

УДК 614.2:616–082:616–08.039.75

О. П. Корнійчук

Методичні підходи до визначення сили впливу інфраструктури системи охорони здоров'я метрополій на доступність надання паліативної і хоспісної медичної допомоги

Інститут демографії та соціальних досліджень імені М. В. Птухи НАН України, м. Київ

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE. 2023. 1 (8): 37-40; DOI 10.15574/IJRPM.2023.8.37

Розкрито сутність сфери охорони здоров'я метрополій та обґрунтовано методичні підходи до визначення сили впливу її інфраструктури на доступність надання паліативної і хоспісної медичної допомоги.

Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: метрополія, сфера охорони здоров'я, вплив, паліативна і хоспісна медична допомога.

Methodical approaches to determining the influence of the infrastructure of the metropolitan healthcare system on the availability of palliative and hospice medical care

O. P. Korniychuk

Ptoukha Institute for Demography and Social Studies of the NAS of Ukraine, Kyiv

The essence of the sphere of health care of metropolises is revealed and methodical approaches to determining the influence of its infrastructure on the availability of palliative and hospice medical care are substantiated.

No conflict of interests was declared by the author.

Keywords: metropolis, health care sphere, impact, palliative and hospice medical care.

В умовах адміністративно-територіальної реформи (АТР) та реформи органів місцевого самоврядування (ОМС) повноваження щодо надання первинної медичної допомоги (ПМД) передані на рівень громад; вторинної медичної допомоги (ВМД) — округів; третинної медичної допомоги (ТМД) — областей. Це саме стосується надання паліативної і хоспісної медичної допомоги (ПіХМД).

Завдяки прийнятим законодавчим змінам у передових країнах Євросоюзу (насамперед у Франції) пройшов етап практичного розгортання моделі розвитку держави на основі формування організаційно-економічних механізмів конкурентоспроможних метрополій. В їх основу покладено такі критерії: 400 тис. населення міста, 650 тис. населення агломерації із 400 тис. робочих місць. Цьому передував десятирічний період науково-експертного обговорення та інформаційної роботи з населенням.

Україна потребує наукового обґрунтування сучасних організаційно-фінансових моделей створення сучасних метрополій (за критерієм Франції — 10–13) із високим конкурентним потенціалом на національ-

ному і регіональному рівнях. Насамперед це стосується науково-аналітичних наробок створення конкурентоспроможної моделі системи охорони здоров'я метрополійного простору, яка б дала змогу забезпечити якісну індивідуалізацію медичних послуг ПМД, спеціалізацію ВМД і концентрацію ТМД. Нині цей статус метрополій мають міста Київ, Харків, Дніпро, Львів, Донецьк (до 2013 р.), Одеса.

Метрополія, як синонім мегалополіса, утворюється внаслідок територіального злиття великих міст або міста з оточуючими населеними пунктами [1,5]. Своєю чергою, метрополійний ареал, або територія метрополіса — це велике місто, яке надає реальні економічні і соціальні послуги, що передаються на три зони впливу. До першої, за експертними оцінками, входить територія з радіусом 5–15 км; до другої — 35–50 км; до третьої — до 200–300 км [2–4].

Сфера охорони здоров'я метрополій — це система надання медичної допомоги в зонах тяжіння метрополісів, яка після проведення АТР і ОМС унеможливить домінування ТМД метрополісу на основі регулювання платежів Національною службою здоров'я

Організаційні аспекти розвитку системи паліативної і хоспісної допомоги

України (НСЗУ) і забезпечення автономності кожного з видів надання медичної допомоги. Нині вона базується на помітному впливі ТМД на інші види медичної допомоги. У перспективі впровадження принципу субсидиарності збалансує розвиток кожного з видів надання медичної допомоги.

Згідно із законодавчо-нормативним обґрунтуванням реформ із децентралізації, громада міста є відповідальною за організацію надання ПМД. Це входить до зони тяжіння №1 метрополісу. У рамках реформи органів місцевого самоврядування та адміністративно-територіального устрою передбачається створення госпітальних округів у зоні тяжіння №2 у радіусі до 60 км, які мають надавати послуги, насамперед ВМД. У зоні тяжіння №3, яка має охоплювати населення не менше ніж 1 млн осіб, містом-метрополісом мають надаватися послуги ТМД (рис.).

