

РЕСУРСИ ТА ОСНОВНІ ПОКАЗНИКИ ДІЯЛЬНОСТІ УРОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ В УКРАЇНІ ЗА 50 РОКІВ

С.О. Возіанов, Н.О. Сайдакова, Л.М. Старцева

ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ

Вступ. З часу заснування ДУ «Інститут урології НАМН України» (1965) минуло 50 років, з яких 21 — перебуває у підпорядкуванні Академії медичних наук України. Півстоліття, які об'єднують різні події загальнодержавного значення, суспільні перетворення були шляхом становлення, розвитку урологічної допомоги населенню України. Інститут був і залишається єдиною в країні установою, яка поєднує в собі науково-дослідну, лікувальну, організаційно-методичну діяльність. Як головний за проблемою, він очолив розвиток урологічної науки, сприяв формуванню практичної урологічної служби в охороні здоров'я, підготовки кадрів урологів. Дана робота присвячена практично двом останнім напрямкам. В ній подано фактичний матеріал, що стосується ресурсного забезпечення служби та окремих якісних показників її діяльності в цілому по Україні. Кожен період життя має свої особливості та проблеми, які впродовж згаданих років підтвердили їх різноманітність. З метою дотримання хронологічної послідовності та виявлення характерних ознак змін, намагалися, за наявності відповідної інформації, конкретні дані подати за п'ятьма 10-річними періодами (1965–1974 рр.; 1975–1984 рр.; 1985–1994 рр.; 1995–2004 рр. та 2005–2014 рр.). Враховувався також факт набуття Державою незалежності (1991), який потребував виділення 30 років та 20 років відповідно до — та за її існування. У роботі аналізуються матеріали офіційної статистики, що розширені відомостями і оперативною інформацією від головних позаштатних спеціалістів адміністративних територій. Надзвичайно великий масив первинної документації, на жаль, не можна в одній роботі висвітлити багатоаспектні нюанси, які притаманні окремим адміністративним територіям країни і які, безумовно, мають свої особливості по наданню профільної допомоги, і змусив обмежитись в рамках даної публікації оцінкою стану системи в цілому по Україні.

Результати вивчення рівня забезпечення дорослого населення України урологічною до-

помогою свідчать про його соціально-економічну залежність і чітко простежується причинно-наслідковий зв'язок між соціальними перетвореннями, змінами суспільних відносин та матеріально-технічним станом служби. На рік створення Інституту (1965) урологічна служба включала 4224 ліжка для дорослих, 175 — для дітей, 328 — онкологічних, 1058 — уротуберкульозних (в тубдиспансерах та санаторіях). Цікавими в історичному аспекті є попередні дані за 1946 та 1956 роки, коли в країні функціонувало 358 та 429 ліжок відповідно. Для кожного із перших трьох періодів спостереження (1965–1974; 1975–1984 та 1985–1994) характерно зростання кількості ліжок, тобто спостерігався екстенсивний шлях розвитку стаціонарної допомоги, тоді як для двох наступних (1995–2004, 2005–2014 рр.) — притаманне скорочення ліжкового фонду (рис. 1).

Як видно, інтенсивність як першого, так і другого процесу була різною. За перше десятиріччя, що цілком логічно, приріст ліжок для дорослих був найбільшим і склав 55,2%; у результаті у 1997 р. їх стало 6558. Адже цей період відбиває безпосередньо підвищену потребу в урологічній допомозі, яка на той час не була спроможна забезпечити населення за своєю доступністю та недостатньою кваліфікацією кадрів. Для нього характерним стали масштабні наукові дослідження співробітників Інституту по встановленню потреби та забезпечення доступності урологічної допомоги населенню України. Вони були спрямовані на вивчення структури, рівнів захворюваності та поширеності серед різних верств населення хвороб сечовивідної системи та чоловічих статевих органів. Важливими для розвитку стаціонарної урологічної допомоги були роботи щодо визначення складу госпіталізованих із профільною патологією, виявлення структури оперативних втручань, доцільності їх і обґрунтованості у залежності від типу лікувально-профілактичних закладів.

