 2019 року № 1117 «Деякі питання реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2019 рік» [106];

- від 27 листопада 2019 року № 1124 «Деякі питання удосконалення реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році» [107] тощо.

Вказаними урядовими актами було затверджено Порядок реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на відповідний рік.

Станом на 2019 рік всі заклади охорони здоров'я первинної медико-санітарної допомоги України державної (комунальної) форми власності уклали договори з НСЗ України на подушну оплату медичних послуг, що з одного боку вказує на те, що відповідні заклади відповідають державним стандартам та дозволило підвищити рівень заробітної плати медичним працівникам [108].

Відповідно до Постанови КМУ від 27 лютого 2019 року № 131 «Деякі питання здійснення пілотного проєкту з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у Полтавській області» [109] в Полтавській області було проведено відповідний експеримент з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги.

Базуючись на даних експерименту було розроблено наступні пакети медичних послуг та специфікації до них які стосуються хворих з хворобами крові та кровотворних органів [110]:

1) пакет амбулаторної допомоги – досить широкий перелік послуг, який включає більшість вторинної та третинної медичної допомоги на амбулаторному рівні.

2) пакет стаціонарної допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій.

Підставами для надання даного виду медичної допомоги є:

- наявність направлення від лікаря
- перебування пацієнтів в ургентному стані

- якщо людина не перебуває в невідкладному стані і не має направлення від лікаря (ПМД або лікуючого лікаря), таку госпіталізацію можна здійснювати як платну послугу (якщо заклад має відповідні затверджені тарифи).

З 01 квітня 2020 року програма медичних гарантій реалізується у повному обсязі для всіх видів медичної допомоги, передбачених відповідним Законом. Впровадження програми медичних гарантій передбачає також модернізацію ЗОЗ і формування госпітальних округів [111-113] та впровадження нової системи управління ЗОЗ [114-116].

При обґрунтуванні оптимізованої моделі надання медичної допомоги населенню має бути врахована реформа системи охорони здоров'я, яка відбувається в країні.

1.2 Аналіз захворюваності населення на хвороби крові та кровотворних органів та досвід організації ефективної гематологічної допомоги

Гематологія є окремою галуззю охорони здоров'я, яка охоплює три основні групи захворювань — злоякісні захворювання кровотворної та лімфоїдної тканин, анемії та розлади в системі згортання крові [117]. За отриманими нами даними у 2010 р. в Україні поширеність хвороб крові, кровотворної та лімфоїдної тканин становила 1224 випадки на 100 тис. дорослого населення (загалом 458 642 пацієнта), а захворюваність була зареєстрована на рівні 198 випадків на 100 тис. населення (усього 74 268 осіб). При цьому захворюваність на злоякісні хвороби крові та кровотворних органів становила 5196 випадків (13,86 на 100 тис. населення) при їх поширеності 34,7 тис. осіб [118]. Літературні дані показували, що в структурі злоякісних хвороб крові майже третину становили злоякісні лімфоми, при цьому значне місце посідали хронічні лімфопроліферативні захворювання та лейкомії, а менший сегмент займали хронічні мієлопроліферативні захворювання та множинна мієлома. При цьому серед спадкових коагулопатій провідне місце займала гемофілія А і В, які зумовлені дефіцитом факторів VIII, IX згортання крові, та хвороба фон Віллебранда — усього таких хворих налічувалося 2701 особа [119].

Про вивченні вітчизняної та закордонної наукової літератури ми стикнулися з тим, що основні публікації присвячені злоякісними хворобам крові [120-126], які відносяться до класу хвороб «Новоутворення», а не до класу хвороб «Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму», які нами вивчаються. При цьому більшість публікацій присвячені не питанням організації медичної допомоги, а клінічним питанням в тому числі питанням діагностики [127-129] та лікування [130-134].

Далі ми представимо доступні нам дані які стосуються безпосередньо класу хвороб крові та кровотворних органів.

За даними щорічної доповіді про стан здоров'я населення та діяльність системи охорони здоров'я за 2015 рік [135] зареєстрована захворюваність всього населення України в розрахунку на 100 тис. за період 2011-2015 рр. скоротилася з 472,2 до 415,6, а поширеність вказаних хвороб скоротилася з 1757,2 до 1578,4. При цьому показник захворюваності міського населення практично не змінився і становив 343,5-343,4, а у сільського населення мав тенденцію до скорочення і склав 579,4-575,0. Відповідно сільське населення на вказані хвороби у 1,7 рази захворювало на хвороби крові та кровотворних органів частіше ніж міське. Поширеність хвороб крові та кровотворних органів мала тенденцію до скорочення як серед міського, так і серед сільського населення. Серед міського населення вказаний показник мав наступну динаміку: 1448,1-1445,5, а серед сільського населення: 1898,0-1872,1. При цьому було показано, що жінки на хвороби крові та кровотворних органів хворіють частіше ніж чоловіки. Так, показник захворюваності жінок склав 481,5, а чоловіків 339,1 на 100 тис. осіб відповідної статті. Показник поширеності хвороб крові та кровотворних органів серед жінок склав 1985,0, а серед чоловіків 1106,4, тобто даний показник серед жінок у 1,8 рази зустрічався частіше ніж серед чоловіків.

Питаннями захворюваності на хвороби крові і кровотворних органів населення великого промислового регіону займалася Батманова І.Ю. [136-139]. Вона показала, що за період 1999-2005 роки показник поширеності хвороб крові та кровотворних органів серед дорослого міського населення Донецької області зріс з

54,0 до 77,6 на 10 тис. дорослого міського населення, а серед сільського населення з 44,4 до 73,6 відповідно. При цьому за період 1999-2005 роки показник поширеності залізодефіцитної анемії серед дорослого міського населення Донецької області зріс з 46,2 до 70,8 на 10 тис. дорослого міського населення, а серед сільського населення з 37,7 до 62,5 відповідно.

Серед хвороб крові та кровотворних органів найчастіше зустрічаються анемії. У світі на анемії страждає 1,62 млрд. людей (95 % СІ: 1,50 – 1,74 млрд. людей), що становить 24,8 % населення (95 % СІ: 22,9 % – 26,7 %) [140]. Серед анемій найбільш часто зустрічаються залізодефіцитні анемії. За даними різних авторів на залізодефіцитні анемії страждає 5-10 % населення земної кулі [141,142].

Доктор медичних наук, професор Василь Новак [143] зазначає, що незважаючи на важливі досягнення в сучасній діагностиці та ефективному лікуванні хвороб крові, кровотворної та лімфоїдної тканини в передових країнах світу, у вітчизняній гематології накопилась низка невирішених проблем як на регіональному, так і галузевому рівнях. Він вказує, що до них належать такі, як неефективна система раннього виявлення захворювань крові та кровотворних органів, недостатній обсяг обстеження вказаних хворих, зокрема низький рівень молекулярно-генетичної, імуногістохімічної та імунологічної діагностики, недостатній рівень забезпечення закладів охорони здоров'я як цитостатичними препаратами, так і медикаментозними препаратами супроводу та незадовільна матеріально-технічна база спеціалізованих гематологічних відділень, і все це унеможлиблює впровадження сучасних високотехнологічних медичних стандартів діагностики і лікування.

За даними МОЗ України [144, 145] структурно гематологічна високоспеціалізована служба України представлена 35 гематологічними спеціалізованими відділеннями для дорослих, з яких 16 відділень функціонують на базі обласних клінічних лікарень, 12 відділень функціонує у міських закладах охорони здоров'я, 6 функціонує у онкологічних диспансерах і 3 – в інститутах НАМН України. Забезпеченість ліжками дорослого населення становить 0,37 на 10 тис. відповідного населення. При цьому робота гематологічної сфери

регламентується наказом МОЗ України від 17.07.1996 р. № 214 «Про заходи щодо поліпшення організації та підвищення якості гематологічної допомоги населенню України» [146], що не відповідає структурним та фінансовим трансформаціям, які відбулися в галузі охорони здоров'я країни.

Наказом МОЗ України від 30.06.2010 р. № 647 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги хворим зі спеціальності «Гематологія» [147] було затверджено Клінічні протоколи надання спеціалізованої медичної допомоги хворим з хворобами крові та кровотворних органів, що стало важливим етапом розвитку медичної допомоги населенню зі спеціальності «Гематологія».

Спеціалізовану медичну допомогу дорослим хворим гематологічного профілю в Україні надають 1351 лікар-гематолог, з них 77,5 % мають кваліфікаційні категорії [148, 149].

За останні 5 років періоду активної реформи системи охорони здоров'я в Україні відсутні вітчизняні наукові публікації з питань оптимізації системи надання гематологічної допомоги. Нам стали доступними наукові публікації з питань організації гематологічної допомоги населенню міст Санкт-Петербург [150], Уфа [151] і Новосибірськ [152-157]. Автори публікацій вказують на ефективність медичної допомоги хворим на хвороби крові та кровотворних органів шляхом створення регіональних спеціалізованих гематологічних центрів, введення посад лікарів-гематологів в закладах охорони здоров'я для надання спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної допомоги та залучення сімейних лікарів як лікарів першого контакту пацієнта і системи охорони здоров'я.

Проведений аналіз наукової літератури та чинної законодавчої бази показав, що в Україні при проведенні реформи охорони здоров'я по запровадженню принципово нової системи фінансування закладів охорони здоров'я та структурної перебудови системи надання медичної допомоги відсутні комплексні наукові розробки з питань вивчення епідеміології хвороб крові та кровотворних органів і організації спеціалізованої медичної гематологічної допомоги в нових умовах функціонування системи охорони здоров'я України, що і визначило актуальність

даного дисертаційного дослідження, визначило його мету і завдання та стало основою при розробці програми дослідження.

2 ХАРАКТЕРИСТИКА ЕПІДЕМІОЛОГІЇ ХВОРОБ КРОВІ ТА КРОВОТВОРНИХ ОРГАНІВ У ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ СУМСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Метою даного етапу дослідження стало вивчення та проведення аналізу показників епідеміології хвороб крові та кровотворних органів у дорослого населення Сумської області. Вивчалися та аналізувалися показники захворюваності дорослого населення Сумської області на хвороби крові та кровотворних органів, поширеності вказаних хвороб, первинного виходу на інвалідність та смертності дорослого населення області внаслідок хвороб крові та кровотворних органів.

2.1 Аналіз показників захворюваності дорослого населення Сумської області на хвороби крові та кровотворних органів

На першому етапі дослідження було вивчено та проаналізовано показники захворюваності дорослого населення Сумської області на хвороби крові та кровотворних органів в динаміці 2014-2018 років. Отримані дані наведено в табл. 2.1. Отримані в ході дослідження наведено в таблиці в розрізі адміністративних територій області.

Аналіз наведених в табл. 2.1 даних вказує на зменшення показника захворюваності дорослого населення Сумської області на хвороби крові та кровотворних органів за період з 2014 по 2018 рік на 27,5 % ($p \leq 0,05$). За період показник захворюваності дорослого населення знизився з 226,8 до 164,37 в розрахунку на 100 тис. дорослого населення (Україна – 230,3 на 100 тис дорослого населення).

При цьому необхідно відмітити, що як величина показника так і величина змін на різних адміністративних територіях має суттєві відмінності.

Таблиця 2.1 – Динаміка показників захворюваності дорослого населення Сумської області на хвороби крові та кровотворних органів, 2014-2018 рр. (на 100 тис. населення)

Адміністративна територія	Роки/показники					2018 до 2014 рр. %
	2014	2015	2016	2017	2018	
Сумська область	226,8	218,1	213,08	201,94	164,37	72,5
<i>Райони області</i>						
Білопільський	197,7	154,2	142,03	157,67	161,70	81,8
Буринський	281,0	231,0	207,64	192,08	205,57	73,2
Великописарівський	264,3	262,6	278,89	234,64	157,46	59,6
Глухівський	249,0	235,6	207,15	137,44	179,70	72,2
Конотопський	186,6	222,1	197,87	198,87	174,09	93,3
Краснопільський	261,0	188,0	215,84	226,74	129,85	49,8
Кролевецький	286,7	305,8	330,94	312,70	253,09	88,3
Лебединський	205,3	202,6	174,19	147,09	90,37	44,0
Липоводолінський	225,3	221,7	224,79	189,47	203,96	90,5
Недригайлівський	249,9	243,3	198,37	206,25	174,63	69,9
Охтирський	261,5	226,0	251,34	231,69	182,99	70,0
Путивльський	173,1	137,9	67,60	77,19	108,70	62,8
Роменський	237,7	238,2	188,61	231,60	205,95	86,6
Середино-Будський	127,1	128,6	123,29	95,37	104,10	81,9
Сумський	242,1	228,1	246,79	267,80	222,67	92,0
Тростянецький	176,2	182,2	121,58	160,45	106,95	60,7
Шосткинський	254,9	258,2	270,86	273,84	213,55	83,8
Ямпільський	281,4	266,9	226,61	238,88	201,70	71,7
<i>Міста області</i>						
м.Суми	214,1	199,7	218,39	177,79	118,11	55,2
м.Глухів	328,50	354,20	299,28	203,39	208,76	63,5
м.Конотоп	170,20	214,32	188,40	199,32	153,12	90,0
м.Лебедин	239,61	231,50	224,0	206,32	136,05	56,8
м.Охтирка	274,18	197,88	223,61	219,92	158,24	57,7
м.Ромни	273,52	265,78	219,55	241,74	222,66	81,4
м.Шостка	299,21	301,16	319,75	323,19	364,08	121,7

Так, в розрізі сільськогосподарських районів показник захворюваності дорослого населення коливався в 2018 році від 90,37 в Лебединському до 253,09 в Кролевецькому районі. Різниця складає 2,8 ($p \leq 0,05$) разів. Проведений аналіз показав, що найвищий рівень скорочення показника захворюваності дорослого

населення на хвороби крові та кровотворних органів зареєстровано в Лебединському (56,0 %), а найменший – в Конотопському (6,7 %) районі.

В розрізі міст області вказаний показник коливався від 118,11 в м. Суми до 364,08 в м. Шостка. Різниця складає 3,08 ($p \leq 0,05$) разу. При цьому якщо в м. Суми зареєстровано зниження показника на 44,8 % ($p \leq 0,05$) то в м. Шостка зареєстровано його підвищення на 21,7 % ($p \leq 0,05$).

Далі вивчалися та аналізувалися показники захворюваності населення працездатного віку Сумської області на хвороби крові та кровотворних органів в динаміці 2014-2018 років в розрахунку на 100 тис. населення працездатного віку). Отримані результати наведено в табл. 2.2.

Аналіз наведених в табл. 2.2. даних вказує на те, що за період дослідження (2014-2018 рр.) показник захворюваності населення працездатного віку Сумської області на хвороби крові та кровотворних органів скоротився на 25,5 % ($p \leq 0,05$) і в 2018 році склав 188,72 на 100 тис. населення працездатного віку, що на 24,35 вище показника захворюваності дорослого населення.

Проведений аналіз дозволив встановити, що як і серед дорослого населення, серед населення працездатного віку як величина показника захворюваності, так і величина його змін на різних адміністративних територіях має суттєві відмінності. Було встановлено, що в розрізі сільськогосподарських районів показник захворюваності населення працездатного віку в 2018 році коливався від 93,56 в Лебединському до 401,1 в Кролевецькому районі. Різниця складає 4,29 ($p \leq 0,01$) разів. При цьому на території трьох (16,7 %) адміністративних районів зареєстровано підвищення показника захворюваності з найвищим рівнем його зниження (61,5 %) в Лебединському районі.

Аналіз отриманих статистичних даних показав, що в розрізі міст області вказаний показник коливався від 124,63 в м. Суми до 639,82 в м. Шостка. Різниця складає 5,13 ($p \leq 0,01$) разів. Було встановлено, що за період дослідження в м. Суми зареєстровано зниження показника на 43,9 % то в м. Шостка зареєстровано його підвищення на 90,07 %.

Таблиця 2.2 – Динаміка показників захворюваності населення працездатного віку Сумської області на хвороби крові та кровотворних органів, 2014-2018 рр. (на 100 тис. населення працездатного віку)

Адміністративна територія	Роки/показники					2018 до 2014 рр. %
	2014	2015	2016	2017	2018	
Сумська область	253,3	252,6	241,91	230,73	188,72	74,5
<i>Райони області</i>						
Білопільський	283,3	229,2	208,11	225,54	244,68	86,4
Буринський	401,3	272,1	281,01	262,08	300,98	75,0
Великописарівський	308,5	323,3	349,31	342,87	201,71	65,4
Глухівський	241,4	233,5	235,98	108,01	173,44	71,8
Конотопський	176,5	243,1	155,71	225,27	182,46	103,4
Краснопільський	334,2	265,5	344,42	343,43	216,33	64,7
Кролевецький	457,9	474,9	515,66	470,51	401,10	87,6
Лебединський	243,1	250,6	200,65	159,60	93,56	38,5
Липоводолінський	285,9	289,6	284,56	194,91	255,08	89,2
Недригайлівський	428,2	290,3	264,96	283,20	265,84	62,1
Охтирський	248,3	253,6	226,33	183,78	187,32	75,4
Путівльський	307,6	212,2	117,88	95,11	129,55	42,1
Роменський	254,3	274,9	195,10	223,10	142,32	56,0
Середино-Будський	164,5	156,7	126,92	118,01	98,66	60,0
Сумський	265,3	257,1	267,37	342,11	281,72	106,2
Тростянецький	180,2	203,8	148,20	186,34	131,93	73,2
Шосткинський	270,0	311,3	303,39	317,61	274,60	101,7
Ямпільський	228,4	226,0	193,48	264,65	215,04	94,2
<i>Міста області</i>						
м.Суми	222,0	213,3	254,90	196,85	124,63	56,1
м.Глухів	294,14	385,62	281,25	178,53	281,54	95,7
м.Конотоп	237,01	325,72	208,18	300,35	240,07	101,3
м.Лебедин	429,32	441,36	352,42	279,72	161,76	37,7
м.Охтирка	375,47	384,40	343,12	279,16	281,45	75,0
м.Ромни	465,82	503,99	359,74	409,35	256,52	55,1
м.Шостка	336,61	343,11	378,42	396,39	639,82	190,07

В структурі захворюваності населення на хвороби крові та кровотворних органів провідні місця займають анемії (86,9 %) та гемофілії (0,05 %). Із анемій 97 % займають залізодефіцитні анемії.

Тому наступним кроком було вивчення даних про показники захворюваності дорослого населення області на анемії та залізодефіцитні анемії (табл. 2.3).

За період з 2014 по 2018 рр. показник захворюваності дорослого населення Сумської області на анемії скоротився на 24,8 % ($p \leq 0,05$): з 195,2 на 100 тис.

дорослого населення в 2014 році до 146,7 % в 2018 році (Україна – 217,8 на 100 тис. дорослого населення).

Таблиця 2.3 – Динаміка показників захворюваності дорослого населення Сумської області на анемії, 2014-2018 рр. (на 100 тис. населення)

Адміністративна територія	Роки/показники					2018 до 2014 рр. %
	2014	2015	2016	2017	2018	
Сумська область	195,2	189,7	185,1	177,3	146,7	-24,8
<i>Райони області</i>						
Білопільський	165,9	126,6	114,1	129,4	109,4	-34,1
Буринський	240,2	194,1	202,9	187,3	190,9	-20,5
Великописарівський	240,8	244,7	248,6	222,3	144,9	-39,8
Глухівський	218,4	196,3	205,1	116,3	156,2	-28,5
Конотопський	178,0	210,6	190,2	189,2	167,3	-6,0
Краснопільський	207,2	171,3	194,7	192,5	103,9	-2 рази
Кролевецький	197,1	215,0	223,7	219,8	181,2	-8,1
Лебединський	167,2	177,0	153,4	131,3	71,8	- 2,3 рази
Липоводолінський	207,0	221,7	199,8	189,5	184,8	-10,7
Недригайлівський	217,5	219,9	193,6	206,3	155,2	-28,6
Охтирський	240,9	197,3	228,9	210,8	161,9	-32,8
Путівльський	164,9	133,7	54,9	72,9	104,4	-36,7
Роменський	221,9	220,5	175,5	226,6	204,3	-7,9
Середино-Будський	113,0	114,3	108,8	80,7	74,4	-34,2
Сумський	209,7	212,8	225,7	227,9	205,5	-2,0
Тростянецький	153,3	162,3	114,8	150,2	96,6	-37,0
Шосткинський	225,9	222,0	256,7	258,4	199,2	-11,8
Ямпільський	262,3	257,1	221,7	233,9	201,7	-23,1
<i>Міста області</i>						
м.Суми	169,2	161,7	161,0	136,0	103,6	-38,8
м.Глухів	252,3	257,8	266,5	155,3	166,5	-34,0
м.Конотоп	153,8	198,0	174,1	180,8	141,1	-8,3
м.Лебедин	178,5	203,2	200,2	177,5	102,0	-42,9
м.Охтирка	230,2	153,0	182,1	185,5	122,0	-47,0
м.Ромни	261,8	244,9	207,4	235,6	222,7	-14,9
м.Шостка	240,7	234,2	277,2	278,8	206,8	-14,1

Скорочення вказаного показника зареєстровано на території всіх адміністративних територій області. Із адміністративних районів найбільші рівні скорочення показника захворюваності населення зареєстровано на території Лебединського району (2,3 ($p \leq 0,05$) разу) та Краснопільського (2,0 ($p \leq 0,05$) рази) районів. Найвищі показники скорочення зареєстровані в наступних містах: Лебедин (42,9 % ($p \leq 0,01$)) та Суми (38,8 % ($p \leq 0,05$)).

Далі вивчалися показники динаміки захворюваності дорослого населення Сумської області на залізодефіцитні анемії за період 2014-2018 рр. в розрахунку на 100 тис. дорослого населення. Отримані дані наведено в табл. 2.4.

За період з 2014 по 2018 рр. показник захворюваності дорослого населення Сумської області на залізодефіцитні анемії скоротився на 25,5 % ($p \leq 0,05$) з 192,6 на 100 тис. дорослого населення в 2014 році до 143,5 в 2018 році. Скорочення вказаного показника зареєстровано на території всіх адміністративних територій області. При цьому найвищі рівні скорочення зареєстровані в Лебединському (2,3 ($p \leq 0,05$)) та Краснопільському (2,2 ($p \leq 0,05$)) районах.

Таблиця 2.4 – Динаміка показників захворюваності дорослого населення Сумської області на залізодефіцитні анемії, 2014-2018 рр. (на 100 тис. населення)

Адміністративна територія	Роки/показники					2018 до 2014 рр. %
	2014	2015	2016	2017	2018	
Сумська область	192,6	181,0	179,6	172,0	143,5	-25,5
<i>Райони області</i>						
Білопільський	163,6	117,4	104,8	120,0	109,4	-33,1
Буринський	240,2	189,4	202,9	182,5	190,9	-20,5
Великописарівський	217,3	197,0	181,9	179,1	126,0	-42,0
Глухівський	216,4	196,3	205,1	114,2	151,9	-29,8
Конотопський	170,4	200,1	179,5	179,5	158,4	-7,0
Краснопільський	198,9	162,9	186,2	184,0	90,9	- 2,2 рази
Кролевецький	197,1	215,0	223,7	219,8	181,2	-8,1
Лебединський	167,2	177,0	153,4	131,3	71,8	- 2,3 рази
Липоводолинський	194,9	221,7	199,8	189,5	184,8	-5,2
Недригайлівський	212,9	219,9	188,9	206,3	155,2	-27,1
Охтирський	239,3	194,1	227,3	209,2	160,3	-33,0
Путівльський	164,9	133,7	54,9	72,9	104,4	-36,7
Роменський	220,3	212,4	162,4	210,1	204,3	-7,3
Середино-Будський	105,9	114,3	101,5	80,7	74,4	-29,7
Сумський	207,8	210,9	221,9	224,1	203,6	-2,0
Тростянецький	153,3	162,3	111,5	150,2	96,6	-37,0
Шосткинський	225,9	222,0	256,7	258,4	199,2	-11,8
Ямпільський	262,3	257,1	221,7	233,9	201,7	-23,1
<i>Міста області</i>						
м.Суми	168,3	140,1	156,6	131,1	99,1	-41,1
м.Глухів	249,1	257,8	266,5	152,1	163,2	-34,5
м.Конотоп	152,5	192,8	166,3	174,3	137,1	-10,1
м.Лебедин	178,5	203,2	200,2	177,5	102,0	-42,9
м.Охтирка	227,9	150,6	179,7	183,1	122,0	-46,5
м.Ромни	258,8	244,9	201,3	229,5	222,7	-13,9
м.Шостка	240,7	234,2	277,2	278,8	206,8	-14,1

Зареєстрована та виявлена під час дослідження динаміка скорочення показника захворюваності дорослого населення Сумської області на хвороби крові та кровотворних органів в цілому та анемії і залізодефіцитні анемії безпосередньо потребує додаткових поглиблених дослідження з пояснення вказаного явища.

2.2 Аналіз показників поширеності серед дорослого населення Сумської області хвороб крові та кровотворних органів

Наступним кроком дослідження було вивчення і проведення аналізу показників поширеності серед дорослого населення Сумської області хвороб крові та кровотворних органів в динаміці 2014-2018 років в розрахунку на 100 тис. населення працездатного віку). Отримані результати наведено в табл. 2.5.

Проведений аналіз даних, що наведені в табл. 2.5 вказує на підвищення показника поширеності хвороб крові та кровотворних органів серед дорослого населення Сумської області за період з 2014 до 2018 року на 7,8 %, що вказує на «хронізацію» даної патології в регіоні. В 2018 році показник поширеності хвороб крові та кровотворних органів серед дорослого населення області складав 1366,25 на 100 тис. дорослого населення (Україна – 1248,4 на 100 тис. дорослого населення).

Таблиця 2.5 – Динаміка показників поширеності хвороб крові та кровотворних органів серед дорослого населення Сумської області, 2014-2018 рр. (на 100 тис. дорослого населення)

Адміністративна територія	Роки/показники					2018 до 2014 рр. %
	2014	2015	2016	2017	2018	
1	2	3	4	5	6	7
Сумська область	1266,9	1310,7	1359,80	1334,35	1366,25	107,8
<i>Райони області</i>						
Білопільський	1233,7	1219,7	1255,01	1303,74	1343,57	108,9
Буринський	1300,9	1418,4	1420,41	1440,58	1409,62	108,4
Великописарівський	1333,0	1480,2	1606,64	1710,40	1637,59	122,8

Продовження таблиці 2.5

1	2	3	4	5	6	7
Глухівський	1385,9	1477,5	1389,38	1422,98	1465,43	105,7
Конотопський	1278,7	1359,4	1270,25	1240,77	1137,48	89,0
Краснопільський	1230,5	1211,6	1290,79	1445,99	1211,96	98,5
Кролевецький	1227,5	1262,5	1287,00	1216,76	1177,98	96,0
Лебединський	1776,3	1815,9	1754,89	1717,80	1530,94	86,2
Липоводолінський	1394,5	1422,7	1479,86	1623,09	1650,84	118,4
Недригайлівський	1259,0	1361,7	1398,01	1391,02	1401,89	111,34
Охтирський	1183,9	1128,2	1258,28	1179,35	1131,95	95,6
Путівльський	914,9	919,3	904,21	891,98	886,96	96,9
Роменський	1426,3	1514,3	1517,09	1637,72	1726,30	121,0
Середино-Будський	833,1	778,7	928,28	887,68	810,53	97,3
Сумський	1225,8	1313,2	1381,24	1439,64	1522,53	124,2
Тростянецький	2045,4	2146,1	1985,82	1771,75	1545,63	75,6
Шосткинський	1080,9	1210,4	1306,03	1260,14	1287,24	119,1
Ямпільський	1292,3	1339,1	1344,89	1463,12	1452,27	112,4
<i>Міста області</i>						
м.Суми	1162,6	1157,3	1323,27	1209,99	1437,20	123,6
м.Глухів	1800,33	1828,26	1806,51	1823,33	1761,71	97,8
м.Конотоп	1352,32	1509,62	1290,78	1274,86	1175,31	86,9
м.Лебедин	2358,57	2433,14	2178,05	2183,19	1861,03	78,9
м.Охтирка	1158,48	1073,53	1212,51	1137,13	1065,03	91,9
м.Ромни	1464,70	1651,57	1732,02	1799,32	1957,57	133,6
м.Шостка	1266,12	1424,20	1552,43	1486,70	2263,63	178,7

За період дослідження серед дорослого населення 9 (50,0 %) адміністративних сільських районів та серед дорослого населення 3 (42,9 %) міст області зареєстровано зростання показника поширеності хвороб крові та кровотворних органів, а серед дорослого населення 9 (50,0 %) адміністративних сільських районів та серед дорослого населення 4 (57,1 %) міст області його зниження. Найбільший рівень зниження показника зареєстровано в Тростянецькому (24,4 %) районі, а його зростання (78,7 %) в м. Шостка.