Закладами охорони здоров'я метрополісів надається профілактична медична допомога (ПрМД), ПМД, ВМД, невідкладна медична допомога (НМД), екстрена медична допомога (ЕМД), ТМД, ПіХМД та реабілітаційна медична допомога (РМД). Це стосується як населення самого метрополісу, так і мешканців його території, які перебувають на вказаному радіусі впливу.

У зоні тяжіння №2, яка поширюється до 50 км від краю забудови метрополіса, муніципальними та іншими закладами охорони здоров'я надаються за кошти громади ПМД, НМД, частково ВМД, а також ПіХМД і РМД (через можливості ПМД). Надання послуг ТМД, ЕМД, ПіХМД та РМД з позицій ТМД здійснюється закладами міста-метрополіса.

У зоні тяжіння №3, яка охоплює до 200–300 км

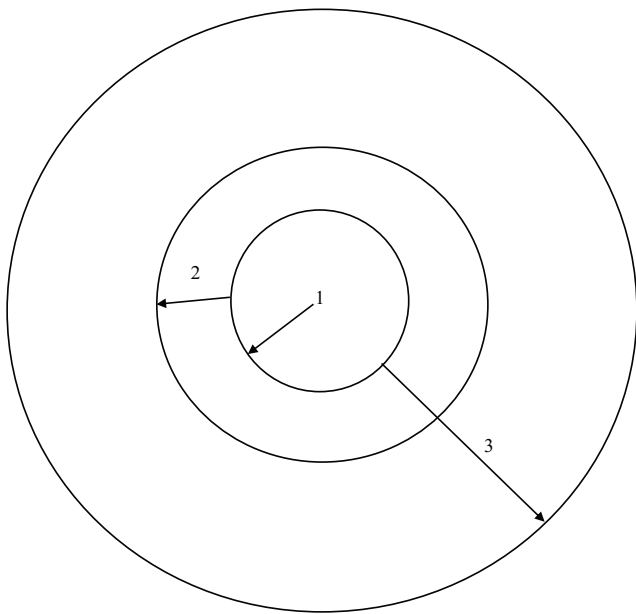


Рис. Метрополітний вплив інфраструктури сфери охорони здоров'я на зони віддаленості

від краю забудови метрополіса, муніципальними та іншими закладами охорони здоров'я за кошти громад надаються ПМД, НМД, ВМД, частково ПіХМД і РМД через можливості відповідно ПМД і ВМД. Надання послуг ТМД, частково ПіХМД та РМД, з позицій ТМД здійснюється закладами ТМД міста-метрополіса. Що стосується механізмів міжобласних розрахунків, то він буде запроваджений на третьому етапі реформування регіонального рівня.

Так, найпотужніший вплив усіх видів системи охорони здоров'я на населення вірогідно має місце в першій зоні (до 15 км). У другій зоні (35–50 км) це стосується метрополісного тиску на інфраструктуру системи охорони здоров'я міст-супутників та інших населених пунктів при наданні ВМД, ЕМД, що визначається «золотою годиною» доправлення пацієнта до закладу.

У третій зоні метрополітного впливу (до 300 км) тією чи іншою мірою вплив на населення має надання ТМД і частково РМД з боку інфраструктури метрополісу. Якщо для економічного простору визначальними є транспортні витрати та доходи домогосподарств, то для соціального простору – е-Health та телемедицина, відстань та якість доріг, які визначатимуть наближення надання необхідної медичної допомоги до «золотої години».

Сила метрополітного тяжіння прямо пропорційна показнику захворюваності і обернено пропорційна показнику доступності системи охорони здоров'я, у тому числі ПіХМД, і визначається за формулою:

$$C = \frac{P_3}{K_d},$$

де С – сила метрополітного впливу системи охорони здоров'я у відповідній зоні тяжіння;

Пз – показник захворюваності, який визначається шляхом поділу поширеності захворюваності на середньорічну чисельність населення у відповідній зоні тяжіння;

Кд – коефіцієнт доступності системи охорони здоров'я, який визначається за відповідною формулою.