Об'єктивно оцінена ситуація знайшла своє відображення в директивних документах. Тому

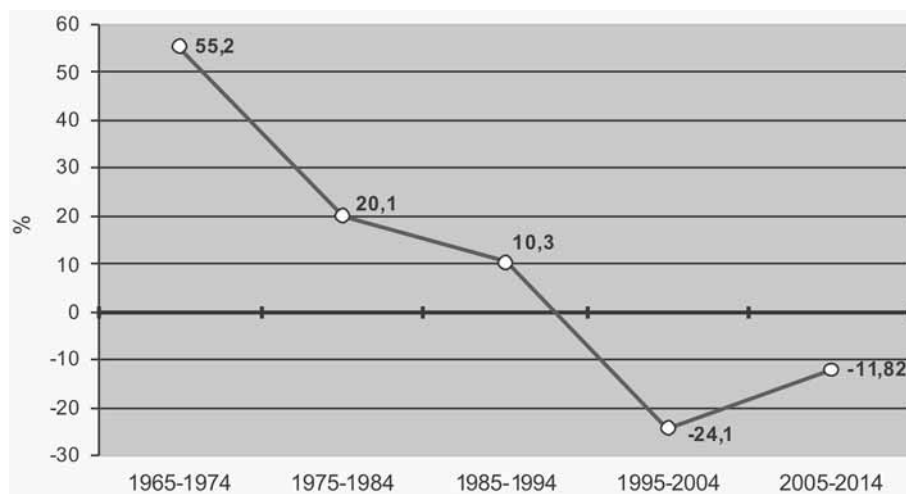


Рис. 1. Темпи зростання (зменшення) урологічних ліжок для дорослого населення України

укріпленню мережі значно сприяло видання наказу МОЗ СРСР «О мерах по дальнейшему развитию и совершенствованию урологической помощи населению страны» (1971 г., № 50). У наступні два десятиріччя збільшення кількості спеціалізованих ліжок в країні поступово було удвічі повільнішим до кожного попереднього, а саме на 20,1% та 10,3% відповідно. Як наслідок у 1984 р. фонд становив 8204, а у 1994 р. — 9253 ліжка для дорослого населення. Варто відмітити: їх кількість на момент прийняття незалежності України — 9593 ліжка. Зазначимо, що перші роки самостійності країни були роками соціально-економічних змін, а з ними переоцінка стратегії розвитку, подальший процес якого орієнтувався на інтенсивність діяльності з максимальним використанням наявних ресурсів. Саме 1991–1992 роки були останніми за тенденцією до зростання ліжкового фонду. На кінець третього десятиріччя (1994) він вже скоротився на 1,2%, а протя-

гом четвертого та п'ятого — на 24,1% та 18,2% відповідно. Кінець п'ятого десятиріччя співпав із складним політичним становищем, що не могло не відбитися на матеріально-технічній базі, кадровому потенціалі, у тому числі урологічної служби, на що будемо звертати увагу за текстом. У 2014 р. в Україні функціонувало 4906 ліжок, до них не увійшли, з відомих причин, ті, що були розташовані в АР Крим та м. Севастополі. Тому наведемо дані 2013 р., коли кількість їх становила 6000. За винятком двох згаданих територій тільки за останній 2014 рік у країні на 777 урологічних ліжок стало менше, 760 з них припадало на Донецьку та Луганську області — на 64,0% (з 640 до 230) та 82,4% (з 425 до 75) відповідно, і лише решта 17 — на чотири із 23 територій, що залишились. Подібний характер змін виявлений також за аналізом рівня забезпеченості дорослого населення ліжками з розрахунком на 10 тис. дорослого населення (рис. 2).

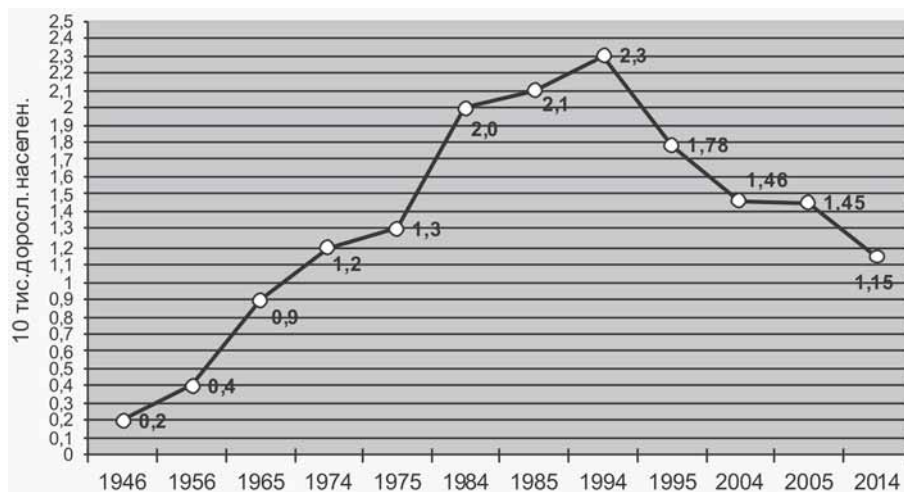


Рис. 2. Динаміка забезпечення урологічними ліжками дорослого населення України (на 10 тис. дорослого населення)