Далі вивчалися та аналізувалися показники поширеності хвороб крові та кровотворних органів серед населення працездатного віку Сумської області в динаміці років дослідження (2014-2018 рр.). Отримані результати наведено в табл. 2.6.

Проведений аналіз показників поширеності хвороб крові та кровотворних органів серед населення працездатного віку Сумської області в динаміці років

дослідження (2014-2018 рр.) показав його зростання на 5,2 % з показником 1335,00 на 100 тис. населення працездатного віку.

Найвищий рівень вказаного вище показника було зареєстровано в Великописарівському (1825,52) районі та м. Ромни (3157,64).

Таблиця 2.6 – Динаміка показників поширеності хвороб крові та кровотворних органів серед населення працездатного віку Сумської області, 2014-2018 рр. (на 100 тис. населення працездатного віку)

Адміністративна територія	Роки/показники					2018 до 2014 рр. %
	2014	2015	2016	2017	2018	
Сумська область	1269,3	1313,8	1371,77	1339,56	1335,00	105,2
<i>Райони області</i>						
Білопільський	1537,1	1561,8	1618,23	1702,44	1772,08	115,3
Буринський	1400,9	1624,9	1501,41	1678,95	1630,30	116,4
Великописарівський	1467,7	1673,5	1833,88	1910,27	1825,52	124,4
Глухівський	1215,9	1250,0	1155,72	1151,13	1144,68	94,1
Конотопський	1301,0	1453,0	1313,76	1299,95	1192,53	91,7
Краснопільський	1432,2	1309,2	1371,55	1635,97	1310,68	91,5
Кролевецький	1396,3	1457,0	1518,84	1425,79	1386,94	99,3
Лебединський	1967,3	1985,7	1833,35	1767,55	1582,33	80,4
Липоводолинський	1653,1	1538,3	1615,57	1735,66	1776,10	107,4
Недригайлівський	1577,1	1669,0	1626,55	1594,87	1610,21	102,1
Охтирський	1277,6	1202,0	1332,56	1221,30	1133,43	88,7
Путівльський	1041,2	1024,7	961,66	856,00	796,74	76,5
Роменський	1409,3	1581,3	1595,80	1696,03	1751,84	124,3
Середино-Будський	914,9	856,5	1047,07	1008,48	886,04	96,8
Сумський	1315,7	1460,8	1474,68	1545,00	1737,75	132,1
Тростянецький	2002,1	1893,5	2100,37	1821,95	1583,11	79,1
Шосткинський	871,1	1020,5	1128,89	1082,02	1094,74	125,7
Ямпільський	1099,4	1042,7	1012,06	1156,90	1282,54	116,6
<i>Міста області</i>						
м. Суми	1063,3	1048,2	1248,58	1123,03	1207,74	113,6
м. Глухів	1999,23	2064,82	1909,23	1902,67	1858,20	92,9
м. Конотоп	1747,32	1946,91	1756,34	1733,27	1569,13	89,8
м. Лебедин	3474,87	3496,97	3220,23	3097,90	2735,96	78,7
м. Охтирка	1932,00	1821,58	2020,23	1855,18	1703,00	88,1
м. Ромни	2581,62	2899,06	2942,53	3112,06	3157,64	122,3
м. Шостка	1086,05	1273,19	1408,10	1350,44	2550,75	234,9

Необхідно відмітити тривожну ситуацію щодо хвороб крові та кровотворних органів в м. Шостка, в якому показник поширеності вказаних хвороб серед населення працездатного віку за роки дослідження зріс з 1086,05 до 2550,75 на 100 тис. населення працездатного віку.

Таблиця 2.7 – Динаміка показників поширеності серед дорослого населення Сумської області анемії, 2014-2018 рр. (на 100 тис. населення)

1	2	3	4	5	6	7
Охтирський	1055,6	978,6	1085,4	991,1	927,9	-12,1
Путівльський	894,3	873,3	887,3	862,0	878,3	-1,8
Роменський	1342,3	1449,9	1438,4	1576,5	1664,4	24,0
Середино-Будський	727,2	657,3	812,2	763,0	691,6	-4,9
Сумський	1149,6	1198,2	1289,4	1318,1	1385,5	20,5
Тростянецький	1960,6	2036,8	1817,0	1669,3	1424,9	-27,3
Шосткинський	1024,1	1077,2	1162,4	1200,9	1207,3	17,9
Ямпільський	1249,4	1285,7	1285,8	1398,4	1386,7	11,0
<i>Міста області</i>						
м. Суми	978,9	990,7	1025,3	1016,0	1205,5	23,1
м. Глухів	1520,0	1588,4	1499,7	1491,5	1504,8	-1,0
м. Конотоп	1161,6	1271,8	1158,6	1131,6	1033,2	-11,1
м. Лебедин	2029,7	2031,6	1963,6	1972,1	1647,2	-18,8
м. Охтирка	956,0	870,9	945,8	856,1	767,6	-19,7
м. Ромни	1464,7	1603,7	1591,8	1716,7	1874,1	28,0
м. Шостка	1106,2	1160,3	1258,3	1296,1	1299,3	17,5
Сумська область	1156,2	1185,2	1199,0	1202,3	1219,6	5,5
<i>Райони області</i>						
Білопільський	1188,2	1171,3	1182,8	1197,8	1172,4	-1,3
Буринський	1169,5	1247,5	1245,8	1282,1	1248,1	6,7
Великописарівський	1280,2	1408,6	1515,7	1673,4	1568,3	22,5
Глухівський	1314,5	1357,6	1301,5	1319,4	1382,0	5,1
Конотопський	1205,4	1272,3	1183,4	1144,7	1036,7	-14,0
Краснопільський	1122,8	1094,6	1193,5	1287,7	1112,4	-0,9
Кролевецький	1015,5	1020,3	1023,5	950,5	928,0	-8,6
Лебединський	1616,7	1644,1	1585,9	1555,0	1371,5	-15,2
Липоводолінський	1333,6	1361,1	1398,7	1534,7	1542,5	15,7
Недригайлівський	1161,8	1235,4	1275,2	1251,9	1246,7	7,3

В структурі поширеності серед дорослого населення хвороб крові та кровотворних органів провідні місця займають анемії (89 %) та гемофілії (0,38 %). Із анемії 96,9 % займають залізодефіцитні анемії.

В зв'язку з цим наступним кроком було вивчення даних про показники поширеності серед дорослого населення області анемії та залізодефіцитних анемії.

За період 2014-2018 рр. показники поширеності серед дорослого населення Сумської області анемії зріс на 5,5 %: з 1156,2 в розрахунку на 100 тис. дорослого населення в 2014 році до 1219,6 в 2018 році (Україна – 1176,9 на 100 тис. дорослого населення). При цьому на території 9 (50,0 %) районів та 3 (42,9 %) міст показник зростав з найвищим рівнем на території Роменського району (24,0 % ($p \leq 0,05$)) та м. Ромни (28,0 % ($p \leq 0,05$)).

На території 9 (50,0 %) районів та 4 (57,1 %) міст вказаний показник знизився з найвищим рівнем на території Тростянецького району (27,3 % ($p \leq 0,05$)) та м. Охтирка (19,7 %).

Далі, в табл. 2.8, наведені отримані в ході дослідження дані про динаміку показників поширеності серед дорослого населення Сумської області залізодефіцитні анемії за період 2014-2018 рр. в розрахунку на 100 тис. дорослого населення.

Таблиця 2.8 – Динаміка показників поширеності серед дорослого населення Сумської області залізодефіцитні анемії, 2014-2018 рр. (на 100 тис. населення)

Адміністративна територія	Роки/показники					2018 до 2014 рр. %
	2014	2015	2016	2017	2018	
1	2	3	4	5	6	7
Сумська область	1130,6	1155,8	1165,5	1172,7	1189,2	5,2
<i>Райони області</i>						
Білопільський	1176,9	1155,2	1166,5	1181,4	1167,6	-0,8
Буринський	1151,4	1229,0	1226,9	1258,1	1223,6	6,3
Великописарівський	1174,5	1116,2	1212,6	1481,9	1442,3	22,8
Глухівський	1283,8	1328,7	1272,2	1289,8	1352,1	5,3
Конотопський	1170,1	1234,9	1146,7	1088,5	966,3	-17,4
Краснопільський	1089,7	1082,1	1180,8	1244,9	1021,5	-6,3
Кролевецький	1003,5	1014,2	1017,3	944,3	921,8	-8,1
Лебедінський	1616,7	1644,1	1585,9	1555,0	1371,5	-15,2
Липоводолинський	1309,2	1342,6	1380,0	1515,7	1523,4	16,4
Недригайлівський	1143,3	1221,3	1246,9	1227,9	1217,6	6,5
Охтирський	955,7	926,1	1032,6	934,8	872,9	-8,7

Продовження таблиці 2.8

Путивльський	849,0	865,0	883,1	857,7	873,9	2,9
Роменський	1293,2	1387,2	1310,4	1492,1	1605,8	24,2
Середино-Будський	699,0	643,0	790,5	748,3	676,7	-3,2
Сумський	1140,1	1188,6	1279,8	1312,4	1381,7	21,2
Тростянецький	1957,3	2036,8	1813,6	1669,3	1424,9	-27,2
Шосткинський	1020,6	1071,4	1158,8	1196,1	1193,0	16,9
Ямпільський	1239,9	1276,0	1275,9	1388,5	1381,7	11,4
<i>Міста області</i>						
м.Суми	967,9	961,6	998,1	997,2	1183,8	22,3
м.Глухів	1485,3	1556,6	1467,6	1459,1	1472,1	-0,9
м.Конотоп	1144,9	1251,1	1134,0	1104,2	1004,5	-12,3
м.Лебедин	2029,7	2031,6	1963,6	1972,1	1647,2	-18,8
м.Охтирка	810,4	802,6	874,9	787,2	705,4	-13,0
м.Ромни	1391,1	1529,0	1512,5	1631,0	1787,5	28,5
м.Шостка	1102,2	1153,5	1254,2	1290,5	1284,0	16,5

За період 2014-2018 рр. поширеність серед дорослого населення Сумської області залізодефіцитних анемії зросла на 5,2 %: з 1130,6 в 2014 р. до 1189,2 в 2018 році в розрахунку на 100 тис. дорослого населення.

На території 8 (44,4 %) районів та 4 (57,1 %) міст показник знизився з найвищим рівнем зниження на території Тростянецького району (27,2 % ($p \leq 0,05$)) та м. Лебедин (18,8 % ($p \leq 0,05$)).

На території 10 (50,0 %) районів та 4 (57,1 %) міст вказаний показник зріс з найвищим рівнем зростання на території Роменського району (24,2 %) та м. Ромни (28,5 %).

2.3 Аналіз показників первинного виходу на інвалідність дорослого населення Сумської області внаслідок хвороб крові та кровотворних органів

Далі було вивчено та проаналізовано показники первинного виходу на інвалідність дорослого населення та населення працездатного віку Сумської області внаслідок хвороб крові та кровотворних органів за період 2014-2018 роки в розрахунку на 10 тис. відповідного населення. Дані представлені в додатках Б-1 та Б-2. Показник первинного виходу на інвалідність дорослого населення зріс з 0,03

до 0,1 ($p \leq 0,05$), а показник первинного виходу на інвалідність населення працездатного віку зріс з 0,05 до 0,1 ($p \leq 0,05$).

В табл. 2.9 представлено дані про структуру показників первинного виходу на інвалідність населення Сумської області внаслідок хвороб крові та кровотворних органів за тяжкістю групи інвалідності.

Таблиця 2.9 – Структура показників первинного виходу на інвалідність населення Сумської області за тяжкістю групи інвалідності, 2014-2018 рр., %

Адміністративна територія	Роки/показники %					2018 до 2014 рр. %
	2014	2015	2016	2017	2018	
Перша група	14,1	15,7	15,0	15,1	14,1	0
Друга група	35,8	35,5	35,6	35,0	33,3	93,0
Третя група	50,0	48,6	49,3	49,8	52,4	104,8

В області зареєстрована наступна структура показників первинного виходу на інвалідність населення Сумської області внаслідок хвороб крові та кровотворних органів за тяжкістю групи інвалідності з приводу хвороб крові та кровотворних органів: перша група – 14,1 %, друга група – 33,3 %, третя група – 52,4 %.

За період дослідження (2014-2018 рр.) частка осіб, що вперше отримали першу групу інвалідності не змінилася, частка осіб, що вперше отримали другу групу інвалідності зменшилася на 7,0 %, а осіб, що вперше отримали третю групу інвалідності збільшилася на 4,8 %

2.4 Аналіз показників смертності дорослого населення Сумської області внаслідок хвороб крові та кровотворних органів

В ході дослідження нам були доступні показники смертності населення Сумської області внаслідок хвороб крові та кровотворних органів за період 2014-2017 рр. Отримані дані наведені в табл. 2.10.

Таблиця 2.10 – Динаміка показників смертності дорослого населення та населення працездатного віку Сумської області в наслідок хвороб крові та кровотворних органів, 2014-2017 рр. (на 10 тис. дорослого населення)

Категорія населення	2014	2015	2016	2017
Доросле населення	0,41	0,95	0,42	0,53
Населення працездатного віку	0,6	0,61	0,15	0,31

В ході дослідження було встановлено, що показник смертності дорослого населення внаслідок хвороб крові та кровотворних органів в розрахунку на 100 тис. дорослого населення коливався в межах 0,41-0,95, а населення працездатного віку в межах 0,15-0,61 [158].

3 АНАЛІЗ ОРГАНІЗАЦІЇ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ТА ВИСОКОСПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ХВОРОБИ КРОВІ ТА КРОВОТВОРНИХ ОРГАНІВ В СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ

В ході даного етапу наукового дослідження вивчалось питання організації спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги хворим з хворобами крові та кровотворних органів в Сумській області.

Були вивчені та проаналізовані наступні питання:

1. Організація надання спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги хворим на хвороби крові та кровотворних органів.
2. Організація надання спеціалізованої стаціонарної медичної допомоги хворим на хвороби крові та кровотворних органів.
3. Організація надання високоспеціалізованої медичної допомоги хворим на хвороби крові та кровотворних органів.

Також були проведені соціологічні дослідження серед населення з хворобами крові та кровотворних органів та пацієнтів стаціонарних відділень з питань оцінки ними доступності та якості медичної допомоги.

3.1 Характеристика спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної допомоги хворим на хвороби крові та кровотворних органів

При вивченні стану організації спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної допомоги хворим на хвороби крові та кровотворних органів досліджувалися питання як ресурсної бази в розрізі адміністративних територій області так і основні показники надання спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної допомоги хворим на хвороби крові та кровотворних органів.

3.1.1 Характеристика кадрового забезпечення медичної допомоги хворим з хворобами крові та кровотворних органів

На першому етапі дослідження було вивчено та проаналізовано рівень забезпеченості штатними посадами лікарів-гематологів для надання амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги дорослому населенню в 2018 році в розрізі адміністративних територій області. Табл. 3.1.

Таблиця 3.1 – Забезпеченість штатними посадами лікарів-гематологів для надання амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги дорослому населенню

Адміністративна територія	2018		
	Штатних посад	Укомплектованість, %	В розрахунку на 10 тис. дорослого населення
Сумська область	8,0	96,4	0,07
Білопільський	-	-	-
Буринський	-	-	-
Великописарівський	-	-	-
Глухівський	-	-	-
Конотопський	-	-	-
Краснопільський	-	-	-
Кролевецький	-	-	-
Лебединський	-	-	-
Липоводолинський	-	-	-
Недригайлівський	-	-	-
Охтирський	0,75	100,0	0,12
Путівльський	-	-	-
Роменський	0,25	0	0,41
Середино-Будський	-	-	-
Сумський	-	-	-
Тростянецький	-	-	-
Шосткинський	1,0	100,0	0,11
Ямпільський	-	-	-
м. Суми	1,0	100,0	0,04
м. Глухів	-	-	-
м. Конотоп	-	-	-
м. Лебедин	-	-	-
м. Охтирка	-	-	-
м. Ромни	-	-	-
м. Шостка	-	-	-
ОКЛ	5,0	100,0	-

Аналіз даних табл. 3.1 вказує та те, що в області введено 8,0 посад лікарів-гематологів для надання амбулаторно-поліклінічної гематологічної медичної допомоги із рівнем 0,07 на 10 тис. дорослого населення (Україна – 00,8 з урахуванням працівників НДУ та навчальних закладів). В ході дослідження встановлено, що на території 15 (78,9 %) адміністративних територій області вказані посади не введені. В ході дослідження встановлено, що штатна посада лікаря-гематолога для надання амбулаторно-поліклінічної допомоги населенню не введена в системі охорони здоров'я навіть м. Шостка, в якому зареєстровано найвищі показники захворюваності населення в Сумській області на хвороби крові та кровотворних органів

Наступним кроком дослідження було вивчення рівня кваліфікації лікарів-гематологів, які надають в області гематологічну амбулаторно-поліклінічну допомогу. Отримані дані наведено в табл. 3.2.

Таблиця 3.2 – Рівень кваліфікації лікарів-гематологів, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу (2018 рік)

Адміністративна територія	Фізичних осіб всього	Вища категорія		Перша категорія		Друга категорія		Третя категорія		Не атестовано	
		абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Сумська область	6	2	33,3	2	33,3	-	-	-	-	2	33,3
Охтирський район	1	-	-	1	100,0	-	-	-	-	-	-
Шосткинський район	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100,0
Обласні заклади охорони здоров'я	4	2	50,0	1	25,0	-	-	-	-	1	25,0

Отримані дані вказують на те, що фізичні особи, які займають посади лікарів-гематологів для надання амбулаторно-поліклінічної допомоги населенню 33,3 % мають вищу атестаційну категорію, 33,3 % – першу атестаційну категорію і 33,3 % є не атестованими. Не атестованим є лікар-гематолог Шосткинської ЦРЛ (Україна – атестовано 77,5 %).

Наступним кроком дослідження було вивчення вікової характеристики лікарів-гематологів, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу населенню Сумської області. Отримані в ході дослідження результати наведені в табл. 3.3.

Таблиця 3.3 – Вікова категорія лікарів-гематологів (2018 рік)

Адміністративна територія	Фізичних осіб всього	Молоді спеціалісти		Передпенсійний вік		Пенсійний вік	
		абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Сумська область	6	1	16,7	2	33,3	3	50,0
Охтирський район	1	-	-	1	100,0	-	-
Шосткинський район	1	-	-	-	-	1	100,0
Обласні заклади охорони здоров'я	4	1	25,0	1	25,0	2	50,0

За даними табл. 3.3. із числа лікарів-гематологів, які надають амбулаторно-поліклінічну гематологічну допомогу 50,0 % є пенсіонерами, 33,3 % - особами передпенсійного віку і тільки 16,7 % - молодими спеціалістами. Це вказує на те, що спеціальність лікаря-гематолога не є пріоритетною серед випускників вищих медичних навчальних закладів.

Враховуючи особливості національної системи охорони здоров'я, коли певні види медичної допомоги і в першу чергу консультативної надаються профільними позаштатними спеціалістами нами було вивчено склад та рівень підготовки позаштатних лікарів-гематологів в розрізі адміністративних територій Сумської області. Отримані дані наведені в табл. 3.4.

На території 16 (84,2 %) адміністративних територій області із числа лікарів-терапевтів затверджені позаштатні лікарів-гематологи для надання консультативної гематологічної допомоги населенню. На території 3 (15,8 %) адміністративних територій відсутні навіть позаштатні лікарів-гематологи, що повністю позбавляє населення даних територій в отриманні мінімальної спеціалізованої гематологічної допомоги. Із 16 позаштатних лікарів-гематологів атестаційну категорію за спеціальністю мають тільки 2 (12,5 %).

Згідно до кваліфікаційних характеристик лікарів на вторинному рівні надання медичної допомоги за спеціальностями медичну допомогу хворим з хворобами крові та кровотворних органів надають:

- 1) на первинному рівні – лікарі загальної практики – сімейні лікарі;
- 2) спеціалізовану допомогу – лікарі за відповідним профілем: акушери-гінекологи, гастроентерологи, хірурги тощо.

Таблиця 3.4 – Дані про позаштатних спеціалістів лікарів-гематологів для надання консультативної допомоги населенню (2018 рік)

Адміністративна територія	2018		
	Спеціалізація з гематології	Тематичне удосконалення з гематології	Кваліфікаційна категорія з гематології
Сумська область	16	2	2
Білопільський	1	-	-
Буринський	1	-	-
Великописарівський	1	-	-
Глухівський	1	-	-
Конотопський	1	1	1
Краснопільський	1	-	-
Кролевецький	1	-	-
Лебединський	1	-	-
Липоводолінський	1	-	-
Недригайлівський	1	-	-
Охтирський	-	-	-
Путівльський	1	-	-
Роменський	1	1	1
Середино-Будський	1	-	-
Сумський	1	-	-
Тростянецький	1	-	-
Шосткинський	-	-	-
Ямпільський	1	-	-
м. Суми	-	-	-
в т.ч. м. Глухів	1	-	-
м. Конотоп	1	-	-
м. Лебедин	1	-	-
м. Охтирка	1	-	-
м. Ромни	1	-	-
м. Шостка	1	-	-

Всі хворі після встановлення діагнозу мають бути консультовані лікарем-гематологом, диспансерний нагляд за хворими має також проводитися під методичним та консультативним забезпеченням лікарів-гематологів.

Нами було вивчено та проаналізовано рівень підготовки лікарів первинної ланки та профільних лікарів-спеціалістів до медичного забезпечення хворих на хвороби крові та кровотворних органів, табл. 3.5.

Відповідно до отриманих в ході дослідження та наведених в табл. 3.5 даних із загальної кількості лікарів, які надають медичну допомогу населенню при хворобах крові та кровотворних органів пройшли тематичне удосконалення за спеціальністю «Гематологія» їх наступна частина:

- лікарі загальної практики - сімейні лікарі – 18,0 %;
- лікарі-хірурги – 12,2 %;
- лікарі акушери-гінекологи – 8,8 %;
- лікарі гастроентерологи – не пройшов підготовку жоден лікар;
- лікарі-терапевти – 6,6 %.

Таблиця 3.5 – Кадрове забезпечення амбулаторно-поліклінічної допомоги хворим з хворобами крові та кровотворних органів

Спеціальність	2016			2017			2018		
	Абс. ч.	Пройшли ТУ з гематології	%	Абс. ч.	Пройшли ТУ з гематології	%	Абс. ч.	Пройшли ТУ з гематології	%
Лікарі загальної практики	320	54	16,9	332	62	18,7	348	62,6	18,0
Лікарі-хірурги	42	5	11,9	40	4	10,0	41	5	12,2
Лікарі акушер-гінекологи	103	12	11,6	100	8	8,0	102	9	8,8
Лікарі гастро-ентерологи	8	-	-	8	-	-	11	-	-
Лікарі-терапевти	215	15	7,0	202	9	4,5	166	11	6,6
Гематологи	3	2	66,7	3	3	100,0	3	3	100,0

Згідно доказового менеджменту такий рівень підготовки лікарів за спеціальністю «Гематологія» не дозволяє забезпечити хворих на хвороби крові та кровотворних органів на вторинному рівні якісною медичною допомогою.

Далі було вивчено питання щодо забезпечення амбулаторно-поліклінічного етапу надання медичної допомоги функціональними (інструментальними) дослідженнями. Дане питання вивчалось в розрізі адміністративних територій області, а результати наведено в табл. 3.6.

Заклади охорони здоров'я вторинного рівня надання медичної допомоги на недостатньому рівні забезпечені функціональними (інструментальними) дослідженнями. УЗД ОЧП проводиться у закладах всіх територій. Із 19 адміністративних територій ФГДС забезпечені 18 (94,7 %) територій, ФБС – 3 (15,8 %), ФКС - 7(36,8 %) територій.

Таблиця 3.6 – Забезпеченість лікарів амбулаторно-поліклінічного етапу медичної допомоги населенню функціональними (інструментальними) дослідженнями (2018 рік)

Територія	ФГДС	ФБС	ФКС	УЗД ОЧП	УЗД позачервного простору	УЗД щитоподібної залози	УЗД підшкірного утворення	УЗД судин	Ехокардіографія	Холтеровське моніторування
Білопільський	+	-	-	+	+	+	+	-	-	-
Буринський	+	-	-	+	+	+	+	+	+	+
Великописарівський	+	-	-	+	+	+	+	-	-	-
Глухівський	-	-	-	+	+	+	+	-	+	+
Конотопський	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+
Краснопільський	+	-	-	+	+	+	+	-	-	-
Кролевецький	+	-	-	+	+	+	+	+	+	-
Лебединський	+	-	-	+	+	+	+	+	+	-
Липоводолінський	+	-	+	+	+	+	+	-	-	-
Недригайлівський	+	-	-	+	+	+	+	-	-	-
Охтирський	+	-	-	+	+	+	+	+	+	+
Путівльський	+	-	-	+	+	+	+	+	-	-
Роменський	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+
Середино-Будський	+	-	-	+	+	+	+	+	-	-
Сумський	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+
Тростянецький	+	-	-	+	+	+	+	+	+	+
Шосткинський	+	-	-	+	+	+	+	+	+	+
Ямпільський	+	-	-	+	+	+	+	-	-	-
м.Суми	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
в т.ч. м.Глухів	+	-	-	+	+	+	+	-	+	-
м.Конотоп	+	-	+	+	+	+	+	+	+	-
м.Лебедин	+	-	-	+	+	+	+	+	+	-
м.Охтирка	+	-	-	+	+	+	+	+	+	-
м.Ромни	+	+	+	+	+	+	+	-	+	-
м.Шостка	+	-	-	+	+	+	+	+	+	-

Далі в табл. 3.7 наведені дані щодо забезпеченості лікарів амбулаторно-поліклінічного етапу надання медичної допомоги населенню радіологічними методами обстеження.

Таблиця 3.7 – Забезпеченість лікарів амбулаторно-поліклінічного етапу медичної допомоги населенню радіологічними методами обстеження (2018 рік)

Міста	КТ	МРТ	R-дослід. ОГК	R-дослід. ШКТ	R-дослід. кісток	Інші органи та системи
Білопільський	-	-	+	+	+	+
Буринський	-	-	+	+	+	+
Великописарівський	-	-	+	+	+	+
Глухівський	-	-	+	+	+	+
Конотопський	+	-	+	+	+	+
Краснопільський	-	-	+	+	+	+
Кролевецький	-	-	+	+	+	+
Лебединський	-	-	+	+	+	+
Липоводолінський	-	-	+	+	+	+
Недригайлівський	-	-	+	+	+	+
Охтирський	+	-	+	+	+	+
Путівльський	-	-	+	+	+	+
Роменський	+	-	+	+	+	+
Середино-Будський	-	-	+	+	+	+
Сумський	-	-	+	+	+	+
Тростянецький	-	-	+	+	+	+
Шосткинський	-	-	+	+	+	+
Ямпільський	-	-	+	+	+	+
м.Суми	+	+	+	+	+	+
в т.ч. м.Глухів	-	-	+	+	+	+
м.Конотоп	-	-	+	+	+	+
м.Лебедин	-	-	+	+	+	+
м.Охтирка	-	-	+	+	+	+
м.Ромни	-	-	+	+	+	+
м.Шостка	-	-	+	+	+	+

Наведені в табл. 3.7 дані вказують на те, що рентгенологічні дослідження органів грудної клітки, шлунково-кишкового тракту, кісток та інших органів і систем проводяться на всіх адміністративних територія області. КТ проводиться в Конотопському, Охтирському, Роменському районах та м. Суми. МРТ проводиться тільки в м. Суми.