Для третьої зони тяжіння, яка найбільш чутлива до надання високоспеціалізованої меддопомоги, у тому числі ПіХМД:

$$C_{III} = \frac{P_{zIII}}{K_{dIII}},$$

де СІІІ – сила метрополітного впливу на інфраструктуру охорони здоров'я в третій зоні тяжіння (насамперед на заклади спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги);

Пзш – показник захворюваності, який визначається шляхом поділу поширеності захворюваності як базового для третьої зони тяжіння, госпітального рівня та закладів третинної медичної допомоги на території області; такий же підхід застосовується

Організаційні аспекти розвитку системи паліативної і хоспісної допомоги

для оцінки показника захворюваності в сусідніх областях, які потрапляють у зону впливу інфраструктури третинної медичної допомоги метрополіса;

Кдш – коефіцієнт доступності системи охорони здоров'я в третій зоні тяжіння визначається:

$\text{ПдІІІ} = \text{ПдІІІ (тмд)} + \text{ПдІІІ (тсмд)} + \text{ПдІІІ (ЕМД)} + \text{ПдІІІ (піхд)} + \text{ПдІІІ (рмд)}$,

де ТСМД – третинна стоматологічна допомога.

Коефіцієнт доступності паліативної і хоспісної медичної допомоги нормативний:

$$A_{phn} = \frac{\bar{M} + \bar{C}_p + \bar{C}_c + \bar{P}_s + \bar{F}_a}{\bar{L}_p \bar{L}_s}$$

де A_{phn} – коефіцієнт доступності паліативної та хоспісної медичної допомоги нормативний;

$\bar{M} = \bar{H}_s + \bar{M}_e$ – відносний показник доступ-

ності спеціалізованої медичної допомоги – відношення реальної частки медичної доступності до нормативної (нормативне значення = 1);

$\bar{H}_s = \frac{H_{s\text{ real}}}{H_{s\text{ normal}}}$ – відносна частка високо-

кваліфікованих спеціалістів до їх нормативної потреби (нормативне значення = 1);

$\bar{M}_e = \frac{M_{e\text{ real}}}{M_{e\text{ normal}}}$ – відносний показник

укомплектованості новітнім медичним обладнанням сучасного закладу до нормативного показника (нормативне значення = 1);

$\bar{C}_p = \frac{C_{p\text{ real}}}{C_{p\text{ max}}}$ – відносна частка населення,

якому надається протягом року допомога до нормативного значення на рівні громади (району, області, держави), (нормативне значення = 1 – за експертними оцінками це становить близько 0,0008 від загальної чисельності населення). Кількість осіб, які потребують цієї послуги (із загальної кількості осіб, які помирають протягом року, за експертними оцінками, паліативної допомоги потребують не менше 60%, а паліативного догляду – абсолютна більшість із них. Якщо враховувати сучасні стандарти надання паліативної допомоги, яка включає допомогу членам сімей протягом року після смерті пацієнта, то загальна чисельність осіб, які мають бути охоплені паліативною і хоспісною допомогою, зростає в 1,5 раза).

$\bar{C}_c = \frac{C_{c\text{ real}}}{C_{c\text{ max}}}$ – відносна частка населення,

яка охоплена паліативним і хоспісним доглядом

на рівні громади (району, області, держави), (нормативне значення = 1);

$\bar{P}_s = \frac{P_{s\text{ real}}}{P_{s\text{ normal}}}$ – відносна частка населення,

якому надається протягом року допомога приватними закладами від загальної частки осіб, які цього потребують, (нормативне значення = 1);

$\bar{F}_a = \frac{F_{a\text{ real}}}{F_{a\text{ normal}}}$ – відносна частка населення,

якому НСЗУ (бюджетом) оплачується медикаменти та послуги до їх максимальної частки на рівні громади (району, області, держави), (нормативне значення = 1);

\bar{L}_p – відносна відстань до закладу охорони здоров'я.

$\bar{L} = \frac{L_{\text{real}}}{L_{\text{normal}}}$ – відношення реальної відстані

до нормативної (нормативне значення = 1), (для ПМД – 5 км).

\bar{L}_s – відносна відстань до закладу охорони здоров'я.

$\bar{L} = \frac{L_{\text{real}}}{L_{\text{normal}}}$ – відношення реальної відстані

до нормативної (нормативне значення = 1), (для СМД – 100 км).