Далі для зручності наводяться лише значення показника. На 1965 рік величина його становила 0,9, для порівняння у 1946 р. — 0,2, 1956 р. — 0,4 (в даному випадку на 10 тис. усього населення). Із 1965 до 1974 р. рівень забезпеченості зріс на 33,3%, із 1975—1984 р. — на 53,8% і з 1985—1994 р. — на 9,5%. Починаючи з 1995 р., значення його зменшується на 18,0% до 1,46 у 2004 р., а за останні 10 років — на 20,7% до 1,15 у 2014 р. Величина показника за останній рік нестабільної ситуації суттєво змінилася переважно за рахунок Донецької та Луганської областей. Так, у 2013 р. вони належали до найбільш забезпечених урологічними ліжками (1,47 та 1,42 відповідно при 1,33 в середньому по Україні), тоді як у 2014 — навпаки, до найменш забезпечених (0,54 та 0,34 відповідно). Аналізуючи загальну картину забезпеченості населення України стаціонарною урологічною допомогою слід вказати на її більшу доступність з роками. При тому, що за такий тривалий період вивчення спостерігалась мозаїчна зміна показників, відсоток територій, в яких він був нижчим за середній по країні, суттєво зменшувався, а саме з 52,4% до 30%. Разом з тим, є області, що традиційно мають низьку забезпеченість: Миколаївська, Одеська, Тернопільська, Херсонська, Чернівецька та столиця.

Структурно організація стаціонарної допомоги стала досконалішою. Якщо до 1984 р. тільки у 7—8 областях ліжка були зосереджені в спеціалізованих відділеннях, а в деяких лише до 6% при решті в хірургічних, то зараз така ситуація залишається лише в 1,0% ЦРЛ. Тобто практично весь фонд сконцентровано в урологічних стаціонарах. Протягом усіх років вивчення спостерігається традиційний розподіл ліжкового фонду за типами лікувально-профілактичних закладів: приблизно п'ята частина припадає на обласні, четверта — на

центральні районні та до 55% — на міські лікарні. Тільки у 2014 р. акцент дещо змінився у бік зростання (30%) ліжок в ЦРЛ з одночасним зменшенням (47%) у міських. На жаль, не набуло поширення створення уронефрологічних центрів на базах великих лікарень, клінік профільних кафедр вищих медичних закладів. Конструктивні зміни обмежились їх функціонуванням лише в Харківській та Миколаївській областях, при тому, що за час діяльності яких одержано підтвердження результативності зазначеного варіанта організації допомоги. Простежені особливості узгоджуються із концепцією реформування системи охорони здоров'я, в тому числі спеціалізованої урологічної служби, яка обґрунтована невідповідністю між станом здоров'я населення та наявною функціонуючою її структурою і спрямована на оптимізацію останньої з однозначною інтенсифікацією діяльності.

Динаміка якісних показників роботи урологічних ліжок є визначальними критеріями стану служби. До основних належать: середня тривалість перебування хворого в стаціонарі, летальність, обіг та зайнятість ліжка впродовж року. Кожен з них потребує диференційованого підходу і не може сприйматися розрізнено та однозначно. Проте, за зміною цих показників опосередковано можна оцінити загальну картину.

Результати дослідження свідчать, що з часом накопичення досвіду, впровадженням удосконалених і нових методів діагностики та лікування, спрямованої роботи на максимальне обстеження в амбулаторних умовах у разі планової госпіталізації, відмічається позитивна динаміка у вигляді зменшення тривалості госпіталізації. Наочно темп зазначеного процесу продемонстровано на рис. 3.