Далі вивчалоя питання забезпеченості лікарів амбулаторно-поліклінічного етапу надання медичної допомоги населенню лабораторними методами діагностики. Методи лабораторної діагностики, які необхідні для обстеження хворих на хвороби крові та кровотворних органів нами були розділені на клінічні, біохімічні, цитологічні, імуногістохімічні та гістологічні. Отримані в ході дослідження результати наведено в табл. 3.8.

Таблиця 3.8 – Забезпеченість лікарів амбулаторно-поліклінічного етапу медичної допомоги населенню лабораторними методами діагностики (2018 рік)

Адміністративна територія	Клінічний аналіз крові	Біохімічний аналіз крові	Цитологія	Гістологія	Імуно-гістохімія
Білопільський	+	+	+	+	
Буринський	+	+	+	+	
Великописарівський	+	+	-	-	
Глухівський	+	+	+	+	
Конотопський	+	+	+	+	
Краснопільський	+	+	+	-	
Кролевецький	+	+	+	+	
Лебединський	+	+	+	+	
Липоводолинський	+	+	+	-	
Недригайлівський	+	+	+	+	
Охтирський	+	+	+	+	
Путівльський	+	+	+	-	
Роменський	+	+	+	+	
Середино-Будський	+	+	+	-	
Сумський	+	+	+	-	
Тростянецький	+	+	+	+	
Шосткинський	+	+	+	+	
Ямпільський	+	+	+	-	
м.Суми	+	+	+	+	+
в т.ч. м.Глухів	+	+	+	+	
м.Конотоп	+	+	+	+	
м.Лебедин	+	+	+	+	
м.Охтирка	+	+	+	+	
м.Ромни	+	+	+	+	
м.Шостка	+	+	+	+	

Отримані в ході дослідження та наведені в табл. 3.8 дані вказують на те, що клінічні та біохімічні дослідження проводяться на всіх адміністративних територіях області, а цитологічні на всіх територіях крім Великописарівського району. Імуногістохімічні дослідження проводяться тільки в м. Суми на рівні ОКЛ.

3.1.2 Характеристика показників надання амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги хворим з хворобами крові та кровотворних органів

Логічним наступним кроком дослідження було вивчення рівня обстеження хворих на хвороби крові та кровотворних органів, що одержали в амбулаторних умовах протягом останнього року лікування у відповідності до діючих стандартів. Дане дослідження було проведено експертним шляхом. В якості експертів були залучені штатні та позаштатні лікарі-гематологи. Отримані результати представлено в табл. 3.9.

Таблиця 3.9 – Рівень обстеження хворих на хвороби крові та кровотворних органів у відповідності до діючих стандартів (нормативів), 2018 р.

Показник	Абсолютні дані	%
На територіях з штатним лікарем-гематологом.	4954	100,0
Повне	4379	88,4
Часткове	515	10,4
Не отримували	60	1,2
На територіях з позаштатним лікарем-гематологом	7622	100,0
Повне	6105	80,1
Часткове	1342	17,6
Не отримували	175	2,3

Аналіз наведених в табл. 3.9 даних показав, що із 4954 хворих на хвороби крові та кровотворних органів, що отримували лікування на територіях де працюють штатні лікарі-гематологи були обстежені повністю у відповідності до діючих стандартів у 88,4 %, частково – 10,4 %, а не обстеженими лишилися 1,2 % хворих. На територіях з позаштатним лікарем-гематологом із 7622 хворих на хвороби крові та кровотворних органів, що отримували лікування були обстежені повністю у відповідності до діючих стандартів 80,1 %, частково – 17,6 %, а не обстеженими лишилися 2,3 % хворих.

Далі вивчалоя питання організаційних обсягів надання медичної допомоги хворим на хвороби крові та кровотворних органів штатними та позаштатними

лікарями-гематологами. Для порівняння було вивчено дані показники за 2014 та 2018 роки.

Проведений аналіз дозволив встановити наступне. В 2014 році штатні посади лікарів-гематологів були введені на території 4 (21,0 %) адміністративних територій, а в 2018 тільки в 2 (10,5 %). За період дослідження дані посади були скорочені в Конотопському та Роменському районах.

Якщо в 2014 році штатними лікарями було надано 16307 консультацій із яких 4511 (28,7 %) в обласній клінічній лікарні то в 2018 році було надано 14524 консультацій із яких 4435 (31,5 %) в обласній клінічній лікарні. За роки дослідження кількість наданих консультацій скоротилася в 1,12 рази, на 1783 консультації. При цьому достовірного скорочення кількості консультацій, які надані спеціалістами обласної клінічної лікарні не встановлено.

В 2014 році первинно консультованих було 4590, або 28,1 % від всіх про консультованих, а в 2018 році цей показник склав 3823 консультації та 26,3 % відповідно. Із числа консультованих в 2014 році 1654 (10,1 %) було скеровано на госпіталізацію, а решті призначено амбулаторне лікування. В 2018 році скеровано на госпіталізацію 1434 (9,9 %) консультованих хворих, а амбулаторне лікування призначено менше 20 % пацієнтів. При цьому за період дослідження денні стаціонари в області для хворих на хвороби крові та кровотворних органів не організовувалися. Під диспансерний нагляд взято тільки тих хворих яким призначено амбулаторне лікування. Решті консультованим дано рекомендації.

Звертає на себе той факт, що якщо в 2014 році під диспансерним наглядом штатних лікарів-гематологів знаходилися всі хворі, які ними були консультовані, то в 2018 році лікарями-гематологами штатними в Охтирському районі взято під диспансерний нагляд тільки 11,1 %, а в Шосткинському районі 21,2 % хворих, які ними були консультовані.

Встановлена достовірна різниця функції посади штатних лікарів-гематологів. Так, в 2014 році різниця склала 21,84 рази: від 321 в Конотопському районі до 7012 в Шосткинському районі. В 2018 році різниця вказаного показника склала 1,12 разів.

Далі вивчалоя питання діяльності позаштатних лікарів-гематологів. В 2014 році позаштатними лікарями-гематологами було консультовано 142 хворих на хвороби крові та кровотворних органів із яких 19,7 % склали первинні хворі та 80,3 % повторні. Із загальної кількості консультованих 18,4 % було скеровано на госпіталізацію в стаціонарні відділення територіальних лікарень, а для решти організовано амбулаторно-поліклінічне лікування. Денні стаціонари для хворих на хвороби крові та кровотворних органів позаштатними лікарями-гематологами в області не організовувалися. У лікарів-гематологів позаштатних під диспансерним наглядом знаходилися тільки 142 хворих. Це хворі, яких вони консультували.

Достовірних показників в діяльності позаштатних лікарів-гематологів за адміністративними територіями області не відмічалоя.

В 2018 році кількість консультованих хворих позаштатними лікарями-гематологами мала тенденцію до збільшення і склала 207 хворих. При цьому частка первинних хворих скоротилася на 8,1 % і склала 11,6 %. А частка скерованих на госпіталізацію збільшилася на 6,2 % і склала 24,6 %. Дане вказує на те, що на консультацію до лікарів-спеціалістів скеровуються хворі у більш тяжкому стані. Частка скерованих на госпіталізацію хворих від кількості консультованих достовірно відрізняється в розрізі адміністративних територій. Так, в 2-х районах таких пацієнтів не було, а в Білопільському районі їх частка становила 40,0 %, а в В.Писарівському – 50 %.

В цілому необхідно відмітити вкрай низьку професійну активність лікарів-гематологів позаштатних. 7 (43,8 %) із 16 консультували менше ніж одного хворого на місяць.

З метою дослідження якості медичної допомоги хворим на хвороби крові та кровотворних органів на амбулаторно-поліклінічному рівні далі було вивчено рівень лікування хворих на хвороби крові та кровотворних органів в амбулаторних умовах протягом останнього року лікування у відповідності до діючих стандартів. Дане дослідження було проведено експертним шляхом. В якості експертів були залучені штатні та позаштатні лікарі-гематологи. Отримані результати представлено в табл. 3.10.

Таблиця 3.10 – Амбулаторне лікування хворих на хвороби крові та кровотворних органів у відповідності до діючих стандартів (нормативів), 2018 р.

Показник	Абсолютні дані	%
На територіях з штатним лікарем-гематологом	4954	100,0
Повне	3297	66,55
Часткове	1515	30,58
Не отримували	160	2,87
На територіях з позаштатним лікарем-гематологом	7622	100,0
Повне	4205	55,17
Часткове	3042	39,91
Не отримували	375	4,92

Експертним шляхом було проаналізовано 12760 «Карт амбулаторного хворого» (форма 25) в тому числі 4954 із територій де працює штатний лікар-гематолог та 7622 із територій де працює позаштатний лікар-гематолог. Експертами було встановлено, що 66,55 % хворих на територіях де працює штатний лікар-гематолог та 55,17 % на територіях з позаштатним лікарем-гематологом отримували амбулаторне лікування обсязі, що відповідає галузевому стандарту. Таких, що отримували лікування не в повному обсязі було відповідно 30,38 % та 39,91 %, а тих хто лікування взагалі не отримував було відповідно 2,87 % та 4,92 %, що склало 535 осіб.

З метою вивчення доступності для населення області яке має хвороби крові та кровотворних органів гематологічної допомоги нами було вивчено питання якими спеціалістами були оглянуті хворі з вперше встановленим діагнозом хвороб крові та кровотворних органів в 2018 році. Отримані дані наведено в табл. 3.11.

Таблиця 3.11 – Рівень доступності спеціалізованої медичної допомоги для осіб з вперше в житті встановленим діагнозом хвороб крові та кровотворних органів (2018 рік – дорослі)

Адміністративна територія	Всього вперше зареєстровано хворих з хворобами крові та кровотворних органів	Із них оглянуто							
		Лікарем-гематологом штатним		Лікарем-гематологом позаштатним		Лікарем-спеціалістом іншого профілю		Сімейним лікарем	
		абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Сумська область	1513	494	32,7	583	38,5	776	51,3	1488	98,3
Білопільський	68	-	-	38	55,9	25	36,8	68	100,0
Буринський	42	-	-	22	52,4	18	42,9	40	95,2
В.Писарівський	25	-	-	13	52,0	11	44,0	25	100,0
Глухівський	84	-	-	60	71,4	40	47,6	84	100,0
Конотопський	178	-	-	111	62,3	84	47,2	178	100,0
Краснопільський	30	-	-	17	56,6	14	46,7	30	100,0
Кролевецький	81	-	-	51	63,0	50	61,7	80	98,7
Лебединський	34	-	-	14	41,4	12	35,3	32	94,1
Л.Долинський	32	-	-	12	37,5	10	31,3	32	100,0
Недригайлівський	36	-	-	16	44,4	11	30,6	33	91,7
Охтирський	113	113	100,0	-	-	81	71,7	113	100,0
Путивльський	25	-	-	18	72,0	14	56,0	24	96,0
Роменський	123	120	97,6	-	-	74	60,2	120	97,6
С.Будський	14	-	-	6	42,8	4	28,6	14	100,0
Сумський	117	-	-	69	58,9	58	49,5	117	100,0
Тростянецький	31	-	-	19	61,2	19	61,2	30	96,8
Шосткінський	179	-	-	98	54,7	70	39,1	171	95,5
Ямпільський	40	-	-	19	47,5	13	32,5	36	90,0
м. Суми	261	261	100	-	-	168	64,4	261	100,0

Аналіз наведених в табл. 3.11 даних вказує на недостатній рівень доступності спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної гематологічної допомоги для хворих на хвороби крові та кровотворних органів. Так, із загальної кількості хворих на хвороби крові та кровотворних органів із вперше в житті встановленим діагнозом (1513) оглянуті лікарем гематологом штатним 494 осіб – 32,7 % та лікарем-гематологом позаштатним – 583 осіб – 38,5 %. Крім того оглянуто лікарями-спеціалістами 776 осіб – 51,3 %. Найбільша частка осіб оглянута ЛЗП-СЛ – 1488 осіб, або 98,3 % із тих у кого діагноз встановлено вперше.

3.2 Характеристика спеціалізованої стаціонарної допомоги хворим на хвороби крові та кровотворних органів

В ході проведення даного етапу дослідження було встановлено, що на рівні спеціалізованої медичної допомоги в Сумській області госпітальних гематологічних ліжок не відкрито. Медична стаціонарна допомога хворим на хвороби крові та кровотворних органів надається в місцевих лікарнях у відділеннях терапевтичного, хірургічного та гінекологічного профілю. Характеристика ресурсного забезпечення медичної стаціонарної допомоги хворим з хворобами крові та кровотворних органів відповідає такій, яка існує для надання допомоги на її амбулаторно-поліклінічному етапі. Вона описана у відповідному розділі дисертаційної роботи (3.1.1).

Під час виконання даного розділу роботи нами вивчалися показники надання стаціонарної медичної допомоги хворим на хвороби крові та кровотворних органів в закладах охорони здоров'я за адміністративними територіями області. В табл. 3.12 представлено дані щодо кількості госпіталізованих до закладів спеціалізованої медичної допомоги пацієнтів з хворобами крові та кровотворних органів.

Аналіз наведених в табл. 3.12 даних вказує на те, що в Сумській області щорічно госпіталізується до закладів спеціалізованої медичної допомоги 542-547 хворих на хвороби крові та кровотворних органів. Найбільша кількість таких пацієнтів госпіталізується до закладів охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги м. Суми (168), Конотопського (77), Роменського (61) районів.

Далі нами вивчено питання обстеження госпіталізованих до лікарень спеціалізованої медичної допомоги хворих на хвороби крові та кровотворних органів відповідно до стандарту.

Таблиця 3.12 – Кількість госпіталізованих до закладів спеціалізованої медичної допомоги пацієнтів з хворобами крові та кровотворних органів, 2016-2018 рр.

Адміністративна територія	2016	2017	2018
1	2	3	4
Сумська область	547	542	545
Білопільський	9	7	8
Буринський	6	8	5
Великописарівський	7	5	3
Глухівський	16	23	38
Конотопський	76	64	77
Краснопільський	6	12	8
Кролевецький	16	7	15
Лебединський	13	19	11
Липоводолинський	10	9	10
Недригайлівський	53	8	20
Охтирський	24	26	13
Путивльський	13	6	20
Роменський	65	80	61
Середино-Будський	22	3	1
Сумський	11	26	24
Тростянецький	24	25	21
Шосткинський	57	45	31
Ямпільський	13	8	4
м. Суми	111	148	168

На рівні області показник обстеження хворих на хвороби крові та кровотворних органів в закладах охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги коливається від 78,2 % до 80,1 % з тенденцією до підвищення показника. При цьому необхідно відмітити, що в межах адміністративних територій встановлені достовірні коливання показника: від 33,3 % в Великописарівському та Ямпільському районах до 90,8 % в м. Суми ($p \leq 0,01$). Різниця становить 2,73 ($p \leq 0,05$) разу. В ЗОЗ 12 (48,0 %) адміністративних територій в 2018 році показник обстеження не відповідає стандарту, що відповідно до доказового менеджменту вказує на неякісну медичну допомогу. При цьому в Середино-Будській ЦРЛ в 2018 році стаціонарно був пролікований один пацієнт з хворобами крові та кровотворних органів і той не був обстежений відповідно до стандарту.

Далі була досліджена частка госпіталізованих до закладів спеціалізованої медичної допомоги пацієнтів з хворобами крові та кровотворних органів, які були проліковані відповідно до клінічних протоколів. Дослідження охоплювало період 2016-2018 років. Отримані результати наведено в табл. 3.13.

Таблиця 3.13 – Частка госпіталізованих до закладів спеціалізованої медичної допомоги пацієнтів з хворобами крові та кровотворних органів, які проліковані відповідно до стандарту, клінічних протоколів, 2016-2018 рр., %

Адміністративна територія	2016	2017	2018
Сумська область	71,1	77,1	78,0
Білопільський	44,4	57,1	50,0
Буринський	50,0	50,0	60,0
Великописарівський	42,9	60,0	33,3
Глухівський	75,0	87,0	86,8
Конотопський	84,2	82,8	85,7
Краснопільський	33,3	58,3	40,0
Кролевецький	68,8	57,1	60,0
Лебединський	53,8	73,7	81,8
Липоводолинський	40,0	55,6	50,0
Недригайлівський	64,2	50,0	45,0
Охтирський	75,0	80,8	84,6
Путивльський	38,5	33,3	35,0
Роменський	86,2	88,8	86,9
Середино-Будський	27,3	-	-
Сумський	63,6	88,5	87,5
Тростянецький	58,3	60,0	61,9
Шосткинський	78,9	77,8	77,4
Ямпільський	23,1	25,0	33,3
м. Суми	82,0	88,5	90,5

Наведені в табл. 3.13 дані вказують на те, що 71,1 %-78,0 % госпіталізованих з хворобами крові та кровотворних органів до закладів охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги отримують лікування відповідно до клінічних протоколів. За період дослідження даний показник має тенденцію до покращення.

В розрізі адміністративних територій області, показник що вивчається має достовірні коливання. Гранична різниця показника відрізняється в 2,71 разу: від 33,3 % в Великописарівському та Ямпільському районах до 90,5 % в м. Суми.

В ЗОЗ 11 (44,0 %) адміністративних територій в 2018 році показник лікування хворих на хвороби крові та кровотворних органів не відповідно стандарту нижче 75 %, що за даними доказового менеджменту вказує на неякісну медичну допомогу. При цьому в Середино-Будській ЦРЛ в 2018 році стаціонарно був пролікований один пацієнт з хворобами крові та кровотворних органів і той не відповідно до стандарту.

Далі вивчалося питання середнього перебування пацієнтів з хворобами крові та кровотворних органів на непрофільному ліжку в закладах охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги за період 2016-2018 роки. Отримані дані наведено в табл. 3.14.

Таблиця 3.14 – Середнє перебування пацієнтів з хворобами крові та кровотворних органів на непрофільному ліжку в закладах охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги, 2016-2018рр., днів

Адміністративна територія	2016	2017	2018
Сумська область	11,87	12,87	12,09
Білопільський	12,33	11,29	10,88
Буринський	9,17	12,13	10,00
Великописарівський	13,50	19,40	15,67
Глухівський	11,25	12,70	11,50
Конотопський	11,59	11,27	11,32
Краснопільський	8,00	15,75	13,38
Кролевецький	10,31	13,86	10,47
Лебединський	8,31	10,89	12,18
Липоводолинський	10,40	15,44	14,90
Недригайлівський	7,98	12,75	11,20
Охтирський	12,67	12,32	14,92
Путивльський	12,38	9,33	9,40
Роменський	14,14	15,21	14,33
Середино-Будський	12,50	9,00	18,00
Сумський	8,64	11,16	10,67
Тростянецький	12,00	10,88	10,19
Шосткинський	14,37	14,33	14,94
Ямпільський	10,54	12,00	12,00
м.Суми	12,65	12,66	11,83

За період дослідження середнє перебування хворих з хворобами крові та кровотворних органів на госпітальному ліжку в закладах охорони здоров'я

спеціалізованої медичної допомоги має тенденцію до збільшення: з 11,78 до 12,09 дня. При цьому в розрізі адміністративних територій вказаний показник має значні коливання: від 9,4 дня в Путивльському районі до 18,0 днів в Середино-Будському районі. Різниця складає 1,9 разів.

Наступним кроком дослідження було вивчення показника летальності пацієнтів з хворобами крові та кровотворних органів на непрофільному ліжку в закладах охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги за період 2016-2018 рр. Отримані результати наведено в табл. 3.15.

Таблиця 3.15 – Рівень летальності пацієнтів з хворобами крові та кровотворних органів на непрофільному ліжку в закладах охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги, 2016-2018рр., %

Адміністративна територія	2016	2017	2018
Сумська область	0,24	0,42	0,08
Білопільський	-	-	-
Буринський	-	-	-
Великописарівський	12,50	-	-
Глухівський	-	-	-
Конотопський	0,79	-	-
Краснопільський	-	-	-
Кролевецький	-	-	-
Лебединський	-	-	-
Липоводолинський	-	-	-
Недригайлівський	-	-	-
Охтирський	-	2,22	5,26
Путивльський	-	-	-
Роменський	-	-	-
Середино-Будський	-	-	-
Сумський	-	3,85	-
Троїцький	-	-	-
Шосткинський	-	4,08	-
Ямпільський	-	-	-
м.Суми	-	-	-

За період дослідження (2016-2018 рр.) летальність пацієнтів з хворобами крові та кровотворних органів на госпітальних непрофільних ліжках в закладах охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги має тенденцію до скорочення: з 0,24 %

в 2016 році до 0,08 % в 2018 році ($p \leq 0,05$). Найвищий рівень летальності пацієнтів з вказаною патологією було зареєстровано в 2016 році в Великописарівський ЦРЛ – 12,5 %. При цьому в більшості ЗОЗ спеціалізованої допомоги області летальні випадки не реєструються. Враховуючи показники летальності населення області в наслідок хвороб крові та кровотворних органів можна зробити висновок, що більша частина хворих на вказані хвороби помирає вдома не отримуючи належної медичної допомоги.

3.3 Характеристика високоспеціалізованої допомоги хворим на хвороби крові та кровотворних органів

Високоспеціалізована гематологічна допомога дорослому населенню Сумської області надається на базі обласної клінічної лікарні. Для цього на базі лікарні створено гематологічне стаціонарне відділення та на базі консультативної обласної поліклініки – консультативний гематологічний кабінет.

В штатному розписі обласної клінічної лікарні введено 5 посад лікарів-гематологів. Штатні посади укомплектовані 4 фізичними особами лікарів-гематологів, із яких 3 (75,0 %) є атестованими, а 1 (25,0 %) є молодим спеціалістом. Із загального числа лікарів-гематологів 2 (50,0 %) є пенсіонерами, в 1 (25,0 %) особою передпенсійного віку.

Лікарі-гематологи обласної лікарні здійснюють консультаційну та діагностичну допомогу хворим, стаціонарне лікування, причому направленні на госпіталізацію здійснюють лікарі консультативного прийому та проводять в межах області організаційно-методичну роботу, а також здійснюють консультативну допомогу в закладах охорони здоров'я тяжкохворих на виїзді.

В табл. 3.16 представлено дані про організацію консультативної допомоги лікарями-гематологами обласної лікарні за період 2014-2018 рр.

Аналіз наведених в табл. 3.16 даних вказує на те, що в цілому за період дослідження кількість консультованих хворих за роками дослідження принципово не змінилася, але найвищий рівень мала в 2015 році (8012 осіб). В 2018 році було

консультовано 3185 (48,0 %) пацієнтів, які проживають в містах, 1250 (26,9 %) хворих які проживають в сільській місцевості та 2195 (33,1 %) пацієнтів, які отримували лікування в ЗОЗ області.

Таблиця 3.16 – Консультативна допомога лікарями-гематологами обласної клінічної лікарні, 2014-2018 рр. (абсолютні дані)

Показник	2014	2015	2016	2017	2018
Дано консультацій міським мешканцям	3375	4246	3619	3255	3185
Дано консультацій сільським мешканцям	1136	1208	1090	1051	1250
Консультовано в стаціонарах області	2104	2558	2124	2005	2195

Далі було вивчено рівень підготовки до консультації скерованих пацієнтів до обласної клінічної лікарні: визначення мети консультації та обстеження, що впливає на якість та терміни проведення консультації. Отримані результати наведено в табл. 3.17.

Таблиця 3.17 – Показник рівня підготовки до консультації (абс. дані, %)

Показник	Абсолютні дані	%
Скеровані лікарями-гематологами штатними	14524	100,0
Повністю	13348	91,9
Частково	1176	8,1
Не підготовлено	-	-
Скеровані лікарями-гематологами позаштатними	8360	100,0
Повністю	-	-
Частково	5334	63,8
Не підготовлено	3026	36,2
Скеровані лікарями-спеціалістами	1023	100,0
Повністю	-	-
Частково	406	39,7
Не підготовлено	617	60,3

Аналіз отриманих та наведених в табл. 3.17 даних вказує на те, що рівень підготовки пацієнтів до консультації залежить від спеціальності лікарів, які скерували пацієнтів. Так, повністю підготовленими до консультації були 91,9 % пацієнтів, які були скеровані лікарями-гематологами штатними та повністю не підготовленими 36,2 % тих, що були скерованими лікарями-гематологами позаштатними і 60,3 % - скеровані лікарями-спеціалістами.

Для надання високоспеціалізованої гематологічної допомоги в складі обласної клінічної лікарні функціонує гематологічне відділення на 33 ліжка. Рівень забезпеченості дорослого населення гематологічними ліжками становить 0,35 на 10 тис дорослого населення (Україна – 0,3). Матеріально-технічна база лікарні дозволяє забезпечити надання медичної допомоги хворим на хвороби крові та кровотворних органів у відповідності до галузевих стандартів. Далі, в табл. 3.18 наведено дані про використання стаціонарних спеціалізованих гематологічних ліжок.

Таблиця 3.18 – Показники роботи спеціалізованих гематологічних ліжок Сумської обласної клінічної лікарні, 2016-2018 рр.

Адміністративна територія	2016	2017	2018
Кількість ліжок	33	33	33
Кількість госпіталізованих	907	913	922
Робота ліжка, днів на рік	352,8	348,0	354,5
Середнє перебування на гематологічному ліжку, днів	12,8	12,6	12,6
Летальність на гематологічному ліжку, %	0,66	1,10	0,32

Наведені в табл. 3.18 дані вказують на тенденцію до збільшення кількості пролікованих хворих та високий рівень використання госпітальних ліжок (354,6 днів на рік), при тенденції до зменшення показників середнього перебування пацієнтів на ліжку (12,6 дня) (Україна – 1098 дня) та госпітальної летальності (0,32 %) (Україна – 1,77 %).

3.4 Оцінка населенням яке має хвороби крові та кровотворних органів спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної допомоги

Відповідно до програми дослідження було опитано 200 жителів Сумської області які мають хвороби крові та кровотворних органів з метою вивчення їх оцінки доступності та якості спеціалізованої гематологічної амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги. Із загальної кількості опитаних 104 (52,0 %) були жителями міст, а 96 (48,0 %) сільськими жителями. Детальні дані про респондентів наведено в розділі 5.4.

На початку було вивчено рівень оцінки доступності спеціалізованої гематологічної амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги. Отримані дані наведено в табл. 3.19.

Таблиця 3.19 – Оцінка доступності спеціалізованої гематологічної амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги, %

Показник	Міське населення	Сільське населення
Територіальна доступність		
Доступна	25,0±2,2	5,2±1,1
Скоріше доступна ніж недоступна	31,7±2,3	40,1±2,5
Скоріше недоступна ніж доступна	28,9±2,3	40,1±2,5
Недоступна	14,4±1,7	14,6±1,8
Економічна доступність		
Доступна	20,0±2,0	3,1±0,9
Скоріше доступна ніж недоступна	30,8±2,3	30,2±2,3
Скоріше недоступна ніж доступна	28,0±2,2	43,8±2,5
Недоступна	21,2±2,0	21,9±2,1

При визначенні територіальної доступності міські жителі оцінили даний чинник більш високо ніж сільські жителі. Так, спеціалізована гематологічна амбулаторно-поліклінічна медична допомога повністю доступна для 25,0±2,2 % міських опитаних хворих та 5,2±1,1 % опитаних хворих які проживають в сільській місцевості. Різниця складає 4,8 ($p \leq 0,01$) разів. На те, що спеціалізована гематологічна амбулаторно-поліклінічна медична допомога територіально недоступна вказало 14 % опитаних як міських так і сільських жителів.

На те, що спеціалізована гематологічна амбулаторно-поліклінічна медична допомога є економічно доступною вказало $20,0 \pm 2,0$ % міських опитаних хворих та $3,1 \pm 0,9$ % опитаних хворих які проживають в сільській місцевості. Різниця складає 6,5 ($p \leq 0,01$) разів. На те, що спеціалізована гематологічна амбулаторно-поліклінічна медична допомога недоступна вказав 21 % опитаних як міських так і сільських жителів. Територіально спеціалізована гематологічна амбулаторно-поліклінічна медична допомога для опитаних хворих на хвороби крові та кровотворних органів які проживають в Сумській області є більш доступною ніж економічно.