Відповідно:

$$A_{phn} = \frac{1 + 1 + 1 + 1 + 1}{1} = 5$$

Коефіцієнт доступності ПіХМД реальний (A_{phr}) визначається:

$$A_{phr} = \frac{0,1 + 0,1 + 0,1 + 0,01 + 0,01}{2(2)} = 0,16$$

Вірогідно сила просторового впливу метрополійного центру у сфері охорони здоров'я, у тому числі при наданні ПіХМД, прямо пропорційна якості й доступності послуг ТМД та часткою їх оплати з боку НСЗУ та обернено залежить від відстані до закладу в зонах тяжіння. Найвищою вона вірогідно буде в першій зоні тяжіння (до 5 км) і найнижчою, у міру віддаленості, – у третій зоні (до 300 км). Отже, третя зона метрополійного тяжіння потребує найбільшої уваги з боку системи охорони здоров'я метрополії.

Висновки

Україна потребує комплексного застосування сучасних методологічних підходів для обґрунтування створення інституціональних передумов сучасних

Організаційні аспекти розвитку системи паліативної і хоспісної допомоги

конкурентоспроможних метрополісів, здатних збалансовано надавати якісну і доступну медичну допомогу насамперед високоспеціалізовану і 1–3 зонах тяжіння. Координація метрополісом інфраструктури сфери охорони здоров'я метрополії суттєво посилює потенціал надання якісної і доступної, у тому числі паліативної і хоспісної медичної допомоги. Це потребує прийняття відповідних законодавчих й урядових рішень.

У перспективі актуальним є дослідження закордонного досвіду розвитку метрополійного простору системи охорони здоров'я метрополій та організації її інфраструктури з метою надання якісної та доступної паліативної і хоспісної медичної допомоги. Це стосується таких країн, як Франція, Польща, Канада тощо.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

References/Література

1. Bystriakov I.K. (2011). *Prostir rozvytku naibilshoho mista: filosofskyi dyskurs. Materialy IV Mizhnarodnykh filosofsko-ekonomichnykh chytan (18–20 travnia 2011 r., m. Lviv). Lviv: 335–341.* [Бистряков І.К. (2011). Простір розвитку найбільшого міста: філософський дискурс. Матеріали IV Міжнародних філософсько-економічних читань (18–20 травня 2011 р., м. Львів). Львів: 335–341].
2. Pitiurenko Yu.I. (1972). *Rozvytok mist i miske rozselennia v Ukrainskii RSR. Kyiv: Naukova dumka: 186.* [Пітюренко Ю.І. (1972). Розвиток міст і міське розселення в Українській РСР. Київ: Наукова думка: 186].
3. Pitiurenko Yu.I. (1977). *Terytorialni systemy miskykh poselen Ukrainskoi RSR (metodolohiia i metodyka doslidzhennia, analiz suchasnoho stanovyscha, zakonodirnosti i perspektyvy rozvytku). Kyiv: Naukova dumka: 205.* [Пітюренко Ю.І. (1977). Територіальні системи міських поселень Української РСР (методологія і методика дослідження, аналіз сучасного становища, закономірності і перспективи розвитку). Київ: Наукова думка: 205].
4. Pitiurenko Yu.I. (1983). *Systemy rozselennia i terytorialna orhanizatsiia narodnoho hospodarstva. Kyiv: Naukova dumka: 140.* [Пітюренко Ю.І. (1983). Системи розселення і територіальна організація народного господарства. Київ: Наукова думка: 140].
5. Savchuk I.G. (2014). *Mezhdunarodnyie funktsii veduschih gorodov Ukrainyi (na primere Dnepropetrovska). Munitsipalitet: ekonomika i upravlenie: 3.* [Савчук І.Г. (2014). Международные функции ведущих городов Украины (на примере Днепропетровска). Муниципалитет: экономика и управление: 3].

Відомості про автора:

Корнійчук Олександр Петрович — к.еко.н., ст.н.с. відділу демографічного моделювання та прогнозування Інституту демографії та соціальних досліджень імені М. В. Птухи НАН України. ids-ukraine@ukr.net.

Стаття надійшла до редакції 19.09.2021 р., прийнята до друку 07.12.2021 р.