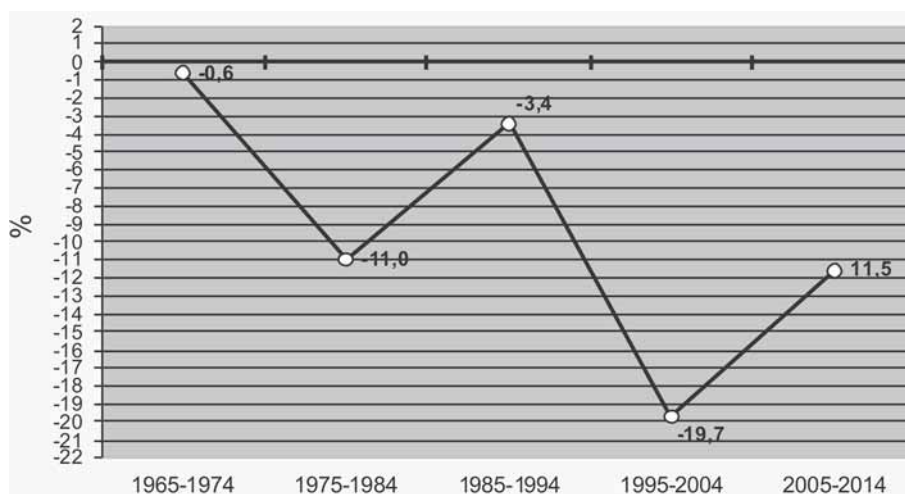


Рис. 3. Темпи зменшення середньої кількості днів перебування хворого на урологічному ліжку за періоди спостереження

Наведені дані цілком співпадають із суспільними змінами в країні. У перші 10 років становлення служби середній ліжко-день дорівнював 16,4–16,3 доби, що поєднується із високими показниками зайнятості та обігу. У наступні два десятиріччя зі збільшенням кількості ліжок, у тому числі, з більшим темпом спостерігається скорочення середнього ліжко-дня, особливо в 1975–1984 рр. (на 11,6% до 14,5) і практично утричі повільніше вже в наступні 1985–1994 рр. (на 3,8% до 14,0). Разом із зменшенням обігу ліжка та строками його зайнятості можна простежити появу негативної тенденції щодо недонавантаження відділень. Інтенсифікація діяльності набуває вираженості в два останні періоди. Із 1995 до 2004 р. ліжко-день зменшився на 19,7% (з 14,2 до 11,4 доби відповідно), із 2005 до 2014 р. – на 11,5% (з 11,1 до 9,78 доби) з одночасним зростанням до 50% обігу.

Таким чином, позитивної оцінки потребує отримане підтвердження, що із скороченням ліжковий фонд працював інтенсивніше. Такий висновок об'єктивізовано також зростанням хірургічної активності. За останні 20 років вона стала більшою, хоча не відповідає вимогам до відділень такого профілю. Так, у більшості стаціонарів міського типу вона дорівнювала 35–50%, тоді як в попередні три періоди не досягала 30%, в обласних лікарнях 65–80% проти 42–45%, в ЦРЛ – близько 30% проти 20%. В усі роки мало місце суттєве коливання показника, що не дозволяє простежити закономірність, а свідчить про значну його багатофакторну залежність. Разом з тим, як видно, залишається актуальним питання раціонального використання достатньо коштовного стаціонарного лікування. Логічним є висновок, що на ліжках цілодобових стаціонарів перебувають пацієнти, що

не потребують оперативного лікування, а допомогу мають отримувати в амбулаторних умовах. Негативним слід вважати факт зменшення планових госпіталізацій. Якщо у 80-х роках ХХ століття суттєво більшу половину (до 80%) склали такі випадки, то в наш час практично не перевищують 55%. Нижче конкретизуємо інформацію за результатами аналізу прооперованих за окремими нозологічними формами. Простежується причинно-наслідковий зв'язок між даним показником і поширенням позалікарняних форм надання урологічної допомоги. На жаль, вона не набула ще достатнього застосування, хоча існуючий досвід свідчить про результативність підходу.

Летальність є одним із індикаторів якості допомоги. Позитивна її динаміка, що представлена на рис. 4, свідчить, наскільки за 50 років вона стала кращою. Практично у 6 разів зменшився показник (з 1,45% у 1965 р. до 0,25% у 2014 р.). Темп його за останні 20 років склав 67%, тоді як за 30 попередніх – 46%. При характеристиці діяльності стаціонарів урологічної допомоги вважаємо доцільним подати аналіз кількості нефректормій в динаміці. Оскільки операція виконується при широкому спектрі нозологічних форм, є інвалідизуючою з огляду, що у єдиній нирці в 70% та більше випадків виникає подібне захворювання. Тим більше, що навіть у практично здорових спостерігається функціональна її недостатність. Тому трендові зміни динаміки кількості таких операцій відбивають багатоаспектність діяльності служби.