Далі вивчалоя питання оцінки опитаними респондентами якості спеціалізованої гематологічної амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги. Отримані дані наведені в табл. 3.20.

Таблиця 3.20 – Оцінка якості спеціалізованої гематологічної амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги, %

Показник	%
Якісна	$12,0 \pm 1,6$
Скоріше якісна ніж неякісна	$61,0 \pm 2,4$
Скоріше неякісна ніж якісна	$19,5 \pm 2,0$
Не якісна	$7,5 \pm 1,3$

Аналіз отриманих в ході дослідження даних вказує на достатньо високий рівень позитивної оцінки якості спеціалізованої гематологічної амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги респондентами. Так, в цілому позитивно оцінило якість амбулаторно-поліклінічної гематологічної допомоги $73,0 \pm 2,2$ % опитаних хворих і тільки $7,5 \pm 1,3$ % опитаних оцінили її як неякісну.

3.5 Оцінка пацієнтами з хворобами крові та кровотворних органів спеціалізованої та високоспеціалізованої гематологічної стаціонарної допомоги

Далі було узагальнено та проаналізовано результати опитування пацієнтів стаціонарних відділень щодо оцінки ними доступності та якості спеціалізованої та високоспеціалізованої гематологічної стаціонарної медичної допомоги. Отримані результати наведено в табл. 3.21.

Зрівняння отриманих під час соціологічного дослідження пацієнтів стаціонарних відділень спеціалізованої гематологічної допомоги даних вказує на те, що пацієнти відділень високоспеціалізованої медичної допомоги достовірно вище оцінили доступність в тому числі економічну та якість медичної допомоги ніж пацієнти ЗОЗ спеціалізованої медичної допомоги.

Таблиця 3.21 – Оцінка доступності та якості спеціалізованої та високоспеціалізованої гематологічної стаціонарної медичної допомоги, %

Показник	Спеціалізована	Високоспеціалізована
Фізична доступність		
Доступна	23,9±2,1	50,3±2,5
Скоріше доступна ніж недоступна	53,5±2,5	33,9±2,4
Скоріше недоступна ніж доступна	22,6±2,1	15,8±1,8
Недоступна	-	-
Економічна доступність		
Доступна	14,3±1,7	34,4±2,4
Скоріше доступна ніж недоступна	40,6±2,5	51,4±2,5
Скоріше недоступна ніж доступна	31,7±2,3	11,5±1,6
Недоступна	13,4±1,7	2,7±0,8
Якість медичної допомоги		
Якісна	11,1±1,6	55,4±2,5
Скоріше якісна ніж неякісна	41,5±2,5	33,9±2,4
Скоріше неякісна ніж якісна	34,0±2,4	9,3±1,5
Не якісна	13,4±1,7	1,4±0,6

Так, стаціонарну медичну допомогу якісною в ЗОЗ високоспеціалізованої допомоги оцінило 55,4±2,5 % респондентів, а в закладах спеціалізованої допомоги

11,1±1,6 % При цьому неякісною стаціонарну медичну допомогу оцінило 13,4±1,7 % респондентів ЗОЗ спеціалізованої та 1,4±0,6 % - високоспеціалізованої медичної допомоги.

Достовірно вище оцінили економічну доступність високоспеціалізованої медичної допомоги проти спеціалізованої: 34,4±2,4 % проти 14,3±1,7 % відповідно.

Дане пов'язано з наявністю кваліфікованих лікарських кадрів, відповідної ресурсної бази та більш високим рівнем фінансування [159].

4 СТАН РОЗВИТКУ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ НА ЗАСАДАХ ЗАГАЛЬНОЇ ЛІКАРСЬКОЇ ПРАКТИКИ - СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ ТА РІВЕНЬ ЇЇ ГОТОВНОСТІ ДО НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ХВОРОБИ КРОВІ ТА КРОВОТВОРНИХ ОРГАНІВ

На даному етапі дослідження було вивчено та представлено в даному розділі загальну характеристику області та кількість і характеристику наявного населення, рівень розвитку ПМСД на засадах загальної лікарської практики - сімейної медицини та рівень готовності сімейних лікарів до надання медичної допомоги хворим на хвороби крові та кровотворних органів, а також вивчено рівень задоволеності хворими на хвороби крові та кровотворних органів отриманою медичною допомогою.

4.1 Загальна характеристика Сумської області та населення яке в ній проживає

Сумська область займає територію 23,8 тис. кв. км. Протяжність області з півночі на південь становить 330 км, а з заходу на схід – 130 км, тобто протяжність області є однією з найбільших у державі. Область має державні кордони з Брянською, Курською, Белгородською областями Російської Федерації, довжина якого складає 562,5 км.

У складі області функціонує районів – 18; районів у містах – 2; населених пунктів – 1493, в тому числі: міського типу – 35, в тому числі: міст – 15, в тому числі: міст обласного значення – 7; міст районного значення – 8; селищ міського типу – 20; поселень сільського типу – 1458, в тому числі: сіл – 1403; селищ – 55.

Дані про населення, яке проживає в Сумській обласні наведено в табл. 4.1.

Таблиця 4.1 – Чисельність наявного населення Сумської області на 1 січня 2018 року (осіб)

Адміністративна територія	На 1 січня 2018 року		
	все населення	міське	сільське
Сумська область	1 094 284	754 187	340 097
Білопільський	49697	29883	19814
Буринський	24193	8724	15469
Великописарівський	18450	7106	11344
Глухівський	55757	36972	18785
Конотопський	119181	89616	29565
Краснопільський	28040	10182	17858
Кролевецький	37579	23125	14454
Лебединський	45143	25181	19962
Липоводолинський	18357	5141	13216
Недригайлівський	23874	8506	15368
Охтирський	74422	50457	23965
Путивльський	27056	15643	11413
Роменський	72659	40088	32571
Середино-Будський	16048	9027	7021
Сумський	62722	10818	51904
Тростянецький	34402	20486	13916
Шосткинський	96080	82874	13206
Ямпільський	23281	15875	7406
в тому числі			
м.Суми (міськрада)	267343	264483	2860
м.Глухів (міськрада)	33478	33279	199
м.Конотоп (міськрада)	91146	87099	4047
м.Лебедин (міськрада)	25790	25181	609
м.Охтирка (міськрада)	48309	48128	181
м.Ромни (міськрада)	40506	40088	418
м.Шостка (міськрада)	75909	75909	-

Всього в області проживало 1094284 населення із якого 754 187 (68,9 %) проживало в містах, а 340 097 (31,1 %) є сільськими жителями. Щільність населення складає 46,7 осіб на кв. км, що майже в 2 рази менше, ніж в Україні (Україна 2014р. – 75). При цьому в структурі зайнятості населення найбільша його частка працює в сільському господарстві – 24,3 %. Дане дозволяє говорити про те, що Сумська область відноситься до сільськогосподарських регіонів.

4.2 Стан розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної лікарської практики - сімейної медицини в Сумській області

Питання розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної лікарської практики - сімейної медицини в Сумській області досліджувалося станом на 2018 рік. На початку дослідження була вивчена мережа закладів охорони здоров'я ПМСД Сумської області станом на 31.12.2018 року. Отримані дані наведено в табл. 4.2.

Таблиця 4.2 – Мережа закладів охорони здоров'я ПМСД Сумської області станом на 31.12.2018 року

Адміністративна територія	Центри ПМСД	Лікарські амбулаторії				
		Всього	в т.ч. сільські амбулаторії	самостійні	з них:	
					Центрів ПМСД	ЦРЛ, ОТГ
Білопільський	1	10	6	1	7	2
Буринський	1	5	3	-	5	-
Великописарівський	1	8	7	-	4	4
Глухівський	3	8	5	1	7	-
Конотопський	1	13	12	1	10	2
Краснопільський	1	11	9	1	9	1
Кролевецький	1	12	9	-	12	-
Лебединський	-	10	9	-	-	10
Липоводолинський	1	7	6	-	7	-
Недригайлівський	1	7	5	-	7	-
Охтирський	5	14	11	-	14	-
Путівльський	1	5	4	1	3	1
Роменський	2	17	13	-	17	-
Середино-Будський	-	4	2	2	-	2
Сумський	1	20	16	8	9	3
Тростянецький	1	8	4	1	5	2
Шосткинський	2	13	7	-	13	-
Ямпільський	1	7	3	-	2	5
м. Суми	2	16	1	-	16	-
По області	26	195	132	16	147	32

Станом на кінець 2018 року в Сумській області функціонувало 26 Центрів ПМСД, Центри ПМСД не були відкриті в Лебединському та Середино-Будському районах. В області функціонувало 195 лікарських амбулаторій в тому числі 132

(67,7 %) в сільській місцевості. В складі Центрів ПМСД функціонувало 147 (75,4 %) лікарських амбулаторій, 16 (8,2 %) самостійних лікарських амбулаторій та 32 (16,4 %) лікарських амбулаторій в складі ЦРЛ та ОТГ.

В ході дослідження було встановлено, що протягом 2018 року в області створено 9 АЗПСМ: по 1 в м. Лебедин, м. С.-Буда, смт Ямпіль, смт Свеса Ямпільського району, смт Миколаївка Білопільського району та по 2 в м. Ромни, м. Дружба Ямпільського району.

Також було реорганізовано в АЗПСМ 6 дільничних лікарень та 4 лікарські амбулаторії:

- дільничну лікарню с. Річки та смт Ульянівка Білопільського району;
- Зноб-Новгородську селищну лікарню Середино-Будського району;
- Чупахівську селищну, Хухрянську та Комишанську сільські дільничні лікарні Охтирського району;
- СЛА смт Степанівка Сумського району та с. Соснівка Конотопського району;
- ЛА № 1 та педіатричну м. Тростянець.

Крім того було відкрито 11 дільниць ЗПСМ (по 1 при Зноб-Новгородській АЗПСМ Середино-Будського району, Чупахівській АЗПСМ Охтирського району, Конотопській ЦРЛ, АЗПСМ смт Липова Долина, Соснівській АЗПСМ Конотопського району, Перехрестівській СЛА Роменського району, АЗПСМ №2 м. Ромни, В.Сироватській АЗПСМ та лікувально-профілактичному підрозділі ЦПМСД Сумського району та 2 в АЗПСМ м. С.-Буда). Оптимізовано відділення сімейної медицини при МКЛ № 1, МКЛ № 4, МКЛ № 5 м. Суми, Лебединській, Шосткинській та Роменській ЦРЛ шляхом створення лікарських амбулаторій. При затвердженні структури Бочечківської АЗПСМ змінено назви АЗПСМ с. Білки, с. Люджа на амбулаторії с. Білки, с. Люджа та ЦПМСД № 1 м. Суми АЗПСМ с. Н.Піщане на амбулаторію № 10.

Далі було вивчено рівень кадрового забезпечення первинної ланки надання медичної допомоги. Аналіз даних вказує на те, що рівень забезпеченості штатними посадами ЛЗП-СЛ в області становить 4,2 на 10 тис. населення (Україна – 3,49), а фізичними особами – 3,3 на 10 тис. населення (Україна – 3,53).

Рівень укомплектованості штатних посад ЛЗП-СЛ фізичними особами має тенденцію до зростання і становить 78,4 %. Дефіцит ЛЗП-СЛ в області становить 98 осіб. При цьому 58 ЛЗП-СЛ є особами пенсійного віку, що становить 31,7 %. Загальна кількість лікарів, які працюють у сільській місцевості складає 183 особи. Забезпеченість сільського населення лікарями ЛЗП-СЛ становить 6,29 на 10 тис. населення.

В розрізі адміністративних територій області показник забезпеченості штатними посадами ЛЗП-СЛ коливається від 1,8 на 10 тис. населення в Кролевецькому районі до 7,2 в Лебединському районі. Різниця складає 4,0 рази.

Рівень забезпеченості фізичними особами ЛЗП-СЛ має тенденцію до зростання і коливається від 1,1 в Путивльському і Кролевецькому районах до 6,2 в Лебединському районі. Різниця складає 5,6 разів.

В розрізі адміністративних територій показник укомплектованості штатних посад фізичними особами коливається від 44,5 % в Липоводолинському районі до 100,0 % в Буринському районі. Різниця складає 2,25 разів. На території 12 (60,0 %) адміністративних територій рівень укомплектованості штатних посад ЛЗП-СЛ є нижчим 75 %, що згідно до даних доказового менеджменту унеможливило забезпечення населення якісною та доступною первинною медико-санітарною допомогою.

В ході дослідження було встановлено, що в області у 2018 році розгорнуто 143 заклади, що працюють на засадах сімейної медицини, з яких 38 (26,6 %) не укомплектовані фізичними особами лікарів.

Наступним кроком дослідження було вивчення питання щодо забезпеченості населення Сумської області посадами сімейних медичних сестер та укомплектованості їх посад.

Проведений аналіз даних та їх співставлення вказує на те, що співвідношення штатних посад ЛЗП-СЛ та сімейних медичних сестер становить 1:1,59 при нормативному 1:2,0. Дефіцит сімейних медичних сестер в області становить 20 осіб. Рівень укомплектованості штатних посад сімейних медичних сестер в області

в розрізі адміністративних територій є високим крім Липоводолинського району в якому він становить 65,0 %.

В ході дослідження встановлено, що лікарями загальної практики - сімейними лікарями в області обслуговується 724265 осіб, або 66,3 % від усього населення області (2017 рік – 693238 осіб, або 62,9 %), в тому числі:

- міського – 458992 особи, або 61,2 % (2017 рік – 439827 осіб, або 58,3 %);
- сільського – 265273 особи, або 77,5 % (2017 рік – 253411 осіб, або 72,9 %).

В цілому можна говорити про недостатній рівень розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини в Сумській області та охоплення нею населення області, що не дозволяє забезпечити населення яке має хвороби крові та кровотворних органів доступною та якісною первинною допомогою.

4.3 Результати дослідження рівня спроможності первинної ланки до надання медичної допомоги хворим на хвороби крові та кровотворних органів

В умовах реформування галузі охорони здоров'я з пріоритетним розвитком первинної медико-санітарної допомоги коли зростає роль лікарів загальної практики - сімейних лікарів в наданні медичної допомоги при хворобах крові та кровотворних органів дослідження рівня спроможності первинної ланки до надання медичної допомоги хворим на хвороби крові та кровотворних органів є надзвичайно актуальною задачею.

Відповідно до програми дослідження нами було опитано 408 ЛЗП-СЛ. На початку дослідження було вивчено та проаналізовано рівень самооцінки своїх компетенцій ЛЗП-СЛ з питань надання медичної допомоги населенню з хворобами крові та кровотворних органів. Аналіз даних соціологічного дослідження серед лікарів загальної практики - сімейних лікарів з рівня самооцінки особистих знань показав достатньо низький рівень оцінки як особистих теоретичних знань так і практичної підготовки до надання медичної допомоги при хворобах крові та кровотворних органів. Отримані дані вказують на те, що лікарі загальної практики

- сімейні лікарі не в змозі забезпечити надання якісних медичних послуг населенню за розділом медицини «Гематологія».

Далі нами були вивчені джерела отримання лікарями загальної практики - сімейними лікарями інформації з питань надання медичної допомоги при хворобах крові та кровотворних органів. Результати дослідження наведені в табл. 4.3.

Отримані в ході дослідження та наведені в табл. 4.3 дані вказують на те, що основні знання з питань діагностики та надання медичної допомоги при хворобах крові та кровотворних органів лікарі загальної практики - сімейні лікарі отримали під навчання на додипломному рівні. На післядипломному рівні основними джерелами професійної інформації з гематології стали спеціальна навчальна та методична література. Питання надання медичної допомоги при хворобах крові та кровотворних органів на курсах підвищення кваліфікації для лікарів загальної практики - сімейних лікарів практично не розглядалися.

Таблиця 4.3 – Джерела отримання лікарями загальної практики - сімейними лікарями знань з питань надання медичної допомоги при хворобах крові та кровотворних органів, у %

Джерела інформації	Так	Ні	Не визначився
Навчання на до дипломному рівні	73,77±2,2	22,55±2,1	3,68±0,9
Курси ПАЦ	1,72±0,7	94,11±1,2	4,17±1,0
Курси тематичного удосконалення	2,94±0,9	96,57±0,9	0,49±0,2
Спеціальні тренінги	0,98±0,5	99,02±0,4	-
Наукові конференції	4,66±1,1	94,11±1,2	1,23±0,5
Спеціальна навчальна література	34,07±2,4	62,99±2,4	2,94±0,9
Наукова література	12,75±1,6	85,53±1,8	1,72±0,7
Методична література	16,42±1,9	85,53±1,8	1,23±0,5
Інші джерела	22,54±2,1	82,35±1,9	2,21±0,7

Тому наступним кроком дослідження стало вивчення бажаних для лікарів загальної практики - сімейних лікарів джерел отримання знань з питань надання медичної допомоги при хворобах крові та кровотворних органів. Отримані результати наведено в табл. 4.4.

Таблиця 4.4 – Бажані отримання знань з питань надання медичної допомоги при хворобах крові та кровотворних органів для лікарів загальної практики – сімейних лікарів джерела, %

Джерела інформації	Позитивна відповідь
Дистанційна форма навчання	77,94±2,1
Стажування на робочому місці	22,55±2,1
Курси тематичного удосконалення	28,19±2,3
Спеціальні тренінги	70,83±2,3
Наукові конференції	10,05±1,5
Спеціальна навчальна література	12,75±1,7
Наукова література	7,84±1,3
Методична література	43,14±2,5
Інші джерела	21,84±2,1

Як видно з наведених в табл. 4.4 даних, лікарі загальної практики - сімейні лікарі надавали перевагу дистанційним формам навчання (77,94±2,1 %) та спеціальним тренінгам (70,83±2,3 %). Значну увагу в респондентів також викликали такі джерела отримання професійної інформації з питань діагностики та надання медичної допомоги при хворобах крові та кровотворних органів такі джерела як методична література (43,14±2,5 %), курси тематичного удосконалення (28,19±2,3 %) та стажування на робочому місці (22,55±2,1 %).

Для досягнення мети дослідження було вивчено питання щодо можливості лікарів загальної практики - сімейних лікарів здійснювати діагностичні та консультативні заходи щодо пацієнтів з хворобами крові та кровотворних органів. Отримані дані наведено в табл. 4.5.

Отримані в ході дослідження дані вказують на те, що переважна більшість респондентів мають можливість консультування своїх пацієнтів у лікаря-гематолога та здійснювати необхідні обстеження з залученням лікарів-спеціалістів закладів охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги. В кінці дослідження було досліджено пропозиції лікарів загальної практики - сімейних лікарів з удосконалення медичної допомоги населенню з хворобами крові та кровотворних органів. Вони виглядають таким чином:

- розробка для кожної адміністративної території області конкретного маршруту пацієнта з хворобами крові та кровотворних органів з залученням первинної ланки медичної допомоги;

- введення в складі консультативно-діагностичних центрів госпітальних округів штатних посад лікарів-гематологів;

- організація для первинної ланки дистанційних (телемедичних консультацій) з питань надання медичної допомоги хворим на хвороби крові та кровотворних органів;

- забезпечення сімейних лікарів методичною літературою з питань гематології.

Таблиця 4.5 – Можливості лікарів загальної практики – сімейних лікарів здійснювати діагностичні та консультативні заходи щодо пацієнтів з хворобами крові та кровотворних органів, %

Медичний захід	Вільно	Через лікарів-спеціалістів	Практично не маю
Скерування до лікаря-гематолога	6,13±1,2	86,29±1,7	7,59±1,3
Призначення загального клінічного дослідження	5,15±1,1	94,85±1,2	-
Призначення біохімічне дослідження	2,21±0,7	96,07±0,9	1,72±0,7
Призначення спеціальних методів лабораторного обстеження	-	90,91±1,5	9,09±1,5
Призначення ультразвукового дослідження	1,72±0,7	91,17±1,4	7,11±1,3

Таким чином, результати соціологічного дослідження серед сімейних лікарів Сумської області показали недостатній рівень їх теоретичних знань та практичної підготовки до надання медичної допомоги при хворобах крові та кровотворних органів. Під час курсів підвищення кваліфікації питання медичної допомоги при хворобах крові та кровотворних органів практично не розглядалися.

Сімейні лікарі висловили рекомендації щодо джерел отримання інформації з питань гематологічної допомоги.

Також респонденти вбачають наступні шляхи оптимізації медичної допомоги при хворобах крові та кровотворних органів: розробка для кожної адміністративної території області конкретного маршруту пацієнта з хворобами крові та

кровотворних органів з залученням первинної ланки медичної допомоги; введення в складі консультативно-діагностичних центрів госпітальних округів штатних посад лікарів-гематологів; організація для первинної ланки дистанційних (телемедичних консультацій) з питань надання медичної допомоги хворим на хвороби крові та кровотворних органів; забезпечення сімейних лікарів методичною літературою з питань гематології [160].

4.4 Результати дослідження задоволеності хворих на хвороби крові та кровотворних органів рівнем отримання медичної допомоги у лікарів загальної практики – сімейних лікарів

Метою даного соціологічного опитування було вивчення рівня оцінки населенням Сумської області яке страждає на хвороби крові та кровотворних органів доступності та якості первинної медико-санітарної допомоги.

Під час виконання даного дослідження за спеціально розробленою та затвердженою рішенням біоетичної комісії університету анкети було опитано 200 жителів області. Дані про респондентів наведено в табл. 4.6.

Таблиця 4.6 – Характеристика респондентів

Показник	Абс. число	%
Чоловік	87	43,5
Жінка	113	56,5
Вік		
Працездатний	93	46,5
Старше працездатного	103	53,5
Соціальний статус		
Працює	52	26,0
Приватний підприємець	29	14,5
Безробітний	27	13,5
Інвалід	22	11,0
Пенсіонер	67	33,5
Інше	5	2,5
Місце проживання		
Місто	104	52,0
Село	96	48,0

Характеристика респондентів, які прийняли участь у дослідження і в цілому відповідає структурі хворого на хвороби крові та кровотворних органів населення області.

При проведенні дослідження були збережені конфіденційні дані про респондентів.

Далі були вивчені питання диспансерного нагляду осіб, які мають хвороби крові та кровотворних органів. Отримані результати наведено в табл. 4.7.

За отриманими та наведеними в табл. 4.7 даними $52,0 \pm 2,5$ % респондентів, які мають хвороби крові та кровотворних органів знаходиться під диспансерним наглядом у лікаря загальної практики - сімейного лікаря, $18,0 \pm 1,9$ % знаходиться під диспансерним наглядом у лікаря-спеціаліста поліклініки, $8,5 \pm 1,4$ % знаходиться під диспансерним наглядом у ЛЗП-СЛ та лікаря-спеціаліста поліклініки, $6,0 \pm 1,2$ % знаходиться під диспансерним наглядом у лікаря-гематолога, а $15,5 \pm 1,8$ % під диспансерним наглядом не знаходяться.

Таблиця 4.7 – Диспансерний нагляд за населенням з хворобами крові та кровотворних органів

Показник	Абс. число	%±
Знаходиться під диспансерним наглядом у лікаря загальної практики - сімейного лікаря	104	$52,0 \pm 2,5$
Знаходиться під диспансерним наглядом у лікаря-спеціаліста поліклініки	36	$18,0 \pm 1,9$
Знаходиться під диспансерним наглядом у ЛЗП-СЛ та лікаря-спеціаліста поліклініки	17	$8,5 \pm 1,4$
Знаходиться під диспансерним наглядом у лікаря-гематолога	12	$6,0 \pm 1,2$
Не знаходиться	31	$15,5 \pm 1,8$

Наступним кроком дослідження було вивчення частоти звертання респондентів за лікарською медичною допомогою. Вивчалось питання звернення вказаної категорії населення за медичною допомогою до лікарів загальної практики - сімейних лікарів. Отримані результати наведено в табл. 4.8.

Таблиця 4.8 – Частота звертання за лікарською медичною допомогою до лікаря загальної практики - сімейного лікаря

Показник	Абс. число	%±
Щорічно	33	16,3±1,8
Не кожного року	16	8,0±1,4
До 5 разів на рік	88	44,0±2,5
Більше 5 разів на рік	63	31,5±2,3

Аналіз наведених в табл. 4.8 даних вказує на те, що за медичною допомогою до лікарів загальної практики – сімейних лікарів не кожного року звертається 8,0±1,4 % опитаних, 44,0±2,5 % звертається до 5 разів на рік, а 31,5±2,3 % більше 5 разів на рік.

Далі вивчалось та аналізувались питання щодо оцінки доступності та якості опитаними хворими первинної медико-санітарної допомоги. Аналіз даних вказує на те, що позитивним в оцінці опитаними хворими на хвороби крові та кровотворних органів доступності та якості первинної медичної допомоги є те, що 85,0 ± 1,8 % опитаних оцінили її доступною територіально та 57,0±2,5 % доступною економічно. В цілому позитивно оцінили якість ПМСД 68,8±2,4 % респондентів. Негативним є те, що 15,0±1,8 % опитаних вважають ПМСД недоступною територіально та малодоступною, а 19,5±2,0 % недоступною економічно та 23,5±2,1 % – малодоступною. При цьому 32,0±2,3 % респондентів вказали на низьку якість первинної медико-санітарної допомоги [161, 162].

5 ОБҐРУНТУВАННЯ ТА ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНІЗАЦІЙНО-МЕТОДИЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ТА ОПТИМІЗОВАНОЇ МОДЕЛІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ СІЛЬСЬКОГОСПОДАРСЬКОГО РЕГІОНУ З ХВОРОБАМИ КРОВІ ТА КРОВОТВОРНИХ ОРГАНІВ

5.1 Теоретичне обґрунтування концептуальних підходів до оптимізації організаційно-методичних технологій надання медичної допомоги хворим на хвороби крові та кровотворних органів в сільськогосподарському регіоні на сучасному етапі реформування галузі охорони здоров'я

Організація медичної допомоги хворим на хвороби крові та кровотворних органів – складне і багатокомпонентне поняття, яке об'єднує два аспекти: об'єктивний (організація надання медичної допомоги) та суб'єктивний (медична допомога, як вона сприймається).

На рис. 5.1 представлена загальна схема організації медичної допомоги (МД) хворим з хворобами крові та кровотворних органів населенню сільськогосподарського регіону, що базується на трьох основних компонентах: процесі, структурі і результативності, які запропонував А. Donabedian для оцінки якості медичної допомоги. Структурна компонентна МД населенню з хворобами крові та кровотворних органів характеризується і оцінюється наявністю та якістю ресурсів (фінансових, кадрових, матеріально-технічних, інформаційних) та організаційних форм забезпечення медичною допомогою населення. Таким чином, структура визначає умови для надання медичної допомоги вказаній категорії пацієнтів. Структурний аспект може визначатися як по відношенню до закладу охорони здоров'я (підрозділу, служби) з його ресурсним забезпеченням (кадровим, матеріально-технічним), організацією роботи закладів охорони здоров'я, так і до кожного медичного працівника служби як первинної так і спеціалізованої медичної допомоги окремо. Оцінюються його професійні якості: теоретичні та практичні компетенції з надання медичної допомоги хворим на хвороби крові та кровотворних органів.