Передусім, можна таким чином оцінювати результат своєчасної діагностики та адекватного лікування. Тобто, отримані відомості дозволяють опосередково судити про якість роботи амбулаторної допомоги, зокрема, диспансеризації.

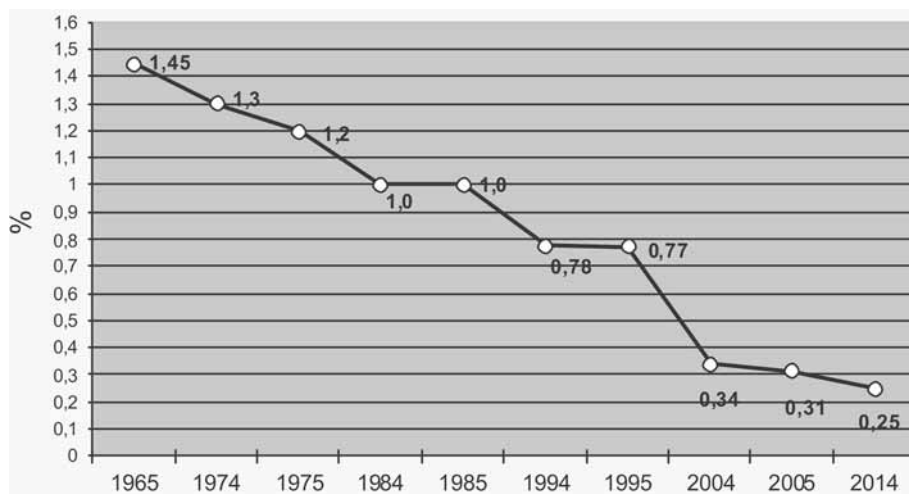


Рис. 4. Динаміка летальності на урологічних ліжках за періодами вивчення

Велике значення, в аспекті зазначеного, має прогрес хірургічної техніки, анестезіології та реаніматології, впровадження новітніх медичних технологій. Усі зусилля повинні спрямовуватись на зменшення кількості органовидаляючих оперативних втручань. Офіційні дані існують з 1998 року. Проте, й такий період спостереження, доповнений результатами науково-дослідних робіт, що використовувались у 80-х роках минулого століття, достатній для об'єктивних висновків. Порівняно зі 1972, 1975 роками, коли по областях відсоток нефректомії коливався від 22,4% до 38% та від 20,2% до 33,6% відповідно, а їх кількість серед усіх операцій на нирках становила 32–34%, ситуація, безумовно, позитивно змінилася. Зараз їх доля в структурі оперативних втручань $\approx 10\%$. Разом з тим, питання залишається надзвичайно важливим, оскільки в останні 10 років в середньому по Україні щорічно виконується 4031 ± 119 таких операцій. Для прикладу, у 2013 р. їх було 4326, у 2014 році – менше на 1240, кількість нефректомії пояснюється, на жаль, тільки відсутністю даних із чотирьох адміністративних територій.

Підсумовуючи, слід наголосити на значенні ДУ «Інститут урології НАМН України» у формуванні, становленні та розвитку урологічної служби в Україні. Завдяки результатам науково-дослідних досліджень була обґрунтована потреба у даному виді спеціалізованої допомоги. Інститутом, як головним із проблеми, була проведена надзвичайно велика робота, зусилля якої забезпечили достатній рівень ліжкового фонду та якісну позитивну динаміку показників діяльності.

Загальна тенденція забезпечення населення амбулаторно-поліклінічною допомогою. Завжди визнається, підкреслюється пріоритет ам-

булаторно-поліклінічної допомоги, від рівня діяльності якої залежить кінцевий результат лікування. Профілактика, раннє виявлення захворювання, адекватне лікування, вірна маршрутизація хворого, диспансеризація, реабілітація, організація домашнього стаціонару і виконання «малих» оперативних втручань – це далеко не весь перелік напрямів роботи первинної ланки медичної допомоги, які самі за себе свідчать про актуальність питання її стану, розвитку та перспектив. Тому цілком виправданим є той факт, що в стратегії реформування медичної галузі, акцент переноситься на амбулаторно-поліклінічну допомогу. Тим більше, що науковими розробками об'єктивізована можливість 40 – 60% хворим забезпечити повноцінне лікування за таких умов. Відповідь на питання кількісного забезпечення населення України спеціалізованою допомогою на поліклінічному етапі відображена на рис. 5 та 6.