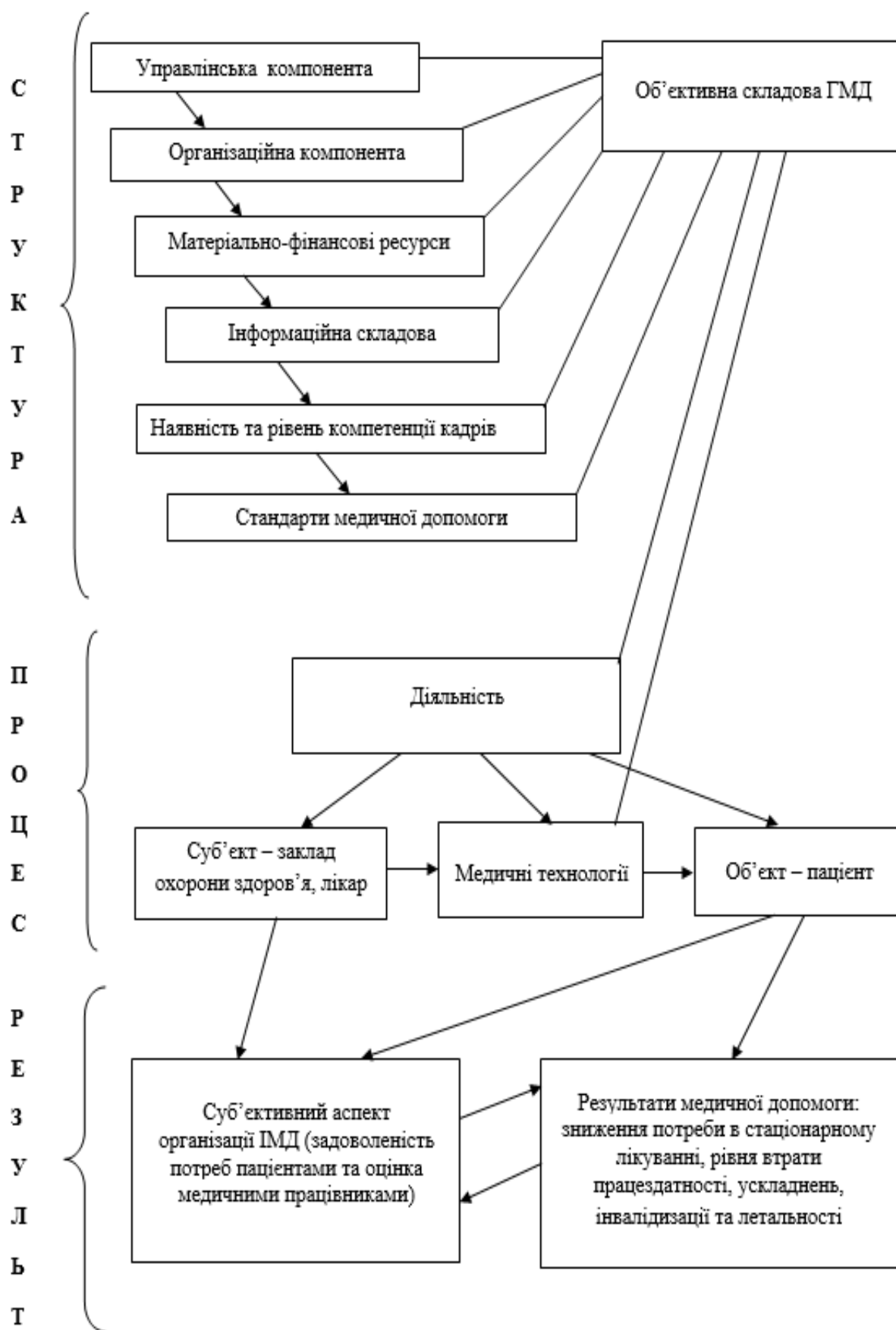


Рисунок 5.1 – Схема організації медичної допомоги населенню сільськогосподарського регіону з хворобами крові та кровотворних органів

Процесна компонента системи медичної допомоги хворим на хвороби крові та кровотворних органів (гематологічна медична допомога) є складовою сучасного стратегічного управління організацією медичної допомоги пацієнтам як з первинними захворюваннями крові та кровотворних органів так і з тими захворюваннями у яких дана патологія розвивається на фоні хронічних чи гострих хвороб інших органів та систем (визначених фізіологічних станів). Дана компонента включає сучасні технології надання гематологічної медичної допомоги населенню, тобто виконання медичними працівниками всіх рівнів своїх функцій з профілактики, діагностування та лікування хворих з хворобами крові та кровотворних органів, взаємовідносини між персоналом і пацієнтом.

Результат – це компонента системи, яка комплексно відображає ефективність наданої гематологічної медичної допомоги. Оцінка за результатами отриманої медичної допомоги включає зміни в стані здоров'я пацієнтів при хворобах крові та кровотворних органів: зниження потреби в стаціонарному лікуванні, рівня втрати тимчасової працездатності, наявності ускладнень, інвалідизації та летальності зазначеного контингенту пацієнтів.

З позиції системного підходу всі компоненти системи гематологічної медичної допомоги пов'язані між собою. Так, на ефективність та результативність медичної допомоги впливає наявність та якість обладнання, технологій, забезпеченість та рівень кваліфікації персоналу, раціональність організаційної структури служби, наступність та механізми взаємодії персоналу тощо.

Таким чином на ефективність та результативність гематологічної медичної допомоги можна впливати шляхом як удосконалення ресурсного забезпечення так і оптимізації заходів управлінсько-організаційного характеру структури системи організації спеціалізованої медичної допомоги в цілому.

Проведене наукове дослідження з дослідження організації медичної допомоги пацієнтам з хворобами крові та кровотворних органів в закладах охорони здоров'я сільськогосподарської області усіх рівнів надання медичної допомоги дорослому дозволили виявити недоліки у всіх компонентах системи гематологічної медичної допомоги населенню у регіоні.

Було встановлено, що більшість виявлених недоліків при наданні ГМД пов'язані з організаційно-управлінськими аспектами – структурною організацією як первинної та амбулаторної так і стаціонарної медичної допомоги на територіальному рівні, при відсутності функціональної етапної диференціації закладів охорони здоров'я за рівнями, видами та інтенсивністю стаціонарної медичної допомоги з недостатнім матеріально-технічним забезпеченням та кваліфікацією медичного персоналу.

Враховуючи, що результативність та ефективність медичної допомоги на 80–95 % залежить від стану організації та управління, медичних технологій, що використовуються, а також від рівня компетенцій медичних працівників та управлінців охорони здоров'я розв'язання існуючих проблем щодо підвищення якості та ефективності ГМД лежить у площині оптимізації структурної компоненти як амбулаторно-поліклінічної і в першу чергу первинної медичної допомоги так і стаціонарного сектору медичної допомоги пацієнтам в сільськогосподарському регіоні з хворобами крові та кровотворних органів і удосконалення механізмів управління нею.

На сучасному етапі функціонування та реформування системи охорони здоров'я в Україні вказані перетворення можливі в межах структурної перебудови системи надання медичної допомоги з пріоритетним розвитком первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної лікарської практики - сімейної медицини з призначенням лікаря загальної практики - сімейного лікаря лікарем першого контакту який визначає медичний маршрут пацієнта та формування госпітальних округів із створенням лікарень інтенсивного лікування двох рівнів і запровадження програми медичних гарантій.

При проведенні теоретичного обґрунтування підходів до оптимізації організаційно-методичних технологій надання медичної допомоги хворим на хвороби крові та кровотворних органів на рівні сільськогосподарського регіону ми спиралися на ряд міжнародних документів.

Так, в Талліннській хартії «Система охорони здоров'я – добробут» (25-27 червня 2008 р.), вказується, що пацієнтам потрібно забезпечити доступність до

високоякісної медичної допомоги при тому, що постачальники послуг при їх наданні спираються на найсучасніші і надійні дані в медичній практиці, а також використовують доказові технології та забезпечують ефективність і безпеку втручань [23].

При цьому у Хартії відзначається, що механізми фінансування медичної галузі повинні забезпечувати можливість розподілу ресурсів з метою оптимального надання медичних послуг, а загальний характер розподілу фінансових ресурсів повинен забезпечувати задоволення поточних та прогнозованих потреб охорони здоров'я населення.

Крім того, результати проведеного нами наукового дослідження вказали на відсутність ефективного забезпечення якості надання ГМД та відсутність індикаторів, за якими має оцінюватися її результативність. Наслідком цього є збільшення неконтрольованих дефектів лікувально-діагностичного процесу, відсутність у керівників дієвих інструментів для управління ГМД, що вкрай важливо при організації медичної допомоги та лікуванні пацієнтів з хворобами крові та кровотворних органів.

Спираючись на світовий досвід нами впроваджена в службу гематологічної МД на рівні сільськогосподарської області індустріальна модель управління якістю медичної допомоги. Вона комплексно охоплює організацію, всі види діяльності та ресурсів, є пацієнтоорієнтованою та полягає в досягненні високого рівня якості та ефективності при забезпеченні пацієнтів з хворобами крові та кровотворних органів медичною допомогою.

У сучасній індустріальній моделі управління якістю МД виділяють дві невід'ємні складові – зовнішню гарантію якості (похідна бюрократичної моделі) і внутрішню, базову основу якої складає концепція безперервного підвищення якості гематологічної медичної допомоги (БПЯ). Фундаментальні положення її наступні:

- для отримання кращих результатів існуючу систему необхідно постійно удосконалювати;
- результативність діяльності системи визначається її властивостями;

- різні вкладення в існуючу систему гарантують покращення її діяльності тільки в тій мірі, в якій вони можуть ефективно вплинути на зміну системи, тобто будь-яка діяльність (навчання, збільшення ресурсів, заохочення, оцінка) призводить до поліпшення, в тому випадку коли відбувається покращення всієї системи;

- змінам мають піддаватися не тільки окремі компоненти системи гематологічної медичної допомоги пацієнтам з хворобами крові та кровотворних органів (структура, процес, результат), а і всі зв'язки між ними.

Виходячи з наведеного безперервне підвищення якості медичної допомоги пацієнтам з хворобами крові та кровотворних органів передбачає комплексний, інтегрований і динамічний підхід, який спрямований на покращення результатів діяльності системи в цілому (системний підхід) шляхом постійної модифікації і оптимізації як її складових, так і взаємозв'язків між ними, а також виявлення і ефективного вирішення існуючих проблем.

Результати проведеного нами обґрунтування було використано при розробці комплексних підходів до розвитку організаційно-методичних технологій медичної допомоги населенню сільськогосподарського регіону з хворобами крові та кровотворних органів.

Ми виходило з того, що стан здоров'я, тривалість та якість життя населення України значною мірою визначаються станом організації, функціонування та результативності діяльності системи охорони здоров'я, доступністю та якістю необхідних медичних послуг, що гарантують забезпечення реалізації передбаченого Конституцією України права громадян на медичну допомогу, пакетом державних гарантій, а також ефективністю використання ресурсів галузі охорони здоров'я.

Оптимізація системи охорони здоров'я на сучасному етапі її реформування передбачає необхідність подальшого розвитку системи медичної допомоги на засадах, які мають забезпечити:

- доступність якісних медичних послуг для населення відповідно до медичних показань;

- відповідність структури медичних послуг, що фінансуються за рахунок коштів державного бюджету, реальним медичним потребам населенню;

- захист населення від зубожіння, державних що пов'язаний з необхідністю самостійно оплачувати дороговартісні необхідні медичні послуги;

- підвищення ефективності використання всіх наявних у сфері охорони здоров'я ресурсів.

З цією метою в діяльність закладів охорони здоров'я передбачається запровадити ефективні економічні механізми. До таких механізмів відноситься автономізація закладів охорони здоров'я та фінансування закладів охорони здоров'я НСЗУ за принципом оплати наданих медичних послуг в рамках гарантованого державою пакету безоплатної медичної допомоги.

Ключовою ідеєю удосконалення медичної допомоги населенню сільськогосподарської області з хворобами крові та кровотворних органів є послідовне вирішення пріоритетної проблеми забезпечення пацієнтів з хворобами крові та кровотворних органів якісною, ефективною та доступною медичною допомогою шляхом оптимізації структури і процесів надання гематологічної медичної допомоги в регіоні на основі наукового аналізу отриманих даних.

Розробка оптимізованої функціонально-організаційної моделі медичної допомоги населенню сільськогосподарської області з хворобами крові і кровотворних органів проводилася нами з позиції системного підходу на рівні сільськогосподарського регіону в цілому.

Методологія створення задач, сутність кожної з яких спрямована на досягнення кінцевої мети: підвищення якості та доступності медичної допомоги пацієнтам з хворобами крові та кровотворних органів потребують вирішення конкретних питань.

Для досягнення поставленої мети ми виділили наступну групу задач:

1. Структурна перебудова системи медичної допомоги населенню сільськогосподарської області з хворобами крові та кровотворних органів.

2. Оптимізація матеріально-технічного забезпечення.

3. Удосконалення кадрового забезпечення.

4. Безперервне підвищення якості гематологічної медичної допомоги.

5. Удосконалення загального управління гематологічною службою.

Розглянемо кожну задачу та її складові.

1) Структурна перебудова системи медичної допомоги населенню сільськогосподарської області з хворобами крові та кровотворних органів.

Рішення вказаної задачі має відбуватися в рамках загальної реформи системи охорони здоров'я яка проводиться в країні.

На первинному рівні надання медичної допомоги закладом охорони здоров'я первинного та постійного контакту хворих з хворобами крові та кровотворних органів з медичною системою є амбулаторії загальної практики - сімейної медицини. Сімейні лікарі, які надають первинну допомогу населенню, проводять цільову диспансеризацію вказаної категорії населення включаючи моніторинг стану здоров'я та регулювання схем лікування.

Для надання спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної допомоги на базі лікарень інтенсивного лікування рекомендується створення спеціалізованих діагностико-консультативних амбулаторних спеціалізованих гематологічних кабінетів. Пропонується створення одного кабінету на госпітальний округ.

З метою забезпечення стаціонарного лікування на вторинному рівні надання медичної допомоги пропонується створення в складі лікарень інтенсивного лікування другого рівня ГО спеціалізованого гематологічного стаціонарного відділення. Їх потужність розраховується в залежності від рівнів поширеності хвороб крові та кровотворних органів на території. Проведені нами розрахунки наведені в наступному підрозділі.

Для надання викоспеціалізованої медичної допомоги населенню сільськогосподарської області з хворобами крові та кровотворних органів формується обласний гематологічний центр з консультативним кабінетом, стаціонарним гематологічним відділенням та відповідною діагностичною базою для верифікації діагнозу з метою призначення обґрунтованої схеми лікування. На базі даного обласного центру створюється кабінет (центр) телемедичних консультацій.

2) Оптимізація матеріально-технічного забезпечення. Рішенням вказаної задачі полягає в забезпеченні базовим діагностичним інструментальним та лабораторним обладнанням, а також базовим обладнанням для лікування пацієнтів у відповідності до специфікацій, які вимагає НСЗУ та і є необхідними для впровадження сучасних клініко-діагностичних технологій, що ґрунтуються на даних з доведеною ефективністю. Передбачається наявність комп'ютерної техніки з доступом до системи Інтернет та підключенням до Електронної системи охорони здоров'я з метою створення регіонального реєстру населення з хворобами крові та кровотворних органів та звітування перед Національною службою здоров'я України.

3) Удосконалення кадрового забезпечення. Рішення цієї задачі передбачає забезпеченість кваліфікованими лікарями-гематологами спеціалізованих гематологічних структурних підрозділів закладів охорони здоров'я області в достатній кількості з їх постійним професійним розвитком. З метою забезпечення ефективної та якісної медичної допомоги населенню з хворобами крові та кровотворних органів на рівні первинної медичної допомоги необхідна теоретична та практична підготовка лікарів загальної практики - сімейних лікарів з актуальних питань гематології з регулярним інформуванням останніх про методи діагностики та лікування хворих з хворобами крові та кровотворних органів.

Підвищення рівня знань лікарів-спеціалістів різних спеціальностей закладів охорони здоров'я спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги, які в своїй клінічній практиці надають медичну допомогу пацієнтам з патологією крові та кровотворних органів з актуальних питань діагностики захворювань крові та кровотворних органів і лікування пацієнтів.

Для цього передбачено безперервну післядипломну підготовку спеціалістів шляхом:

а) організації навчально-тренінгового центру на базі спеціалізованого гематологічного центру обласної лікарні;

б) залучення до цієї роботи професорсько-викладацького складу профільних кафедр ВМНЗ а провідних фахівців галузі;

- стажування сімейних лікарів та лікарів-спеціалістів закладів охорони здоров'я спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги в спеціалізованих підрозділах або закладах охорони здоров'я;

- стажування лікарів-гематологів регіону в провідних клініках за кордоном, що дасть можливість як оволодіти сучасними технологіями надання ГМД так і перейняти та впровадити досвід організації спеціалізованої гематологічної медичної допомоги в провідних країнах світу.

4) Безперервне підвищення якості гематологічної медичної допомоги передбачає: впровадження комплексної програми безперервного підвищення якості, формування системи безпеки пацієнтів в закладах охорони здоров'я, впровадження системи індикаторів оцінки якості медичної допомоги системою, гематологічними підрозділами та окремими медичними працівниками. Якість, доступність та своєчасність медичної допомоги при хворобах крові та кровотворних органів також забезпечується розробкою маршрутів пацієнтів для кожної адміністративної території області в залежності від діагнозу та стану пацієнта.

5) Удосконалення загального управління гематологічною службою.

Загального управління гематологічною службою на рівні області забезпечує департамент охорони здоров'я обласної державної адміністрації для чого рекомендується повноваження по управлінню службою передати введена посада обласного позаштатного лікаря-гематолога експерта. Для підвищення відповідальності органів охорони здоров'я в обов'язки заступників начальників територіальних управлінь/відділів охорони здоров'я вноситься персональна їх відповідальність за організацію гематологічної допомоги населенню. Роботу в цьому напрямку вони організують через медичних директорів закладів охорони здоров'я. Об'єктом управління виступає департамент охорони здоров'я обласної державної адміністрації, а суб'єктами управління – заклади охорони здоров'я в яких надається медична допомога при хворобах крові та кровотворних органів. Блок наукового регулювання включає дані з доведеною ефективністю з питань профілактики, діагностики та лікування населення з хворобами крові та

кровотворних органів, законодавчі акти з питань реформування системи надання медичної допомоги в країні.

Проведене теоретичне обґрунтування було використано при розробці сучасних комплексних підходів до розвитку організаційно-методичних технологій медичної допомоги пацієнтам з хворобами крові та кровотворних органів на рівні сільськогосподарського регіону (рис. 5.2).



Рисунок 5.2 – Організаційно-методичні технології медичної допомоги пацієнтам з хворобами крові та кровотворних органів на рівні сільськогосподарського регіону

5.2 Характеристика оптимізованої моделі медичної допомоги населенню сільськогосподарського регіону з хворобами крові та кровотворних органів

Наукове обґрунтування оптимізованої моделі гематологічної медичної допомоги на рівні сільськогосподарської області в умовах реформування системи

охорони здоров'я країни проводилося в рамках існуючої медико-демографічної та соціально-економічної ситуації з урахуванням в перспективі позитивних змін.

Теоретичною основою обґрунтування та розробки оптимізованої моделі ГМД стали дані світової та вітчизняної літератури, отримані в ході дослідження фактичні дані організації медичної допомоги населенню Сумської області з хворобами крові та кровотворних органів з використанням яких було обґрунтовано і запропоновано наведені вище організаційно-методичні технології оптимізації організації медичної допомоги пацієнтам з хворобами крові та кровотворних органів на рівні сільськогосподарського регіону.

Ключовою ідеєю запропонованих інновацій є послідовне вирішення пріоритетної проблеми забезпечення пацієнтів з хворобами крові та кровотворних органів які проживають в сільськогосподарському регіоні якісною та доступною медичною допомогою шляхом оптимізації структури і процесів надання гематологічної медичної допомоги на основі наукового аналізу отриманих в ході наукового дослідження даних в рамках сучасних системних перетворень галузі охорони здоров'я та запровадження якісно нової системи фінансування галузі охорони здоров'я.

В процесі обґрунтування інновацій нами враховані затверджені КМУ України (Постанова КМУ від 27 листопада 2019 р. № 1124 «Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій у 2020 році») порядок реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій у 2020 році та умови закупівлі медичних послуг за напрямками:

- первинна медична допомога;
- амбулаторна вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) медична допомога дорослим та дітям, включаючи медичну реабілітацію та стоматологічну допомогу;
- стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій.

Згідно даних документів амбулаторна спеціалізована та високоспеціалізована медична допомога хворим на хвороби крові та кровотворних органів має надаватися і буде фінансуватися за умови наявності лікаря-гематолога за направленням лікаря загальної практики - сімейного лікаря або при самозверненні, якщо пацієнт знаходиться під наглядом відповідного лікаря-спеціаліста.

Надання спеціалізованої та високоспеціалізованої стаціонарної гематологічної допомоги можливе за умови наявності в закладі охорони здоров'я штатного лікаря-гематолога.

Можливість надання як амбулаторно-поліклінічної так і стаціонарної медичної допомоги передбачає наявність необхідного обладнання та проведення затвердженого обсягу клінічних та біохімічних лабораторних обстежень, а також функціональних та інструментальних обстежень.

Станом на 1 квітня 2020 року, початок другого етапу реформи охорони здоров'я з Національною службою здоров'я уклали угоди заклади охорони здоров'я Сумської області за визначеними пакетами медичних послуг які представлені в додатку В-1.

Розробка практичної оптимізованої моделі проводилася з позиції системного підходу на рівні системи гематологічної допомоги сільськогосподарського регіону в цілому.

На базі отриманих в ході дослідження даних обґрунтована і розроблена оптимізована функціонально-організаційна модель надання гематологічної МД на рівні сільськогосподарської області. Модель передбачає структуру та організацію медичної допомоги пацієнтам з хворобами крові та кровотворних органів на всіх рівнях надання медичної допомоги:

1) ПМСД – лікарі загальної практики/сімейної медицини проводять виявлення вказаних хвороб, диспансерний нагляд за хворими та разом з лікарями-спеціалістами їх амбулаторне лікування та реабілітацію.

2) Спеціалізована медична допомога – на базі лікарень інтенсивного лікування створюються діагностично-консультативні кабінети – один на госпітальний округ

з денним стаціонаром та стаціонарні спеціалізовані відділення – одне на 25 ліжок (0,27 ліжка на 10 тис дорослого населення).

3) Високоспеціалізована медична допомога – на базі обласної клінічної лікарні передбачено функціонування спеціалізованого гематологічного центру до складу якого входять:

- консультативний амбулаторний кабінет з функцією виїзду в ЗОЗ області для надання консультативної та методичної допомоги;

- діагностична служба для проведення спеціальних лабораторних, інструментальних, функціональних досліджень;

- спеціалізоване гематологічне відділення з блоком для пересадки кісткового мозку;

- тренінговий центр для безперервної післядипломної підготовки спеціалістів;

В запропонованій моделі представлено зв'язок між рівнями надання медичної допомоги.

Зв'язок між первинним та вторинним рівнями медичної допомоги здійснюється шляхом розробки оптимальних маршрутів пацієнтів з хворобами крові та кровотворних органів, забезпечення ЛЗП-СЛ лікарями-гематологами консультативно-методичною допомогою та стажуванням ЛЗП-СЛ спеціалізованих гематологічних підрозділах ЗОЗ спеціалізованої медичної допомоги.

Зв'язок спеціалістів обласної клінічної лікарні з спеціалістами ЗОЗ нижчих рівнів надання гематологічної медичної допомоги здійснюється шляхом:

- 2) проведення начальних семінарів, тренінгів та практичних занять для лікарів-гематологів, лікарів-спеціалістів іншого профілю, які задіяні в наданні медичної допомоги пацієнтам про хворобах крові та кровотворних органів та лікарів загальної практики - сімейних лікарів на базі створеного при обласному гематологічному центру тренінгового центру з метою безперервної професійної підготовки медичних працівників;

- 3) організації виїзних планових та ургентних консультацій спеціалістів обласної лікарні в ЗОЗ спеціалізованої медичної допомоги;

4) організації телемедичних консультацій (планових за графіком та ургентних), що дасть можливість прискорити надання висококваліфікованої гематологічної допомоги в складних випадках.

Центральним елементом запропонованої оптимізованої функціонально-організаційної моделі надання гематологічної медичної допомоги на рівні сільськогосподарської області стає житель області, який страждає на хвороби крові та кровотворних органів. Таким чином запропонована модель є пацієнтоорієнтованою.

Стратегічним напрямком обґрунтованої та розробленої оптимізованої моделі стало підвищення якості, ефективності та доступності медичної допомоги пацієнтам при захворюваннях крові та кровотворних органів через реалізацію заходів управлінського та організаційного характеру.

Тактичним напрямком моделі стала структуризація гематологічної медичної допомоги за рівнями її надання: первинним, спеціалізованим та високоспеціалізованим.

В структурному плані інноваційним є створення на базі лікарні інтенсивного лікування гематологічного діагностично-консультативного кабінету (один на госпітальний округ) та стаціонарного спеціалізованого гематологічного відділення (25 ліжок – 0,27 на 10 тис населення) та формування на базі обласної клінічної лікарні обласного високоспеціалізованого гематологічного центру з визначеними консультативними, діагностичними, лікувальними, організаційними та методичними функціями. Розрахунки кількості ліжок наведені в додатку В-2.

Важливою складовою моделі стало включення до неї первинної ланки надання медичної допомоги лікарі якої являються не тільки лікарями першого контакту населення із системою охорони здоров'я, а основним медичним працівником по забезпеченню динамічного нагляду за хворими із хворобами крові та кровотворних органів.

Фінансування медичної допомоги пацієнтам з хворобами крові та кровотворних органів має відбуватися в рамках укладених договорів між ЗОЗ та НСЗ України.

Особливістю структурної побудови системи стало включення до неї:

1. Існуючих елементів системи охорони здоров'я, причетних до забезпечення надання медичної допомоги пацієнтам з хворобами крові та кровотворних органів.

2. Існуючих складових, але частково змінених за рахунок функціональної їх оптимізації.

3. Якісно нових елементів (діагностично-консультативні кабінети, спеціалізовані гематологічні відділення, система підготовки спеціалістів, управління, контролю якості ГМД), інтеграція яких з раніше існуючими та функціонально удосконаленими надали моделі як системі нових якостей із досягненням головної мети дослідження.

Таким чином, структурну основу моделі надання медичної допомоги хворим на хвороби крові та кровотворних органів складають наявні ресурси діючої системи охорони здоров'я. Її впровадження вимагає додаткових фінансових ресурсів на матеріально-технічне забезпечення відповідно до галузевих стандартів, що має бути забезпечено при наданні медичної допомоги і без впровадження запропонованої моделі. Модель забезпечує концентрацію ресурсів, що і визначає її економічну ефективність.

5.3 Управління службою надання медичної допомоги хворим з хворобами крові та кровотворних органів на рівні сільськогосподарської області

На базі концептуальних підходів до оптимізації організаційно-методичних технологій надання медичної допомоги хворим на хвороби крові та кровотворних органів в сільськогосподарському регіоні на сучасному етапі реформування галузі охорони здоров'я та представленої оптимізованої моделі, із застосуванням теорії системності, обґрунтована і розроблена модель управління службою надання медичної допомоги хворим з хворобами крові та кровотворних органів на рівні сільськогосподарської області яка складається з об'єкту та суб'єкту управління та блоку наукового регулювання.

Розроблена функціонально-організаційна модель управління службою надання медичної допомоги хворим з хворобами крові та кровотворних органів на рівні сільськогосподарської області.

Об'єктом управління є служба надання медичної допомоги хворим з хворобами крові та кровотворних органів на рівні сільськогосподарської області.

Суб'єктом, який керує службою надання медичної допомоги хворим з хворобами крові та кровотворних органів на рівні закладу охорони здоров'я є рівні ЗОЗ медичний директор, а на рівні регіону - керівник управління охороною здоров'я відповідного рівня.

В процесі управління службою надання медичної допомоги хворим з хворобами крові та кровотворних органів передбачається наявність та систематичне (щоденне) поповнення всіх видів інформації з питань медичного забезпечення пацієнтів, наявність ресурсів і управління.

Для цього нормативно-розпорядча інформація стосовно організації служби надання медичної допомоги хворим з хворобами крові та кровотворних органів (Постанови Кабінету Міністрів, накази МОЗ щодо нормативів, технологій, інструкцій та ін.) своєчасно надходять до закладів охорони здоров'я. Наукова інформація в тому числі дані з доведеною ефективністю мають бути своєчасними і доступними для апарату управління всіх рівнів.

Це стосується статистичних даних, інформації щодо результатів діяльності гематологічної служби, використання нових методів діагностики, профілактики та лікування яка розповсюджується на кожний ієрархічний рівень управління за допомогою впровадження інформаційно-довідкової системи. При цьому інформація із особистих джерел включає в себе реєстр населення з хворобами крові та кровотворних органів, дані соціологічних досліджень, що регулярно проводяться в ЗОЗ стосовно задоволення гематологічних пацієнтів якістю медичної допомоги, результати спілкуванням з медичним персоналом та статистичні дані про діяльність системи.

Мають бути чітко визначені посадові функції кожної посадової особи в системі охорони здоров'я з питань управління службою надання медичної

допомоги хворим з хворобами крові та кровотворних органів на рівні сільськогосподарської області, службовий статус кожного медичного співробітника, та службової субординації.

Інформаційні процеси управління мають здійснюватися із збереженням конфіденційності інформації про пацієнтів на основі державної політики інформатизації охорони здоров'я України.

При цьому встановлено такий розподіл управлінських функцій на рівні ЗОЗ: генеральний директор несе відповідальність та управляє матеріально-технічним, фінансовим, кадровим забезпеченням, медичний директор - розробляє заходи з забезпечення населення гематологічною медичною допомогою в ЗОЗ в рамках програми державних гарантій медичного обслуговування населення та контролює їх виконання, а завідувач структурним підрозділом – забезпечує надання медичної допомоги пацієнтам в рамках програми державних гарантій медичного обслуговування населення. Структурний аспект системного підходу вирішує питання організації внутрішніх взаємозв'язків між всіма компонентами суб'єкту системи служби спеціалізованої (високоспеціалізованої) гематологічної допомоги населенню.

Слід зазначити, що одним із основних видів управління є стратегічний. Стратегія безпосереднього удосконалення служби надання медичної допомоги хворим з хворобами крові та кровотворних органів на рівні сільськогосподарської області, при якій управлінська інформація від апарату управління галузевого рівня та профільного НДІ НАМН України скеровується на рівень управлінь охорони здоров'я обласних держадміністрацій, а тими доводиться до відома медичних працівників ЗОЗ всіх рівнів, які надають медичну допомогу гематологічного профілю. Запропонована оптимізована система організації гематологічної служби має свій розвиток під впливом багатьох факторів і умов, тому крім стратегічного будуть застосовуватись такі види управління як оперативний, ситуаційний, проблемно-тактичний. Взаємозв'язок між апаратом управління та практичними медичними працівниками має здійснюватися при стратегічному та оперативному

видах управлінь на основі лінійного і функціонального зв'язку. За умов ситуаційного управління цей зв'язок буде носити штабний тип управління.

Для оцінки ефективності діяльності служби надання медичної допомоги хворим з хворобами крові та кровотворних органів на рівні ЗОЗ застосовують карти і протоколи експертної оцінки ступеня виконання стандартів медичної допомоги, які визначено клінічними протоколами, що затвердженні МОЗ України та даними з доведеною ефективністю. Впровадження інформаційних технологій служить механізмом контролю якості надання медичної допомоги хворим з хворобами крові та кровотворних органів.

Зовнішні зв'язки з іншими системами і підсистемами з питань удосконалення діяльності служби надання медичної допомоги хворим з хворобами крові та кровотворних органів визначають комунікаційний аспект системного підходу.

В рамках госпітального округу всі види управлінських і професійних комунікацій оформлюються відповідними протоколами, угодами, сумісними нормативно-правовими актами та ін.

Об'єктом управління є ЗОЗ і медичні працівники які надають медичну допомогу хворим з хворобами крові та кровотворних органів. Склад об'єкту здійснюється на основі:

- застосування інформаційних технологій в менеджменті медичної допомоги хворим з хворобами крові та кровотворних органів;
- фінансування заходів з лабораторного обстеження пацієнтів;
- матеріально-технічних можливостей для впровадження сучасних технологій діагностики та лікування хворих з хворобами крові та кровотворних органів;
- забезпечення в достатній кількості висококваліфікованими медичними кадрами;
- забезпечення впровадження та контролю використання даних з доведеною ефективністю та клінічних протоколів, що затверджені МОЗ України і стандартів медичної допомоги хворим з хворобами крові та кровотворних органів;
- дотримання деонтологічних принципів в професійній діяльності;

- доступності інформації для населення про ЗОЗ в яких надається гематологічна допомога та можливий маршрут пацієнта;

- використання міжнародних стандартів гематологічної допомоги населенню.

Медичні працівники мають приймати участь в заходах з удосконалення організації та підвищення якості медичної допомоги хворим з хворобами крові та кровотворних органів та передавати накопичений досвід. Важливим є дотримання медичними працівниками деонтологічних аспектів в особистій професійній діяльності, що в комплексі з професіоналізмом, естетичними та професійними принципами формує задоволеність населення отриманою гематологічною медичною допомогою та забезпечує підвищення якості медичної допомоги хворим з хворобами крові та кровотворних органів.

Функціональний аспект системного підходу для об'єкту управління означає відповідність ЗОЗ в яких надається гематологічна допомога, державним вимогам стосовно управління закладом охорони здоров'я, організацію кадрового забезпечення, фінансів, якості медичної допомоги та ін. Наявність в ЗОЗ висококваліфікованих лікарів-гематологів при відповідній підготовці ЛЗП-СЛ служить забезпеченню якості медичної допомоги хворим з хворобами крові та кровотворних органів. Пропонуємо ЗОЗ регулярно проводити медико-соціологічні дослідження з метою вивчення задоволеності хворих та членів їх сімей якістю медичної допомоги.

Вирішення системно-структурного питання супроводжується внутрішнім зв'язком між елементами сфери гематологічної допомоги та діагностичними і іншими спорідненими структурами. Ці зв'язки проявляються у заходах з надання гематологічної допомоги в закладах охорони здоров'я в межах госпітального округу, та що здійснюються на рівні сільськогосподарського регіону.

Весь комплекс названих факторів забезпечує зберігати цілісність системи і сприяють її ефективному розвитку.

Системно-інтегративний аспект базується на використанні сучасних, способів, технологій і методів медичної гематологічної допомоги в межах госпітального округу, які визначені в галузевих стандартах. Акредитаційна категорія, що отримав

ЗОЗ та укладений договір з НСЗ України свідчить про наявність прийнятого рівня якості надання медичної допомоги. При цьому, вказані компоненти – стандартизація і акредитація, угода з НСЗ України – взаємопов’язані між собою, зокрема, наявність матеріально-технічної бази, необхідної кількості медичних кадрів та використання стандартів медичних технологій є обов’язковою умовою для проведення акредитації закладу охорони здоров’я та укладання угоди НСЗ України.

Вирішення системно-комунікаційного питання потребує впровадження комунікаційних стратегій та зв’язків з державними, недержавними, науковими, громадським і міжнародними організаціями, професійними асоціаціями з питань забезпечення населення з хворобами крові та кровотворних органів медичною допомогою, участь у програмах ВООЗ з питань забезпечення хворих сучасними доступними та якісними медичними послугами.

Важливим аспектом цього компоненту є формування та представлення в тому числі загальнодоступної інформаційної стратегії в розвитку служби медичної допомоги населенню з хворобами крові та кровотворних органів.

Стосовно системно-історичного аспекту, слід зазначити, що на основі набутого власного, національного і світового досвіду з питань організації діяльності служби медичної допомоги населенню з хворобами крові та кровотворних органів здійснюється процес раціонального використання ресурсів та медичних кадрів, безупинного підвищення якості медичних послуг з залученням нових технологій, сучасних способів і методів діагностики та лікування, удосконалення професійної майстерності медичних кадрів, а також процесу управління гематологічною службою.

Блок наукового регулювання, який є одним із головних компонентів моделі управління, включає організацію науково-інформаційного забезпечення з питань надання медичної допомоги населенню з хворобами крові та кровотворних органів, вивчення і поширення досвіду ВООЗ з питань надання гематологічної кваліфікованої медичної допомоги, а також досвіду охорони здоров’я України з даного питання, організацію зв’язку з науковими установами країни, у т.ч.

головним інститутом з проблем захворювань крові та кровотворних органів з метою отримання науково-методичної допомоги, робота асоціації лікарів-гематологів, науково-практичні конференції тощо.

Таким чином, в питанні забезпечення права населення з хворобами крові та кровотворних органів на якісну і доступну медичну допомогу важливим є ефективне управління оптимізованою моделлю медичної допомоги хворим з хворобами крові та кровотворних органів на рівні сільськогосподарської області на основі трьох головних компонентів (суб'єкта і об'єкта управління та блока наукового регулювання) з використанням шести аспектів системного підходу.

5.4 Експертна оцінка та результати впровадження запропонованих інновацій

Ставлення організаторів охорони здоров'я, науковців та практичних лікарів і пацієнтів до обґрунтованої та розробленої оптимізованої моделі медичної допомоги хворим з хворобами крові та кровотворних органів на рівні сільськогосподарської області, які виступили в ролі експертів вивчалось за допомогою медико-соціологічного дослідження після проведеної дискусії. Дискусія, з докладним знайомством експертів з матеріалами наукового дослідження проводилося напередодні його проведення.

В дослідженні прийняло участь 25 експертів: 8 організаторів охорони здоров'я, 6 сімейних лікарів, 3 лікарів-гематологів, 6 науковців (3 д.мед.н., 3 к.мед.н), 2 пацієнти.

Оцінка відповідей незалежних компетентних експертів проводилася за 10 бальною системою, з наступним медико-статистичним аналізом отриманих результатів.

Результати експертної оцінки запропонованих складових оптимізованої моделі медичної допомоги хворим з хворобами крові та кровотворних органів на рівні сільськогосподарської області відображені в табл. 5.1.

Таблиця 5.1 – Оцінка експертами складових оптимізованої моделі (бали) та ступінь узгодженості думки експертів за коефіцієнтом варіації (CV, %)

Запропоновані інновації	M	±SD	±m	Cv, %
Оптимізована модель в цілому	9,26	0,42	0,08	4,51%
Обласний (регіональний) спеціалізований центр гематологічної допомоги	9,49	0,39	0,08	4,08%
Залучення до надання медичної допомоги первинної ланки	9,55	0,37	0,07	3,86%
На базі лікарень інтенсивного лікування створення діагностично-консультативних кабінетів з денними стаціонарами	9,56	0,24	0,05	2,50%
На базі лікарень інтенсивного лікування створення стаціонарних спеціалізованих гематологічних відділень	9,67	0,35	0,07	3,58%
Використання системи електронно-інформаційного забезпечення гематологічної служби	9,54	0,48	0,10	4,99%
Модель управління гематологічною службою	8,97	0,45	0,09	5,07%%
Рациональні маршрути пацієнтів на рівні регіону	9,03	0,35	0,07	3,98%
Телемедична консультативно-діагностична допомога	9,03	0,35	0,07	3,98%

Примітка: M – середня арифметична величина оцінок експертів, бали; ±SD – стандартне (середнє квадратичне) відхилення, бали; ±m – стандартна похибка середньої арифметичної величини, бали; Cv – коефіцієнт варіації, %.

Експертна оцінка запропонованих обґрунтованих інновацій засвідчила їх раціональність та перспективність при наданні медичної допомоги хворим з хворобами крові та кровотворних органів на рівні сільськогосподарської області - (9,26 бали) в тому числі:

Найвищу оцінку отримали наступні інновації:

- створення стаціонарних спеціалізованих гематологічних відділень – 9,67 балів;
- створення діагностично-консультативних кабінетів з денними стаціонарами – 9,56 балів;
- залучення до надання медичної допомоги первинної ланки – 9,55 балів.

Низьку оцінку оцінку отримали наступні інновації:

- модель управління гематологічною службою – 8,97 бали;
- раціональні маршрути пацієнтів на рівні регіону – 9,03 бали;
- телемедична консультативно-діагностична допомога – 9,03 бали.

Запропонована оптимізована модель в цілому оцінена незалежними експертами на $9,26 \pm 0,42$ бали із 10 можливих, при високому рівні узгодженості експертів у своєму рішенні на рівні ($CV (\%) = 2,50 - 5,07$).

Впровадження окремих елементів оптимізованої моделі медичної допомоги хворим з хворобами крові та кровотворних органів на рівні сільськогосподарської області, яке проводилося на етапах виконання дослідження у окремих ЗОЗ Сумської області підтвердило її медико-соціальну ефективність.

Удосконалення сфери надання гематологічної допомоги населенню Сумської області дозволило оптимізувати маршрути хворих з хворобами крові та кровотворних органів на рівні області. Це дозволило підвищити рівень медичної гематологічної допомоги, результати чого наведено в табл. 5.2.

Таблиця 5.2 – Результати впровадження елементів оптимізованої моделі надання медичної допомоги хворим на хвороби крові та кровотворних органів у закладах охорони здоров'я Сумської області

Критерії	2017 р.	2019 р.	Динаміка 2019 / 2017 рр., %
Частка сільських жителів серед госпіталізованих пацієнтів гематологічного профілю.	21,6	30,0	+8,4%
Тривалість перебування пацієнтів на гематологічному ліжку в обласній лікарні, дні	12,6	11,5	-8,7%
Тривалість перебування пацієнтів на гематологічному ліжку в ЗОЗ спеціалізованої медичної допомоги, дні	12,6	11,5	-8,7%
Проконсультовано сільських жителів в обласній лікарні, абс.	1051	1250	+18,9%
Пройшло лікарів ТУ, навчання на тренінгах, семінарах гематологічного профілю	84 (23,8%)	102 (28,4%)	+21,4%
Первинний вихід на інвалідність з приводу хвороб крові та кровотворних органів (на 10 тис. нас.)	0,04	0,1	+2,5 рази

Отримані результати організаційного експерименту свідчать про досягнення мети та виконання завдань дослідження та можуть бути впроваджені в систему охорони здоров'я на національному рівні [27, 163].

ВИСНОВКИ

В роботі вирішено актуальну наукову задачу - обґрунтовано оптимізовану функціонально-організаційну модель медичної допомоги населенню з хворобами крові та кровотворних органів сільськогосподарського регіону в сучасних умовах реформування системи охорони здоров'я України, центральним елементом якої є житель області з хворобами крові та кровотворних органів, а складовими - структурна перебудова системи за етапами та рівнями її надання, оптимізація матеріально-технічного забезпечення, удосконалення кадрового забезпечення, безперервне підвищення якості гематологічної медичної допомоги, удосконалення загального управління гематологічною службою з моніторингом та оцінкою за єдиними індикаторами діяльності, яка відповідає міжнародним підходам, позитивно оцінена експертами та довела свою медичну ефективність.

1. На основі аналізу та оцінки опрацьованої тематичної добірки інформаційного масиву доступних літературних та нормативно-правових джерел встановлено відсутність наукових досліджень щодо сучасних проблем надання медичної допомоги сільському населенню країни з хворобами крові та кровотворних органів та її невідповідність вимогам, які визначені ВООЗ до систем охорони здоров'я і стратегії реформи охорони здоров'я в Україні, що потребувало наукового обґрунтування оптимізованої функціонально організаційної моделі медичної допомоги населенню з хворобами крові та кровотворних органів сільськогосподарського регіону.

2. Показано, що епідемічна ситуація в Сумській області відносно хвороб крові та кровотворних органів характеризується зменшенням показника захворюваності дорослого населення за період з 2014 по 2018 рік на 27,5 % ($p \leq 0,05$) з 226,8 до 164,37 та зменшенням показника захворюваності населення працездатного віку на 25,5 % ($p \leq 0,05$), який в 2018 році склав 188,72 на 100 тис. населення працездатного віку при підвищенні показника поширеності хвороб крові та кровотворних органів серед дорослого населення на 7,8 % з показником 1366,25 на 100 тис. дорослого населення та на 5,2 % населення працездатного віку із його значенням 1335,00 на

100 тис. населення працездатного віку, що вказує на процес «хронізації» хвороб крові та кровотворних органів у дорослого населення. В структурі захворюваності населення на хвороби крові та кровотворних органів 86,9 % займають анемії, які в структурі поширеності вказаних хвороб займають 89 %. Показник первинного виходу на інвалідність дорослого населення внаслідок хвороб крові та кровотворних органів зріс з 0,03 до 0,1 ($p \leq 0,05$), а населення працездатного віку з 0,05 до 0,1 ($p \leq 0,05$) при цьому показник смертності дорослого населення внаслідок хвороб крові та кровотворних органів в розрахунку на 100 тис. дорослого населення коливався в межах 0,41-0,95, а населення працездатного віку в межах 0,15-0,61.

3. Встановлено, що гематологічну спеціалізовану амбулаторнополіклінічну допомогу населенню надають 2 штатних лікаря-гематолога, при цьому в ЗОЗ 16 (84,2 %) адміністративних територій області із числа лікарів-терапевтів затверджені позаштатні лікарів-гематологів із яких атестовано за 19 спеціальністю «Гематологія» 2 (12,5 %). Із загальної кількості лікарів, які надають медичну допомогу населенню при хворобах крові та кровотворних органів навчалися на циклі тематичного удосконалення 18,0 % лікарів загальної практики - сімейних лікарів, 12,2 % лікарів-хірургів, 8,8 % лікарів акушерів-гінекологів, 6,6 % лікарів-терапевтів.

4. Встановлено, що ЗОЗ спеціалізованої медичної допомоги недостатньо забезпечені функціональними (інструментальними) дослідженнями: ФБС - 15,8 %, ФКС - 36,8 %, КТ - 15,8 %, МРТ та імуногістохімічні дослідження не проводяться. Кількість наданих штатними лікарями-гематологами консультацій має тенденцію до скорочення: 1,12 рази, на 1783 консультації, під диспансерний нагляд взято 20,0 % хворих. Із загальної кількості хворих із вперше в житті в 2018 році встановленим діагнозом оглянуті лікарем гематологом штатним 32,7 % та лікарем-гематологом позаштатним - 38,5 %. Відмічається низька професійна активність лікарів-гематологів позаштатних: 43,8 % із них консультували менше ніж одного хворого на місяць.

5. Показано, що стаціонарна спеціалізована допомога хворим на хвороби крові та кровотворних органів надається у відділеннях терапевтичного, хірургічного та

гінекологічного профілю. Показник обстеження хворих на хвороби крові та кровотворних органів відповідно стандарту становить 78,2 % з коливаннями в межах адміністративних територій від 33,3 % до 90,8 % (різниця 2,73 ($p \leq 0,01$) разу). 71,1 % госпіталізованих з хворобами крові та кровотворних органів до закладів охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги отримують лікування відповідно до клінічних протоколів. В розрізі адміністративних територій області, показник відрізняється в 2,71 ($p \leq 0,01$) разу: від 33,3 % до 90,5 %.

6. Встановлено, що високоспеціалізована гематологічна допомога дорослому населенню Сумської області надається на базі обласної клінічної лікарні де функціонує амбулаторний консультативний кабінет, стаціонарне відділення на 33 ліжка (рівень забезпеченості 0,35 на 10 тис дорослого населення) з достатньою діагностичною базою. За період дослідження кількість амбулаторно консультованих хворих зберігається на одному рівні. В 2018 році були консультовані 3185 (48,0 %) пацієнтів, які проживають в містах та 1250 (26,9 %) в сільській місцевості і 2195 (33,1 %), які отримували лікування в ЗОЗ області. Повністю підготовленими до консультації були 91,9 % пацієнтів, які скеровані лікарями-гематологами штатними та повністю не підготовленими 36,2 % із числа тих, що скерованими лікарями-гематологами позаштатними і 60,3 % - скеровані лікарями-спеціалістами. Встановлено тенденцію до збільшення кількості стаціонарно пролікованих хворих та високий рівень використання госпітальних ліжок (354,6 днів на рік), при тенденції до зменшення показників середнього перебування пацієнтів на ліжку (12,6 дня) та госпітальної летальності (0,32 %).

7. За результатами соціологічного дослідження виявлено, що спеціалізована гематологічна амбулаторно-поліклінічна медична допомога є територіально недоступною для 14 %, а економічно недоступною для 21 % опитаних як міських так і сільських жителів при цьому 73,0 \pm 2,2 % респондентів оцінили її якісною. Стаціонарну медичну допомогу якісною в ЗОЗ 20 високоспеціалізованої допомоги оцінило 55,4 \pm 2,5 % із числа опитаних пацієнтів, а в закладах спеціалізованої допомоги 11,1 \pm 1,6 % ($p \leq 0,01$). Достовірно вище оцінили економічну доступність високоспеціалізованої медичної допомоги проти спеціалізованої: 34,4 \pm 2,4 % та

14,3±1,7 % ($p \leq 0,01$) відповідно, що пов'язано з наявністю кваліфікованих лікарських кадрів, відповідної ресурсної бази та більш високим рівнем фінансування.

8. Показано, що при пріоритетному розвитку ПМСД на засадах загальної лікарської практики - сімейної медицини, який полягає в юридичному розмежуванні закладів первинної та спеціалізованої медичної допомоги, забезпеченні ЛЗП-СЛ на рівні 4,2 на 10 тис. населення та закріплення права за ними визначати медичний маршрут пацієнта встановлено недостатній рівень їх теоретичних знань (14,52±1,8 %) та практичної підготовки (6,37±1,2 %) до надання медичної допомоги при хворобах крові та кровотворних органів і недостатню можливість скерувати пацієнтів на обстеження та консультації пацієнтів: 5,15±1,1 % - призначити загальне клінічне дослідження, 2,21±0,7 % - призначити біохімічне дослідження, 1,72±0,7 % - призначити ультразвукове дослідження, 6,13±1,2 % - скерувати на консультацію до лікаря-гематолога. При цьому 2,0±0,7 % опитаних хворих на хвороби крові та кровотворних органів вважають ПМСД недоступною та 13,0±1,7 % малодоступною територіально, а 19,5±2,0 % недоступною та 23,5±2,1 % - малодоступною економічно, 32,0±2,3 % респондентів вказали на низьку якість первинної медико-санітарної допомоги.

9. За результатами дослідження розроблено концептуальні підходи до оптимізації організаційно-методичних технологій надання медичної допомоги хворим на хвороби крові та кровотворних органів в сільськогосподарському регіоні на сучасному етапі реформування галузі охорони здоров'я які полягають в структурній перебудові системи медичної допомоги населенню сільськогосподарської області з хворобами крові та кровотворних органів, оптимізації матеріально-технічного забезпечення, удосконаленні кадрового забезпечення, безперервному підвищенні якості гематологічної медичної допомоги, удосконаленні загального управління гематологічною службою.

10. Базуючись на отриманих в ході дослідження результатах обґрунтована та розроблена оптимізована функціонально-організаційна модель медичної допомоги населенню сільськогосподарського регіону з хворобами крові та кровотворних

органів, яка є пацієнтоорієнтованою. Стратегічним напрямком обґрунтованої та розробленої оптимізованої моделі стало підвищення якості, ефективності та доступності медичної допомоги населенню при захворюваннях крові та кровотворних органів через реалізацію заходів управлінського та організаційного характеру, а тактичним напрямком стала структуризація гематологічної медичної допомоги за етапами і рівнями її надання: первинним, спеціалізованим та високоспеціалізованим з розробкою механізмів професійних зв'язків між ними.

11. В структурному плані інноваційним є створення на базі лікарні інтенсивного лікування гематологічного діагностично-консультативного кабінету (один на госпітальний округ) та стаціонарного спеціалізованого гематологічного відділення (0,27 ліжок на 10 тис населення) та формування на базі обласної клінічної лікарні обласного високоспеціалізованого 21 гематологічного центру з визначеними консультативними, діагностичними, лікувальними, організаційними та методичними функціями з включенням до системи первинної ланки надання медичної допомоги сімейних лікарів які являються основним медичним працівником по забезпеченню динамічного нагляду за хворими із хворобами крові та кровотворних органів. Фінансування медичної допомоги пацієнтам з хворобами крові та кровотворних органів має відбуватися в рамках укладених договорів між ЗОЗ та НСЗ України. Структурну основу моделі надання медичної допомоги хворим на хвороби крові та кровотворних органів складають наявні ресурси діючої системи охорони здоров'я. Модель забезпечує концентрацію ресурсів, що і визначає її економічну ефективність.

12. Обґрунтована і частково впроваджена оптимізована функціонально-організаційна модель медичної допомоги населенню сільськогосподарського регіону з хворобами крові та кровотворних органів позитивно оцінена незалежними експертами в цілому ($9,26 \pm 0,42$ за десятибальною шкалою), що підтверджує її дієздатність, відповідність сучасним вітчизняним та міжнародним підходом та її медична ефективність дозволяє рекомендувати запропоновану модель до подальшого впровадження в систему охорони здоров'я України.

ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ

1. Медведовська Н. В., Дячук Д. Д. Стан здоров'я населення України, діяльність та ресурсне забезпечення закладів охорони здоров'я в регіональному аспекті. Україна. Здоров'я нації. 2012. №1 (21). С. 30–39.
2. Здоров'я людини та демографія. Досвід Європи / Світовий банк. – 2010. – 72 с.
3. Чепелевская Л. А. Гендерные особенности заболеваемости и распространенности болезней среди взрослого населения Украины в 2008-2012 гг. / Л.А. Чепелевская, А.А.Крапивина // Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины. Журнал Казахстанско-Российского медицинского университета. Алматы. 2013. № 3 (3). С. 33-36.
4. Лібанова Е.М. Смертність населення України у трудоактивному віці. Монографія. Е.М. Лібанова, Н.М. Левчук, Н.О. Рингач та ін. К., 2007, 211с.
5. Барияк И.Р., Демина Э.А. Лучевые маркеры в лимфоцитах периферической крови ликвидаторов со злокачественными новообразованиями // Доп. НАН України. –2001. – № 2. – С. 190–193.
6. Педан Л.Р., Пілінська М.А. Оцінка стабільності хромосом лімфоцитів периферичної крові осіб, постраждалих від дії факторів Чорнобильської аварії ріі, за допомогою тестуючого мутагенного навантаження *in vitro* // Доп. НАН України. – 2004. – № 12. – С. 175–179.
7. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні ЗА 2013– 2014 роки. МОЗ України. Київ - 346 с.
8. Батманова І.Ю., Слабкий Г.О. Динаміка захворюваності дорослого населення Донецької області на хвороби крові та кровотворних органів// Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2006. - №3. – С.29-34
9. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 1 (13). – С. 5–23.
10. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років / Стратегічна дорадча група з питань реформування системи

охорони здоров'я в Україні, 2015. – 41 с.- [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://healthsag.org.ua/strategiya/>– Назва з екрану.

11. Лобас М.В. Стратегічні підходи до реформування системи охорони здоров'я сільського населення Черкаської області / М.В. Лобас // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 4/1 (46). – С. 95-100.

12. Лехан В. М. Інноваційні підходи до забезпечення доступності первинної медико-санітарної допомоги сільському населенню / В. М. Лехан, К. О. Надутий, Г. О. Слабкий // Україна. Здоров'я нації. – 2011. – № 3 (19). – С. 86–91.

13. Порядок організації надання медичної допомоги та забезпечення маршрутів пацієнта лікарем загальної практики – сімейним лікарем при різних клінічних станах та захворюваннях / Л. Ф. Матюха, В. М. Лехан, Н. Г. Гойда та інш. – К.: МОЗ України; НМАПО ім. П. Л. Шупика, УІСД, Дніпропетровська ДМА, Запорізька МАПО, Чернівецьке УОЗ, 2011. – 43 с.

14. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008 г. Первичная медико-санитарная помощь – сегодня актуальнее, чем когда-либо. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2008. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.who.int/whr/2008/whr08_ru.pdf. – Название с экрана.

15. Поцелуєв В. І. Обґрунтування системи моніторингу якості та доступності медичної допомоги в закладах сімейної медицини (на прикладі сільського населення Сумської області): автореф. дис.... к. мед. наук: спец. 14.00.33 «Соціальна медицина»/В.І. Поцелуєв, - К., Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика. 2014 - 24 с.

16. Нагорна А. М. Проблема якості в охороні здоров'я: Монографія / А. М. Нагорна, А. В. Степаненко, А. М. Морозов. – Кам'янець-Подільський: Абетка-НОВА, 2002. – 384 с.

17. Федосюк Р. М. Безпека пацієнта – глобальний виклик сучасній медицині / Р. М. Федосюк, О. М. Ковальова // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. – 2013. – Т. III, №3 (9). – С. 19-25

18. Rasoveanu N. T. Технология для системного совершенствования медицинской помощи / N. T. Rasoveanu, K. S. Jonbansen // Всемирный форум здравоохранения. – 1995. – Т. 16, № 2. – С. 27–32.
19. Лобас М.В. Стратегічні підходи до реформування системи охорони здоров'я сільського населення Черкаської області / М.В. Лобас // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 4/1 (46). – С. 95-100.
20. Лехан В.М. Аналіз результатів реформування системи охорони здоров'я в пілотних регіонах: позитивні наслідки, проблеми та можливі шляхи їх вирішення/ В.М. Лехан, Г.О. Слабкий, М.В. Шевченко // Україна. Здоров'я нації.- 2015- №3 (спеціальний випуск). – С.67-86
21. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII. [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/T172168.html– Назва з екрану.
22. Постанова КМУ «Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік» від 25.04.2018 р. № 407 [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.apteka.ua/article/458646>. – Назва з екрану.
23. Галлиннская хартия: — Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния. – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 2008 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/88612/E91438R.pdf. – Название с экрана.
24. Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers, WHO, 2016. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://apkt\[fy ps.who.int/iris/handle/10665/250584](http://apkt[fy ps.who.int/iris/handle/10665/250584). – Назва з екрану
25. Aligning public financial management and health financing: a process guide for identifying issues and fostering dialogue (Health Financing Guidance Series No. 4), World Health Organization, 2017, 87 p. (ISBN 978- 92- 4- 151307- 4).
26. Принципи організації оптимальної моделі системи охорони здоров'я// Журнал «Внутренняя медицина» 6(6) 2007// <http://www.mif-ua.com/archive/article/3618>

27. Сміянов В.А. Оптимізована модель забезпечення населення сільськогосподарського регіону з хворобами крові та кровотворних органів медичною допомогою: методичні рекомендації / Сміянов В.А., Горох В.В. – Суми: 2019. – 37 с.
28. Горох В.В. Медико-соціальне обґрунтування оптимізації моделі медичної допомоги населенню сільськогосподарського регіону: дисертація канд. мед. наук, спец.: 14.02.03 – соціальна медицина / В.В. Горох; наук. кер. В.А. Сміянов. Суми: СумДУ, 2020. 211 с.
29. Научные исследования в целях достижения всеобщего охвата населения медицинскими услугами. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2013 г. Всемирная организация здравоохранения, 2013 г. www.who.int
30. The world health report 2010. Health systems financing: the path to universal coverage. Geneva, World Health Organization, 2010.
31. Busse R, Schreyögg J, Gericke C. Analysing changes in health financing arrangements in high-income countries. A comprehensive framework approach. Washington, DC, The World Bank, 2007.
32. Chisholm D, Evans DB. Improving health system efficiency as a means of moving towards universal coverage. Geneva, World Health Organization, 2010.
33. Improving value in health care: measuring quality. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2010.
34. WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco. Geneva, World Health Organization, 2011.
35. Foster A. Poverty and illness in low-income rural areas. The American Economic Review, 1994, 84:216-220.
36. Bloom DE, Canning D. The health and wealth of nations. Science, 2000, 287:1207-1209. doi: <http://dx.doi.org/10.1126/sci-ence.287.5456.1207> PMID:10712155
37. Neglected disease research and development: a 5 year review. Sydney, Policy Cures, 2012.
38. Mundel T. Global health needs to fill the innovation gap. Nature Medicine, 2012, 18:1735. doi: <http://dx.doi.org/10.1038/nm1212-1735> PMID:23223055.

39. World health statistics 2012. Geneva, World Health Organization, 2012.
40. Measurement of trends and equity in coverage of health interventions in the context of universal health coverage. Rockefeller Foundation Center, Bellagio, September 17–21, 2012. UHC Forward, 2012 (<http://uhcforward.org/publications/measurement-trends-and-equity-coverage-health-interventions-context-universal-health-co>, accessed 7 March 2013).
41. Knaul FM et al. The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico. *Lancet*, 2012, 380:1259-1279. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61068-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61068-X) PMID:22901864
42. The Millennium Development Goals report 2012. New York, United Nations, 2012.
43. Victora CG et al. How changes in coverage affect equity in maternal and child health interventions in 35 Countdown to 2015 countries: an analysis of national surveys. *Lancet*, 2012, 380:1149-1156. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61427-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61427-5) PMID:22999433
44. Ruhago GM, Ngalesoni FN, Norheim OF. Addressing inequity to achieve the maternal and child health millennium development goals: looking beyond averages. *BMC Public Health*, 2012, 12:1119. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-12-1119> PMID:23270489
45. Gwatkin DR, Ergo A. Universal health coverage: friend or foe of health equity? *Lancet*, 2011, 377:2160-2161. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)62058-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(10)62058-2) PMID:21084113 WHR_RU.indb 30
46. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, 1988, 260:1743-1748. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033> PMID:3045356
47. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*, 2005, 83:691-729. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x> PMID:16279964
48. Davies H. Measuring and reporting the quality of health care: issues and evidence from the international research literature. Edinburgh, NHS Quality Improvement Scotland, 2005.

49. Health at a glance: Europe 2012. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2012. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-en>.
50. Giedion U, Alfonso EA, Dnaz Y. The impact of universal coverage schemes in the developing world: a review of the existing evidence. Washington, DC, The World Bank, 2013.
51. Lekhan V. Health care systems in transition: Ukraine / V.Lekhan, V.Rudiy, E. Nolte //Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. – Copenhagen, 2004. – 128 p
52. Матюха Л.Ф. Оцінка ефективності організації надання первинної медико-санітарної допомоги (методичні рекомендації) / Л.Ф. Матюха, Н. Г.Гойда, Г.О. Слабкий, О.О. Дудіна, О.С. Коваленко, Н.С. Рогозинська, О.К., Надута-Скринник / Київ, 2011. – 48 с.
53. Оптимізація первинної медико-санітарної допомоги населенню України: метод. рек. / розроб.: Н. Г. Гойда, Л. Ф. Матюха, В. Г. Слабкий, Л. В. Полікова; Укр. ін-т стратег. дослідж. МОЗ Україна, Нац. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П.Л. Шупика. – К., 2010. – 25 с.
54. Ціборовський О.М. Проблеми системи охорони здоров'я України та стратегії її реформування / О.М.Ціборовський, П.М. Лисенко //Україна. Здоров'я нації. – 2014. – №3. – Там же. – С. 68–75.
55. Проект ЄС «Фінансування та управління в сфері охорони здоров'я в Україні»: доповідь д-ра мед. наук А. Козеркевича / Інститут громадського здоров'я Ягелонського у-ту. – Краків, 2005.
56. Ярош Н.П. Стандартизація профілактики захворювань: сучасний стан та перспективи розвитку// Матеріали науково-практичної конференції «Актуальні питання формування здорового способу життя та використання оздоровчих технологій», м. Херсон, 26-27 травня 2011 р.,: тези доп. – С. 147-151
57. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2010 рік: [монографія] / за ред. О. В. Аніщенко. – К., 2011. – 461.

58. Закон України від 7 липня 2011 року N 3612-VI «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві».
59. Реформування галузі охорони здоров'я: Вінницька, Донецька, Дніпропетровська, Одеська, Полтавська області, м. Київ. Результати, проблеми, шляхи вирішення. – Київ, 2014. – 207 с.
60. Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи, 2014 рік / Л. А. Чепелевська; за ред. В. В. Лазоришинця, Н. О. Лісневської, Л. Я. Ковальчук [та ін.]. – Київ, 2014. – С. 7–9.
61. Позитивний досвід реформування галузі охорони здоров'я регіонів / О. В. Аніщенко, Р. О. Моїсеєнко, О. К. Толстанов [та ін.]. – К., 2011. – 149 с.
62. Литвинова Л. О. Шляхи удосконалення додипломної підготовки лікарів з питань управління в системі охорони здоров'я. Кадрова політика у сфері охорони здоров'я в умовах загроз національній безпеці України: матеріали щорічної наук.-практ. конф. за міжнар. участю (Київ, 23 берез. 2017 р.). Київ, 2017. С. 92–95.
63. Реформа больниц в новой Европе / под ред. Martin McKee и Judith Healy; Open University Press, 2002. World Health Organization, 2002. 295 p.
64. McKinstry B., Hammersley V., Burton C., Pinnock H. (2010) The quality, safety and content of telephone and face-to-face consultations: a comparative study. *Qual. Saf. Health Care*, 19 (4):298-303
65. Таллиннская хартия: — Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния. — Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 2008 [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/88612/E91438R.pdf. — Название с экрана.
66. Системы здравоохранения, здоровье и благосостояние: оценка аргументов в пользу инвестирования в системы Здравоохранения/ Josep Figueras, Martin McKee, Suszy Lessof, Antonio Duran, Nata Menabde. Всемирная организация здравоохранения, 2008 г.).
67. WHO. Regional Office for Europe. Copenhagen, 2013 [Electronic resource]. — Access mode: <http://www.euro.who.int/ru/homo>. — Title from screen.

68. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2013 рік / за ред. О. С. Мусія К., 2014. – 437 с.
69. Слабкий Г.О. Уроки реформи охорони здоров'я в Україні: досягнення, невирішені питання, ризики, проблеми/ Г.О. Слабкий, В.М. Лехан //Збірник матеріалів науково-практичної конференції з міжнародною участю « Організація і управління охороною здоров'я. 2015».- 20-21 жовтня 2015 - С. 26-27
70. Нова модель надання первинної медико-санітарної допомоги – досвід пілотних регіонів / В. М. Лехан, В. Г. Гінзбург, Л. В. Крячкова, М. В. Шевченко // Wiadomosci lekarskie. – 2014. – №2, т. LXVII. – С. 210–214.
71. Порядок організації надання медичної допомоги та забезпечення маршрутів пацієнта лікарем загальної практики – сімейним лікарем при різних клінічних станах та захворюваннях / Л. Ф. Матюха, В. М. Лехан, Н. Г. Гойда та ін.; МОЗ України; НМАПО ім. П. Л. Шупика, УІСД, Дніпропетровська ДМА, Запорізька МАПО, Чернівецьке УОЗ. Київ, 2011. 43 с.
72. Постанова КМУ «Про затвердження Порядку створення госпітальних округів» від 30 листопада 2016 р. № 932 [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://www.medcv.gov.ua/archives/3586>. – Назва з екрану.
73. Пархоменко Г. Я. Лікарня інтенсивної допомоги – лікарня європейського зразка / Г. Я. Пархоменко // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2011. – № 2. – С. 39–41.
74. Закон України. «Про екстрену медичну допомогу» від 5 липня 2012 року № 5081-VI// Відомості Верховної Ради (ВВР), 2013, № 30, ст.340
75. Постанова КМУ від 8 лютого 2012 р. № 84 Про затвердження Примірного положення про Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/24495836>. – Назва з екрану
76. Постанова Кабінету Міністрів України від 30 вересня 2015 року № 775 «Про затвердження Порядку створення та використання матеріальних резервів для запобігання і ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій». [Електронний ресурс].

Режим

доступу:

https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%97%D0%B0%D0%BA%D0%BE%D0%BD%D0%BE%D0%B4%D0%B0%D0%B2%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE_%D0%B2_%D0%B5%D0%BA%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%BD%D1%96%D0%B9_%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D1%96#30.09.2015_%E2%84%96_775. – Назва з екрану.

77. Постанова Кабінету Міністрів України від 21 листопада 2012 року № 1117 «Про затвердження Типового положення про станцію екстреної (швидкої) медичної допомоги» [Електронний ресурс]. Режим доступу:

https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%97%D0%B0%D0%BA%D0%BE%D0%BD%D0%BE%D0%B4%D0%B0%D0%B2%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE_%D0%B2_%D0%B5%D0%BA%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%BD%D1%96%D0%B9_%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D1%96#30.09.2015_%E2%84%96_775 – Назва з екрану.

78. Шевченко М. В. Стан реформування екстреної медичної допомоги у пілотних регіонах у 2012 р. / М. В. Шевченко, Ю. Б. Ященко // Східноєвроп. журн. громад. здоров'я: матеріали Міжнар. наук.-практ. конф., присвяченої Всесвітньому Дню здоров'я 2013, м. Київ, 04–05.04.2013 р. – 2013. – № 1 (21). – С. 291.

79. Картавцев Р.Л. Характеристика забезпеченості закладів охорони здоров'я третинного рівня високовартісним обладнанням та його використання/ Г.О. Слабкий, Р.Л. Картавцев //Вісник соціальної медицини та організації охорони здоров'я. 2014. – №2. – С.5-9.

80. Картавцев Р.Л. Забезпеченість закладів охорони здоров'я вторинного рівня високовартісним обладнанням// Україна. Здоров'я нації. – 2014. – №2 (30). – С. 62-65.

81. Забезпеченість закладів охорони здоров'я високовартісним обладнанням. 2013 рік/ В.В. Лазоришенець, Г.О. Слабкий, Р.Л. Картавцев, І.П. Семенів та інш. [монографія]. – К.: «МП Леся», 2014. – 192 с.

82. Результати інвентаризації високовартісного обладнання у комунальних закладах охорони здоров'я вторинного та третинного рівнів надання медичної допомоги в Україні/ М.В. Шевченко, В.О. Лазаренко, Р.Л. Картавцев // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2013 рік / за ред. О. С. Мусія [монографія]. – К., 2014. – С. 259 - 270
83. Картавцев Р.Л. Характеристика не введеного у експлуатацію медичного обладнання, закупленого за кошти державного бюджету/ Р.Л. Картавцев // Україна. Здоров'я нації. 2018. – №3 (50). – С. 45-52.
84. Деякі уроки реформи охорони здоров'я України / Г.О. Слабкий, В.М. Лехан, К.О. Надутий та інш.// Україна. Здоров'я нації. – 2014. – № 3. – С. 7–22.
85. Регіональні системи охорони здоров'я України: [монографія в 2 ч.] / за ред. Р.О. Моїсеєнко. К., 2011. – Ч 1. – 239 с.
86. Шевченко М.В. Фінансування та економічні механізми управління галуззю в умовах її реформування / М.В. Шевченко // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2013 рік: [монографія] / за ред. О. С. Мусія. – К., 2014. – С. 242–258.
87. Удосконалення економічного механізму управління галуззю та аналіз його впровадження і ефективності / М.В. Шевченко, О.О. Дорошенко, О.І. Левицький та інш. // Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2011 рік: [монографія] / за ред. Р. О. Богатирьової. –К., 2012.– С. 44-62.
88. Постанова КМУ від 08.02.2012 №86 «Про внесення змін до Порядку складання, розгляду, затвердження та основних вимог до виконання кошторисів бюджетних установ».
89. М. І. Кульчицький, С. Н. Самець Програмно-цільове бюджетування на місцевому рівні // Електронне наукове фахове видання «Ефективна економіка». – 2012. – №8 // <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=1269>

90. Постанова КМУ від 19 червня 2013 року № 465 «Про внесення змін до Порядку складання, розгляду, затвердження та основних вимог до виконання кошторисів бюджетних установ».
91. Наказ Міністерства фінансів України від 12.03.2012 №333 «Про затвердження Інструкції щодо застосування економічної класифікації видатків бюджету та Інструкції щодо застосування класифікації кредитування бюджету», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 27.03.2012 за № 456/20769
92. Про внесення змін до Бюджетного кодексу України щодо реформи міжбюджетних відносин: Закон України №79-VIII від 28.12.2014 р. [Електронний ресурс] // Офіційний вісник України. – 2015. – № 3. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/card/79-19>. – Назва з екрану.
93. Наказ МОЗ України спільно з Мінфіном від 21.09.2012 №728/1015 «Про затвердження Типового переліку бюджетних програм та їх результативних показників у галузі «Охорона здоров'я» для пілотних регіонів», зареєстровано в Міністерстві юстиції України 25.09.2012 за № 1650/21962
94. Удосконалення економічного механізму управління галуззю та аналіз його впровадження і ефективності / М.В. Шевченко, О.О. Дорошенко, О.І. Левицький та інш. // Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2011 рік: [монографія] / за ред. Р. О. Богатирьової. – К., 2012. – С. 44–62.
95. Просяник Н.В. Реалізація програмно-цільового методу бюджетування на місцевому рівні // Наукові праці Кіровоградського національного технічного університету. Економічні науки. – 2012. – вип. 22, ч.ІІ. – С. 1–5.
96. Preker AS et al. Public ends, private means. Strategic purchasing of health services: strategic purchasing of value for money in health care. Washington, DC, The World Bank, 2007.
97. Шевченко М. В. Результати оптимізації вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у пілотних регіонах у 2012 р. / М. В. Шевченко, Ю. Б. Яценко // Східноєвроп. журн. громад. здоров'я: матеріали Міжнар. наук.-практ. конф., присвяченої Всесвітньому Дню здоров'я 2013, м. Київ, 04–05.04.2013 р. – 2013. – № 1 (21). – С. 288–289.

98. Дудіна О. О. Досягнення, проблеми та шляхи вирішення питань в охороні здоров'я матерів і дітей / О. О. Дудіна, А. В. Терещенко // Результати діяльності галузі охорони здоров'я: 2012 рік. – К., 2013. – С. 37–51.
99. Деякі питання оплати праці медичних працівників закладів охорони здоров'я, що є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 05.03.2012 р. № 209 [Електронний документ] // Оф. вісн. України. – 2012. – № 20. – С. 91. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/card/209-2012>. – Назва з екрану.
100. Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» від 06.04.2017 р. № 2002. URL: http://www.ukrainepravo.com/law-making/bill_passed_by_legislature/zakon-ukraini-pro-vnesennya-zmin-do-deyakikh-zakonodavchikh-aktiv-ukraini-shchodo-udoskonalennya-zak.
101. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 р. № 2168-VIII. URL: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/T172168.html.
102. Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» 14 листопада 2017 року № 2206-УІІ [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://ukrainepravo.com/law-making/bill_passed_by_legislature/zakon-ukraini-pro-pidvishchennya-dostupnosti-ta-yakosti-medichnogo-obslugovuvannya-u-silskiy-mistsev/ – Назва з екрану
103. Постанова Кабінету Міністрів України “Про утворення національної служби здоров'я України” від 27.12.2017 № 1101. URL: <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/pro-utvorennya-nacionalnoyi-sluzhbi-zdorovya-ukrayini>
104. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2017; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». Київ, 2018. 458 с.
105. Постанова Кабінету Міністрів України «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я» від 25.04.2018 р. № 411. URL:

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

106. Постанова Кабінету Міністрів України “Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік» від 25.04.2018 р. № 407. URL: <https://www.apteka.ua/article/458646>.

107. Постанова Кабінету Міністрів України від 18 грудня 2019 року № 1117 «Деякі питання реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2019 рік».

108. Постанова Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 року № 1124 «Деякі питання удосконалення реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році»

109. Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2015 році: Статистичний бюлетень/ Державна служба статистики України., 2017. – С. 15.

110. Постанова Кабінету Міністрів України від 27 лютого 2019 року № 131 «Деякі питання здійснення пілотного проекту з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у Полтавській області»

111. Пакети медичних послуг. Зміст та підхід до контрагування закладів охорони здоров'я. Національна служба здоров'я України. 07.02.2020 - 67 с.

112. Рекомендації щодо подальшого розвитку вторинної медичної допомоги в Україні. URL: http://www.eu-shc.com.ua/catalogs/4/54/102/412/Book13_quality_management.pdf

113. Постанова КМУ «Про затвердження Порядку створення госпітальних округів» від 30 листопада 2016 р. № 932 [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://www.medcv.gov.ua/archives/3586>. – Назва з екрану.

114. Пархоменко Г.Я. Лікарня інтенсивної допомоги – лікарня європейського зразка. Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2011. – №2. – С. 39-41

115. Наказ МОЗ України від 31.10.2018 р. № 1977 «Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Вип. 78. «Охорона здоров'я». URL: <http://www.moz.gov.ua>
116. Сучасна система підготовки керівників в сфері охорони здоров'я України: методичні рекомендації / Інститут стратегічних досліджень МОЗ України; уклад.: Г.О. Слабкий, Р.Ю. Погоріляк, Київ, 2019. – 46 с.
117. Погоріляк Р.Ю. Характеристика оптимізованої системи призначення на посаду та підготовки керівних кадрів охорони здоров'я на регіональному рівні/ Р.Ю. Погоріляк, Г.О. Слабкий // *Intermedical journal*.- 2019.-№1(13).- С. 39-46.
118. Мировая статистика здравоохранения. 2010 год. – Режим доступа: www.who.int/whosis/whostat/2010/ru.index.html. – Название с экрана.
119. Державна служба статистики [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua/>– Назва з екрану.
120. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2017 році. Статистичний збірник. URL: http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2018/zb/06/zb_zoz_17.pdf.
121. Стан захворюваності злюкисними новоутвореннями лімфатичної та кровотворної тканини населення України./ Перехрестенко П.М., Назарчук Л.В., Федоренко З.П., Суханова Т.Г. // Український журнал гематології та трансфузіології – 2003. – № 4. – С. 5–11.
122. Grimwade, D. & Mrozek, K. Diagnostic and prognostic value of cytogenetics in acute myeloid leukemia. *Hematol. Oncol. Clin. North Am.* 25, 1135–1161 vii (2011).
123. Estey, E. & Dohner, H. Acute myeloid leukaemia. *Lancet* 368, 1894–1907 (2006).
124. Graubert, T. & Walter, M. J. Genetics of myelodysplastic syndromes: new insights. *Hematology Am. Soc. Hematol. Educ. Program* 2011, 543–549 (2011).
125. Chen, J., Odenike, O. & Rowley, J. D. Leukaemogenesis: more than mutant genes. *Nat. Rev. Cancer* 10, 23–36 (2010).
126. Zeisig, B. B., Kulasekararaj, A. G., Mufti, G. J. & So, C. W. SnapShot: acute myeloid leukemia. *Cancer Cell* 22, 698–698.e1 (2012).

127. Статистичні збірники [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://database.ukrcensus.gov.ua/MULT/Dialog/view.asp?ma=000_0204&ti=%D0%E E%E7%EF%EE%E4%B3%EB+%EF%EE%F1%F2%B3%E9%ED%EE%E3%EE+%ED%E0%F1%E5%EB%E5%ED%ED%FF+%E7%E0+%EE%EA%F0%E5%EC%E8%EC%E8+%E2%B3%EA%EE%E2%E8%EC%E8+%E3%F0%F3%EF%
128. Palumbo A., Bringhen S., Caravita T. et al.; Italian Multiple Myeloma Network, GIMEMA (2006) Oral melphalan and prednisone chemotherapy plus thalidomide compared with melphalan and prednisone alone in elderly patients with multiple myeloma: randomised controlled trial. *Lancet*, 367(9513): 825–831.
129. Crawley C., Lalancette M., Szydlo R. et al.; Chronic Leukaemia Working Party of the EBMT (2005) Outcomes for reduced-intensity allogeneic transplantation for multiple myeloma: an analysis of prognostic factors from the Chronic Leukaemia Working Party of the EBMT. *Blood*, 105(11): 4532–4539
130. Rifkin R.M., Gregory S.A., Mohrbacher A., Hussein M.A. (2006) Pegylated liposomal doxorubicin, vincristine, and dexamethasone provide significant reduction in toxicity compared with doxorubicin, vincristine, and dexamethasone in patients with newly diagnosed multiple myeloma: a Phase III multicenter randomized trial. *Cancer*, 106(4): 848–858.
131. Garban F., Attal M., Michallet M. et al. (2006) Prospective comparison of autologous stem cell transplantation followed by dose-reduced allograft (IFM99-03 trial) with tandem autologous stem cell transplantation (IFM99-04 trial) in high-risk de novo multiple myeloma. *Blood*, 107(9): 3474–3480
132. International Myeloma Working Group (2003) Criteria for the classification of monoclonal gammopathies, multiple myeloma and related disorders: a report of the International Myeloma Working Group. *Br. J. Haematol.*, 121(5): 749–757.
133. Kumar S.K., Rajkumar S.V., Dispenzieri A. et al. (2008) Improved survival in multiple myeloma and the impact of novel therapies. *Blood*, 111(5): 2516–2520.

134. Cavo M., Tosi P., Zamagni E. et al. (2007) Prospective, randomized study of single compared with double autologous stem-cell transplantation for multiple myeloma: Bologna 96 clinical study. *J. Clin. Oncol.*, 25(17): 2434–2441.
135. Cavo M., Patriarca F., Tacchetti P. et al. (2007) Bortezomib (Velcade)-thalidomide-dexamethasone (VTD) vs thalidomide-dexamethasone (TD) in preparation for autologous stem-cell (SC) transplantation (ASCT) in newly diagnosed multiple myeloma (MM). *Blood*, 110: 30a.
136. 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.
137. Слабкий Г.О., Батманова І.Ю. Динаміка захворюваності дорослого населення Донецької області, що проживає в сільській місцевості, на хвороби крові// Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2007.- № – С.
138. Батманова І.Ю., Слабкий Г.О. Стан гематологічного здоров'я дорослого населення екологічно несприятливого промислового регіону // Тези доповідей науково-практичної конференції «Актуальні питання клінічної медицини та післядипломної освіти». Ялта, 13 – 14 травня 2004 року. Ялта. – 2004. – С. 27 – 28
139. Батманова І.Ю. Задоволеність міського населення організацією надання спеціалізованої гематологічної амбулаторно-поліклінічної допомоги// Наукові дослідження – теорія та експеримент 2005. Матеріали міжнародної науково-практичної конференції 16-20 травня 2005. – Полтава. – 2005. - С.48-50
140. Батманова І.Ю. Оцінка гематологічними хворими стану стаціонарної спеціалізованої медичної допомоги//Вопросы здравоохранения Донбасса. Сборник научных статей. Донецк. – 2005. - С.37-40
141. de Benoist B et al., eds. Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005. WHO Global Database on Anaemia Geneva, World Health Organization, 2008 [pdf 740kb]
142. Тарасова И. С. Железодефицитная анемия у детей и подростков // Вопросы современной педиатрии, 2011. № 10 (2). С. 40-48.

143. WHO\UNISEF/UNU. Iron Deficiency Anemia: Assessment, Prevention and Control. Copenhagen, 2005. 114 p.
144. Онкогематологія в Україні: проблеми діагностики та лікування. В.Л. Новак, З.В. Масляк, В.Л. Матлан. Онкологія. 2006. №2. Т.8 – С.163-170.
145. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2016 – 2017 роки, МОЗ України. Київ, 2018. – 325 с.
146. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2017–2018 роки, МОЗ України. Київ, 2019. – 192 с.
147. Наказ МОЗ України від 17.07.1996 р. № 214 «Про заходи щодо поліпшення організації та підвищення якості гематологічної допомоги населенню України».
148. Наказ МОЗ України від 30.06.2010 р. № 647 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги хворим зі спеціальності «Гематологія».
149. Медичні кадри та мережа закладів охорони здоров'я системи МОЗ України за 2015–2016 роки; Держ. заклад «Центр медичної статистики МОЗ України». Київ, 2017. 68 с.
150. Жигулева Л.Ю., Абдулкадыров К.М. Организация специализированной медицинской помощи лицам с заболеваниями системы крови в Санкт-Петербурге // Клиническая онкогематология. 2012. 7. (1). 1–9.
151. Муртазин З.Я. Организация центров специализированной медицинской помощи в субъекте Федерации. Уфа: Иммунопрепарат, 2002. 168 с.
152. Информационное письмо Главного управления здравоохранения мэрии г. Новосибирска № 972/1-6 от 16.11.2009 г. «О порядке организации гематологической помощи в городе Новосибирске».
153. Поспелова Т.И., Шпагина Л.А., Нечунаева И.Н., Ковынев И.Б. История развития гематологической службы г. Новосибирска // Бюл. СО РАМН. 2013. 33. (1). 90–98.
154. Харакоз О.С. Научное обоснование организации центров специализированного амбулаторного лечения: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2000.

155. Приказ Управления здравоохранения мэрии г. Новосибирска № 28 от 15.01.2002 «О реорганизации городского гематологического научно-практического центра».
156. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 930н «Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «гематология»».
157. Приказ Управления здравоохранения мэрии г. Новосибирска № 186 от 28.05.1997 «Об укреплении поликлинического звена городской гематологической службы и открытии районных гематологических кабинетов в г. Новосибирске».
158. Сміянов В.А. Характеристика епідеміології хвороб крові та кровотворних органів у дорослого населення Сумської області/ В.А. Сміянов, В.В. Горох // The unity of science. December 2019 — January 2020. – P. 145-148.
159. Горох В.В. Організація високоспеціалізованої гематологічної допомоги на рівні сільськогосподарської області/ В.В. Горох// Україна. Здоров'я нації. 2020. - №2 (59) - С.18-22.
160. Сміянов В.А. До питання надання медичної допомоги хворим на хвороби крові та кровотворних органів на первинному рівні надання медичної допомоги/ В.А. Сміянов, В.В. Горох // Економіка і право охорони здоров'я. 2019. - №2. – С.101-104/
161. Сміянов В.А., Курганська В.О., Сміянова О.І., Дрига Н.О. Громадське здоров'я та поведінкова економіка / Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2019. - № 2 (80). С. 33-39.
162. Сміянов В.А., Дрига Н.О. Перспективи впровадження сучасних інформаційно-комунікаційних систем на рівні первинної медико- санітарної допомоги / Україна. Здоров'я нації. - 2019. - № 1. - С. 159–166.
163. Сміянов В.А. Концептуальні підходи до організаційно-методичних технологій оптимізації медичної допомоги населенню сільськогосподарської області з хворобами крові та кровотворних органів/ В.А. Сміянов, В.В. Горох // Україна. Здоров'я нації. 2019. - №3- С.20-25.

ДОДАТКИ

Додаток А-1

Сумський державний університет

АНКЕТА

дослідження задоволеності пацієнтів з хворобами крові та кровотворних органів
стаціонарною спеціалізованою та високоспеціалізованою гематологічною
допомогою

Шановні пацієнти стаціонарних відділень!

Проводиться вивчення питань задоволеності пацієнтів з хворобами крові та кровотворних органів стаціонарною спеціалізованою та високоспеціалізованою гематологічною допомогою. Просимо Вас відповісти на питання анкети.

Анкета є анонімною тому жодних посилань на Вас, як на автора відповідей, зроблено не буде. Результати дослідження будуть використані в узагальненому виді в наукових цілях.

Участь у дослідженні є добровільною.

Просимо Вас відповісти на наступні питання:

1. Ваш вік: _____ років (впишіть).
2. Ви житель: села, міста (підкресліть).
3. Ваша стать: чоловік, жінка (підкресліть).
4. Ваш соціальний статус: працюю, приватний підприємець, безробітний, інвалід, пенсіонер, держслужбовець, інше (підкресліть).
5. Ваша освіта: середня, неповна вища, середня спеціальна, вища (підкресліть).
6. В якій лікарні Ви знаходитеся на лікування: Центральна районна, міська, обласна (підкресліть).

Просимо Вас відповісти на спеціальні питання

(необхідне треба підкреслити):

1. Оцініть рівень фізичної доступності стаціонарної допомоги:

Доступна
Скоріше доступна ніж недоступна
Скоріше недоступна ніж доступна
Недоступна

2. Оцініть рівень економічної доступності стаціонарної допомоги:

Доступна
Скоріше доступна ніж недоступна
Скоріше недоступна ніж доступна
Недоступна

3. Оцініть якість стаціонарної допомоги у стаціонарі в якому Ви лікуєтесь:

Якісна
Скоріше якісна ніж неякісна
Скоріше неякісна ніж якісна
Не якісна

Сумський державний університет**Анкета**

опитування сімейних лікарів з вивчення рівня спроможності

первинної ланки до надання медичної допомоги хворим на

хвороби крові та кровотворних органів

Шановні сімейні лікарі!

Проводиться вивчення рівня спроможності первинної ланки до надання медичної допомоги хворим на хвороби крові та кровотворних органів. Просимо Вас відповісти на питання анкети.

Анкета є анонімною тому жодних посилань на Вас, як на автора відповідей, зроблено не буде. Результати дослідження будуть використані в узагальненому виді в наукових цілях.

Участь у дослідженні є добровільною.

I. ПРОСИМО ВАС ВІДПОВІСТИ НА НАСТУПНІ ЗАГАЛЬНІ ПИТАННЯ

1. Вік: до 30 років; 30-60 років; більше 60 років.

2. Стать: чол.; жін.,

3. Стаж роботи сімейним лікарем: до 1 року; 2-3 роки; від 3 до 5 років; від 5 до 10 років.

4. Кваліфікаційна категорія: друга; перша; вища; не маю.

5. Ви працюєте в: сільській місцевості, в місті.

II. ПРОСИМО ВАС ОЦІНИТИ РІВЕНЬ ОСОБИСТОЇ ПІДГОТОВКИ З ПИТАНЬ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ З ХВОРОБАМИ КРОВІ ТА КРОВОТВОРНИХ ОРГАНІВ (проти необхідного поставте +)

Компетенції	Достатній	Практично достатній	Недостатній
<i>Рівень теоретичної підготовки</i>			
Основні симптоми при хворобах крові та кровотворних органів			
Рутинні методи дослідження при хворобах крові та кровотворних органів			
Спеціальні методи дослідження при хворобах крові та кровотворних органів			
Основні підходи до лікування при хворобах крові та кровотворних органів			
Критерії оцінки перебігу хвороб крові та кровотворних органів			
Оцінка рівня теоретичної підготовки в цілому			
<i>Рівень практичної підготовки</i>			
Інтерпретація даних лабораторних досліджень при хворобах крові та кровотворних органів			
Інтерпретація даних інструментальних досліджень при хворобах крові та кровотворних органів			
Інтерпретація даних спеціальних досліджень при хворобах крові та кровотворних органів			

Динамічний нагляд за станом хворого при хворобах крові та кровотворних органів			
Розробка програм диспансеризації при хворобах крові та кровотворних органів			
Визначення стану який потребує направлення на консультацію до лікаря-гематолога			
Визначення стану який потребує направлення на госпіталізацію			
Оцінка рівня практичної підготовки в цілому			

ІІІ. ПРОСИМО ВАС ВКАЗАТИ НА ДЖЕРЕЛА ОТРИМАННЯ ЗНАНЬ З ПИТАНЬ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ХВОРОБАХ КРОВІ ТА КРОВОТВОРНИХ ОРГАНІВ (проти необхідного поставте +)

Джерела інформації	Так	Ні	Не визначився
Навчання на до дипломному рівні			
Курси ПАЦ			
Курси тематичного удосконалення			
Спеціальні тренінги			
Наукові конференції			
Спеціальна навчальна література			
Наукова література			
Методична література			
Інші джерела			

IV. ПРОСИМО ВАС ВКАЗАТИ НА БАЖАНІ ДЖЕРЕЛА ОТРИМАННЯ ЗНАНЬ З ПИТАНЬ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ХВОРОБАХ КРОВІ ТА КРОВОТВОРНИХ ОРГАНІВ (проти необхідного поставте +)

Джерела інформації	Позитивна відповідь
Дистанційна форма навчання	
Стажування на робочому місці	
Курси тематичного удосконалення	
Спеціальні тренінги	
Наукові конференції	
Спеціальна навчальна література	
Наукова література	
Методична література	
Інші джерела	

V. ПРОСИМО ВАС ВКАЗАТИ НА МОЖЛИВОСТІ ЗДІЙСНЮВАТИ ДІАГНОСТИЧНІ ТА КОНСУЛЬТАТИВНІ ЗАХОДИ ЩОДО ПАЦІЄНТІВ З ХВОРОБАМИ КРОВІ ТА КРОВОТВОРНИХ ОРГАНІВ (проти необхідного поставте +)

Медичний захід	Вільно	Через лікарів-спеціалістів	Практично не маю
Скерування до лікаря-гематолога			
Призначення загального клінічного дослідження			
Призначення біохімічне дослідження			
Призначення спеціальних методів лабораторного обстеження			
Призначення ультразвукового дослідження			

VI. ПРОСИМО ВАС ВКАЗАТИ НА ЗАХОДИ З ОПТИМІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З ХВОРОБАМИ КРОВІ ТА КРОВОТВОРНИХ ОРГАНІВ:

- розробка для кожної адміністративної території області конкретного маршруту пацієнта з хворобами крові та кровотворних органів з залученням первинної ланки медичної допомоги: *так, ні, не визначився (необхідне підкресліть);*

- введення в складі консультативно-діагностичних центрів госпітальних округів штатних посад лікарів-гематологів: *так, ні, не визначився (необхідне підкресліть);*

- організація для первинної ланки дистанційних (телемедичних консультацій) з питань надання медичної допомоги хворим на хвороби крові та кровотворних органів: *так, ні, не визначився (необхідне підкресліть);*

- забезпечення сімейних лікарів методичною літературою з питань гематології *так, ні, не визначився (необхідне підкресліть);*

Впишіть свої пропозиції: _____

Дякуємо за відповіді.

Бажаємо здоров'я.

Сумський державний університет**АНКЕТА**

дослідження серед населення Сумської області яке страждає на хвороби крові та кровотворних органів з метою їх оцінки якості і доступності ПМСД

Шановні респонденти!

Проводиться вивчення питань задоволеності населення Сумської області яке страждає на хвороби крові та кровотворних органів медичною допомогою та оцінки якості і доступності первинної медичної допомоги. Просимо Вас відповісти на питання анкети.

Анкета є анонімною тому жодних посилань на Вас, як на автора відповідей, зроблено не буде. Результати дослідження будуть використані в узагальненому виді в наукових цілях.

Участь у дослідженні є добровільною.

Просимо Вас відповісти на наступні питання:

1. Ваш вік: _____ років (впишіть).
2. Ви житель: села, міста (підкресліть).
3. Ваша стать: чоловік, жінка (підкресліть).
4. Ваш соціальний статус: працюю, приватний підприємець, безробітний, інвалід, пенсіонер, держслужбовець, інше (підкресліть).
5. Ваша освіта: середня, неповна вища, середня спеціальна, вища (підкресліть).
6. В якій лікарні Ви знаходитесь на лікування: Центральна районна, міська, обласна (підкресліть).

**Просимо Вас відповісти на питання які стосуються диспансерного нагляду
(проти необхідного поставте +):**

Показник	Оцінка
Знаходиться під диспансерним наглядом у лікаря загальної практики - сімейного лікаря	
Знаходиться під диспансерним наглядом у лікаря-спеціаліста поліклініки	
Знаходиться під диспансерним наглядом у ЛЗП-СЛ та лікаря-спеціаліста поліклініки	
Знаходиться під диспансерним наглядом у лікаря-гематолога	
Не знаходиться	

Просимо Вас вказати як часто Ви звертаєтесь за лікарською медичною допомогою до лікаря загальної практики - сімейного лікаря

(проти необхідного поставте +):

Показник	Оцінка
Щорічно	
Не кожного року	
До 5 разів на рік	
Більше 5 разів на рік	

Оцініть рівень доступності та якості первинної медико-санітарної допомоги

(проти необхідного поставте +):

Показник	Оцінка
Територіальна доступність	
Доступна	
Скоріше доступна ніж недоступна	
Скоріше недоступна ніж доступна	
Недоступна	
Економічна доступність	
Доступна	
Скоріше доступна ніж недоступна	

Скоріше недоступна ніж доступна	
Недоступна	
Якість медичної допомоги	
Якісна	
Скоріше якісна ніж неякісна	
Скоріше неякісна ніж якісна	
Не якісна	

Дякуємо за відповіді.

Бажаємо здоров'я.

Сумський державний університет

Анкета

Експертної оцінки оптимізованої функціонально-організаційної моделі медичної допомоги населенню сільськогосподарської області з хворобами крові та кровотворних органів і її складових на сучасному етапі реформування галузі охорони здоров'я

Шановні експерти!

Просимо Вас оцінити оптимізовану функціонально-організаційну модель медичної допомоги населенню сільськогосподарської області з хворобами крові та кровотворних органів і її складових на сучасному етапі реформування галузі охорони здоров'я.

Кожну позицію просимо оцінити за 10 бальною системою. 10 балів – це найвища оцінка. Проти кожної позиції прохання поставити оцінку в балах.

Запропоновані інновації	Оцінка в балах
Оптимізована модель в цілому	
Обласний (регіональний) спеціалізований центр гематологічної допомоги	
Залучення до надання медичної допомоги первинної ланки	

На базі лікарень інтенсивного лікування створення діагностично-консультативних кабінетів з денними стаціонарами	
На базі лікарень інтенсивного лікування створення стаціонарних спеціалізованих гематологічних відділень	
Використання системи електронно-інформаційного забезпечення гематологічної служби	
Модель управління гематологічною службою	
Раціональні маршрути пацієнтів на рівні регіону	
Телемедична консультативно-діагностична допомога	

Дякуємо за проведену експертну оцінку.

Бажаємо здоров'я.

Додаток Б-1

Динаміка показників первинного виходу на інвалідність дорослого населення Сумської області внаслідок хвороб крові та кровотворних органів, 2014-2018 рр. (на 10 тис. населення)

Адміністративна територія	Роки/показники					2018 до 2014, %
	2014	2015	2016	2017	2018	
Сумська область	0,03	0,1	0,1	0,04	0,1	
<i>Райони області</i>						
Білопільський		0,2	0,2		0,2	
Буринський						
Великописарівський						
Глухівський						
Конотопський					0,4	
Краснопільський				0,4		
Кролевецький	0,3	0,3		0,3	0,3	
Лебединський						
Липоводолинський	0,6					
Недригайлівський						
Охтирський		0,9				
Путівльський			0,4			
Роменський			0,4			
Середино-Будський						
Сумський			0,2			
Тростянецький			0,3			
Шосткинський						
Ямпільський						
<i>Міста області</i>						
м. Суми		0,2		0,1	0,2	
м. Глухів			0,4		0,1	
м. Конотоп		0,1	0,1			
м. Лебедин						
м. Охтирка			0,2			
м. Ромни	0,3		0,6			
м. Шостка		0,1			0,2	

Додаток Б-2

**Динаміка показників первинного виходу на інвалідність населення
працездатного віку Сумської області внаслідок хвороб крові та кровотворних
органів, 2014-2018 рр. (на 10 тис. населення)**

Адміністративна територія	Роки/показники					2018 до 2014, %
	2014	2015	2016	2017	2018	
Сумська область	0,05	0,1	0,2	0,1	0,1	
<i>Райони області</i>						
Білопільський		0,3	0,3		0,4	
Буринський						
Великописарівський						
Глухівський						
Конотопський					0,6	
Краснопільський				0,6		
Кролевецький	0,5	0,5		0,5	0,5	
Лебединський						
Липоводолинський	0,9					
Недригайлівський						
Охтирський		1,3				
Путівльський			0,6			
Роменський			0,5			
Середино-Будський						
Сумський			0,3			
Тростянецький			0,5			
Шосткинський						
Ямпільський						
<i>Міста області</i>						
м.Суми		0,2	0,1	0,1	0,2	
м.Глухів			0,5			
м.Конотоп		0,2	0,2			
м.Лебедин						
м.Охтирка			0,3			
м.Ромни	0,4		0,9			
м.Шостка		0,2			0,2	

**Розрахунок потреби кількості гематологічних ліжок
для спеціалізованої медичної допомоги**

Середня кількість пролікованих хворих на рівні спеціалізованої медичної допомоги: $(547+542+545): 3 = 544,7$ госпіталізованих хворих.

Середні терміни лікування в стаціонарі: $(11,87 + 12,87 + 12,09): 3 = 12,29$ днів.

Розрахунок кількості днів стаціонарного лікував: $544,7 \times 12,28 = 6688,9$ днів.

Розрахунок потреби в ліжках: $6688,9: 330 = 20,27 + 5 = 25$ ліжок.



УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
СУМСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ
**Комунальний заклад Сумської обласної ради
«Сумська обласна клінічна лікарня»**

НАКАЗ

17.02.2014

м. Суми

№ 69

**«Про організацію виконання
наказу МОЗ України від
17.12.2013 № 1093**

На виконання наказу Міністерства охорони здоров'я України від 17.12.2013 року №1093, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України від 13.січня 2014 р. за №30/24807 «Про затвердження Інструкції з виготовлення, використання та забезпечення якості компонентів крові» та відповідного наказу УОЗ Сумської ОДА від 27.01.2014 р. № 52-ОД, з метою забезпечення якості та інфекційної безпеки донорської крові та її компонентів, попередження виникнення пов'язаних з їх застосуванням негативних наслідків для здоров'я реципієнтів

НАКАЗУЮ:

1. Завідувачам відділеннями лікарні забезпечити:
 - 1) контроль за правильним проведенням лікарями заходів, які передують переливанню компонентів та препаратів крові (додаток № 1);
 - 2) виконання заходів, які застосовуються під час переливання крові та її компонентів згідно додатку (додається);
 - 3) контроль за виконанням заходів, які проводяться після переливання крові та її компонентів згідно додатку;
 - 4) заборонити переливання компонентів крові з одного пластикатного контейнера (флакона) декільком хворим, особливо дітям.
 2. Заступнику головного лікаря з медичної частини Самоїленко О.Г.:
 - 1) забезпечити організацію проведення занять з лікарями щодо ознайомлення та виконання наказу МОЗ України від 17.12.2013 р. № 1093 до 28.02.2014.
 3. Лікарю-трансфузіологу Рубанцю М.М.:
 - 1) забезпечити виконання наказу МОЗ України від 17.12.2013 р. № 1093 шляхом проведення експертних оцінок медичних карт стаціонарного хворого;
 - 2) проводити контроль за якістю та своєчасністю отримання, транспортування та зберігання компонентів і препаратів крові.
- Контроль за виконанням даного наказу залишаю за собою.

Головний лікар

В.В.Горох

Самоїленко
Рубанець



УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
СУМСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ
Комунальний заклад Сумської обласної ради
«Сумська обласна клінічна лікарня»

НАКАЗ

16.05.2014

№ 130-ОД

**Про впорядкування консульта-
тивного прийому завідуючими
відділеннями КЗ «СОКЛ»**

Для забезпечення доступності і консультативної допомоги завідуючими відділеннями СОКЛ, які являються і обласними позаштатними спеціалістами, та своєчасного вирішення ними питань дообстеження консультованих хворих госпіталізації у профільні відділення СОКЛ чи відповідні НДІ, та вирішення експертних питань

НАКАЗУЮ:

1. Затвердити графік консультативних прийомів завідуючих відділеннями СОКЛ (додається).

2. Обласним фахівцям (зав. відділеннями):

1) записи про результати консультативних оглядів та результати лабораторних і інструментальних обстежень, які підтверджують виставлені діагнози, в обов'язковому порядку вносити в амбулаторні карти пацієнтів із дотриманням всіх вимог ведення карти (Ф 025/о);

2) забезпечити облік консультованих хворих в журналі консультативного прийому завідувача відділення по формі, затвердженій наказом СОКЛ від 30.11.09 № 224 та оформлення консультативних висновків ф. 028/о, затвердженої наказом МОЗ України від 14.02.2012 № 110;

3) підготувати і надати в ОМВ СОКЛ матеріали з викладом показів для консультування лікарями поліклініки СОКЛ, обласними спеціалістами, госпіталізації у відділення СОКЛ та рівня обстеження в ЛПЗ за місцем проживання, необхідного для консультування та госпіталізації в СОКЛ з врахуванням вимог клінічних протоколів.

Термін – до 01.06.2014

3. Заступнику головного лікаря КЗ «СОКЛ» з оргметодроботи Сенько Т.В. надані завідуючими відділеннями матеріали узагальнити, оформити як методичну настанову СОКЛ і направити в усі ЛПЗ області II-III рівня акредитації.

Термін – до 15.06.2014

4. Заступнику головного лікаря КЗ «СОКЛ» з амбулаторно-поліклінічної роботи Азаровій О.П. забезпечити:

1) постійний контроль за дотриманням графіків консультативного прийому завідуючими відділеннями та ведення ними медичної документації на консультативному прийомі;

2) проведення експертних оцінок оформлення медичної документації та якості ведення консультативного прийому завідуючими відділеннями з наданням матеріалів експертиз головному лікарю для розгляду на оперативних нарадах при головному лікарі.

5. Контроль за виконанням наказу залишаю за собою.

Головний лікар



В.В.Горох

Азарова



УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
СУМСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ
Комунальний заклад Сумської обласної ради
«Сумська обласна клінічна лікарня»

НАКАЗ

09.06.2015

№133-ОД

**Про удосконалення
ведення первинної медичної
обліково-звітної документації**

Організаційно-методичним відділом щомісячно проводяться перевірки ведення медичної документації, у тому числі звірка операційних журналів з даними медичних карт стаціонарних хворих у частині контролю за відповідністю і достовірністю обліку оперативних втручань (планових, ургентних). Мають місце випадки, коли опис оперативних втручань заповнюється несвоєчасно, відсутні підписи лікарів, які проводили операцію та дані про діагноз після операції.

У результаті перевірки карт хворих, вибувших із стаціонару (1486) виявлені наступні недоліки:

– порушення вимог наказу від 26.10.1998 № 620 «Про перехід закладів охорони здоров'я на МКХ-10» в частині кодування діагнозів в статистичних талонах:

а) не вірно вказаний код основного захворювання в 8,5% карт (у хірургічному, ортопедичному, отоларингологічному, нейрохірургічному відділеннях);

б) не вірно вказаний 4-й знак основного захворювання в 14,0% карт (у нейрохірургічному, хірургічному, пульмонологічному, урологічному, стоматологічному та неврологічному);

– при плановій госпіталізації у 12,2% випадках підкреслюється госпіталізація після 24 годин, що повинно відмічатися в разі екстреної госпіталізації (у ортопедичному, офтальмологічному, урологічному, нейрохірургічному, отоларингологічному). В той же час у 3,0% статистичних карт не заповнювалось час госпіталізації з моменту захворювання при екстреній госпіталізації (у неврологічному, офтальмологічному та пульмонологічному);

– не вказано вид операції (планова, ургентна) в 18,2% карт (у стоматологічному, урологічному, судинному, нейрохірургічному, отоларингологічному, ортопедичному);

– не вказаний код операції у 3,2% карт (у судинному, стоматологічному, нейрохірургічному).

При перевірці клініко-діагностичної лабораторії грубих порушень у веденні медичної документації не виявлено. Листи щоденного обліку роботи лікарів-лаборантів, лаборантів (ф. № 261/о) ведуться охайно. Виявлені окремі

арифметичні помилки у щоденниках, які суттєво на підсумки роботи не вплинули.

Простежується неналежний рівень виконання наказу МОЗ України від 08.08.2006 № 545 «Про впорядкування ведення медичної документації, яка засвідчує випадки народження та смерті» у структурних підрозділах закладу. Впродовж 1 кварталу 2015 року видано лікарями закладу 9 лікарських свідоцтв про смерть, в яких виявлений ряд недоліків при оформленні документації на померлих.

З метою удосконалення ведення первинної медичної обліково-звітної документації у закладі

НАКАЗУЮ:

1. Призначити відповідальними за правильність оформлення обігу, видачі та зберігання медичної документації в структурних підрозділах закладу – завідувачів, загальнолікарняної медичної документації – заступників головного лікаря за розподілом обов'язків.

2. Відповідальною за кодування діагнозів по МКХ-10 перегляду призначити завідувачку кабінетом медичної статистики Федотову Р.М.

3. Заступнику головного лікаря з медичної частини Самойленко О.Г. зобов'язати завідуючих відділеннями проводити щомісячні експертні оцінки якості оформлення медичної документації перед здачею в організаційно-методичний відділ.

Термін – щомісячно

4. Заступнику головного лікаря з організаційно-методичної роботи Сенько Т.В.:

1) Перед поданням звітів до обласного інформаційно-аналітичного центру медичної статистики опрацювати інструкції щодо формування державних та галузевих звітних форм.

Термін – щоквартально

2) Забезпечити проведення додаткових занять з медичним персоналом щодо оформлення облікових форм; повторного опрацювання лікарями наказу МОЗ України від 08.08.2006 № 545 «Про впорядкування ведення медичної документації, яка засвідчує випадки народження та смерті» та використаних МКХ – 10 для кодування діагнозів згідно з інструкцією (додаток № 1).

Термін – 25.01. щороку

3) Проводити статистичні ревізії в кожному відділенні (кабінеті). Результати перевірок заслухати на оперативних нарадах при головному лікарю.

Термін – згідно плану

5. Заступникам головного лікаря, завідувачам відділень:

1) Забезпечити оформлення, обіг, видачу і зберігання медичної документації відповідно до затверджених МОЗ України форм (додаток № 2).

Термін – з дня виконання наказу

2) Попередити підлеглих про відповідальність (в т.ч. дисциплінарну та матеріальну) за невиконання вимог чинного законодавства в частині неналежного оформлення медичної документації.

Термін – постійно

3) Враховувати результати експертних оцінок правильності і достовірності ведення первинної обліково-звітної документації при подальших заохоченнях працівників закладу.

Термін – протягом року

4) При виїздах в райони звертати увагу на якість написання діагнозів, кодування їх згідно з Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду та на достовірність даних спеціалізованих служб.

5) Довести до відома медичних працівників закладу, що персональні дані, які містяться у формах первинної облікової документації, затверджених наказом МОЗ України від 14.02.2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», обробляються відповідно до вимог Закону України «Про захист персональних даних».

6. Категорично заборонити виносити будь-яку медичну документацію за межі закладу без санкції керівництва.

7. Контроль за виконанням даного рішення покласти на заступників головного лікаря відповідно до розподілу обов'язків.

Головний лікар



В.В.Горох



СУМСЬКА ОБЛАСНА РАДА
УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
СУМСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ
КОМУНАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«СУМСЬКА ОБЛАСНА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ»

НАКАЗ

16.03.2016

Суми

№ *85-02*

Аналіз стану і якості ведення первинної медичної документації за результатами статистичних ревізій та згідно вимог наказів МОЗ України від 08.08.06 № 545, від 14.02.12 № 110, від 29.05.13 № 435

За звітний період організаційно-методичним відділом проведені статистичні ревізії у ряді відділень особливо заповнення медичних карт хворих, які вибули із стаціонару (ф. 066/о) в частині повноти, якості та достовірності записів на виписаних хворих за лютий місяць (1251 карт). Грубих порушень у веденні облікової форми не виявлено. Основні недоліки:

- при кодуванні захворювань згідно МКХ-10 не уточнений 4-й знак в 11,4% випадках;
- не чітко заповнюється п. 11 «госпіталізація екстрена, планова», відмічені помилки у 2,9% експортованих карт.

Дані внесені у ф. 066/о повністю співпадають з даними медичних карт стаціонарного хворого (ф. 003/о) щодо достовірності обліку хірургічної роботи стаціонару.

Крім того, проведена перевірка достовірності обліку консультативного прийому обласних спеціалістів (нейрохірург, ревматолог, проктолог та судинний хірург). Для обліку усіх хворих, які звернулися на прийом до обласного спеціаліста, крім записів в медичних картах амбулаторного хворого (ф. 025/о), ведуться журнали реєстрації амбулаторного хворого (ф. 074/о). Дані записів журналів по дням звернень співпадають відомостями обліку відвідувань в поліклініці (ф. 039/о). Несуттєві помилки виявлені лише у нейрохірурга.

На підставі вищевикладеного

НАКАЗУЮ:

1. Відповідальним за правильність ведення та достовірність первинної медико-облікової документації та документації, яка засвідчує випадки смерті: заступників головного лікаря Самойленко О.Г., Сенько Т.В., Азарову О.П.

здійснювати постійний контроль за станом та якістю ведення медичної документації.

2. Завідуючій кабінетом статистики ОМВ Федотовій Р.М.:

1) проводити заняття з середніми медичними сестрами з питань правильності і достовірності оформлення первинної обліково-звітної документації.

Термін - 1 раз в півріччя

2) зобов'язати медичних статистиків здійснювати статистичні ревізії.

Термін - 1 раз в місяць

3) визначити потребу в бланках медичної документації на 2017 рік.

Термін - до 01.05.2016

3. Завідуючим відділеннями:

1) забезпечити оформлення, обіг, видачу і зберігання медичної документації відповідно до вимог чинного законодавства та згідно з Інструкцією.

2) попередити підлеглих про відповідальність (в т.ч. дисциплінарну та матеріальну) за невиконання або неналежне виконання положень Інструкції.

3) зобов'язати лікарів здавати всі історії хвороб, виписаних із стаціонару в архів.

Термін - до 20 числа кожного місяця

4) здійснювати перевірку правильності оформлення лікарських свідоцтв про смерть та кодування діагнозів.

Термін - постійно

4. Лікарям, кураторам районів при виїздах звертати увагу на якість написання діагнозів, кодування їх згідно Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду та на достовірність даних спеціалізованих служб.

5. Контроль за виконанням даного наказу покласти на заступників головного лікаря за розподілом обов'язків.

Головний лікар КЗ «СОКЛ»



В.В.Горох