Як видно, з кожним періодом, за винятком останнього, кількість урологічних прийомів (кабінетів) зростає з різною інтенсивністю. Найбільшою вона була за 1965–1974 р. (темپ приросту 49,6%), що цілком виправдано і пов'язано з роками становлення служби. Загалом, визначенням обґрунтованої, за даними наукових досліджень, потреби у даному виді допомоги. Найменший темп приросту кабінетів припав на 1995–2004 р., що викликає здивування з огляду на не відповідність реального стану задекларованої оптимізації структури галузі, спрямованої на удосконалення амбулаторної служби. Більше того, в останнє 10-річчя (2005–2014 рр.) не тільки не було будь-яких позитивних зрушень, а, навпаки, спостерігалась тенденція до зменшення кількості закладів, які мають урологічні кабінети. Важливим у такому випадку



Рис. 5. Динаміка кількості урологічних прийомів в Україні

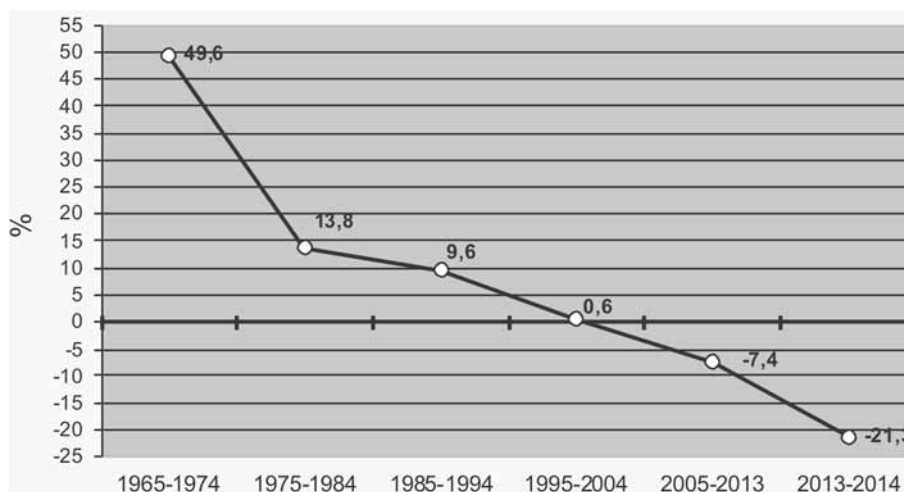


Рис. 6. Темпи збільшення (зменшення) кількості прийомів (кабінетів) в Україні

виглядає темп, із яким воно відбувається. Так, якщо з 2008 до 2012 р. їх стало менше на 0,7%, то тільки за один рік – з 2012 до 2013 р. – на 6%; при чому в столиці на 52% (з 48 до 23), у Київській, Донецькій, Вінницькій областях – на 15%, 7%, 5%, що узгоджується з обраним напрямом удосконалення організації системи охорони здоров'я, оскільки останні увійшли до пілотних областей. Окремо слід висвітлити негативні зміни, що відбулися за 2014 р. і пов'язані із несприятливою соціально-економічною та політичною ситуацією в країні. У 2014 р. в Україні зафіксовано 670 прийомів, що менше до попереднього на 15%. До їх складу не увійшло 35 прийомів АР Крим та м. Севастополь; на 38 та 31 – їх стало менше в Донецькій та Луганській областях. Останні 30 років кількість звернень на 100 жителів тримається практично на одному рівні – 9,6–9,8. Водночас їх кількість на 1 лікаря з 1985 р. має тенденцію до зменшення; на цей час показник був найбільшим – 6 тис., у 2014 р. – 5,8 тис., тоді як за попередній період з 1967 р. він зріс з 3,1 тис. у 2,2 разу. Щоб оцінити характер наведеної динаміки, звернемося до показників діяльності. Оскільки інформація за перші 30 років існування Інституту має більш історичне значення, а також у зв'язку з відсутністю повноти даних деяких показників, нижче проаналізуємо результати основних видів діяльності поліклінічної допомоги за останні 20 років. Єдине, на що можна наголосити, це на накопичений вже до 1996 р. досвід диспансеризації урологічних хворих і розроблені на основі клініко-організаційного експерименту критерії відбору хворих та практично здорових (групи ризику), визначені були можливості ЛПЗ у здійсненні такої роботи з урахуванням кластиризації диспансеризованих. На жаль, розробки в силу суспільних,

економічних перетворень не набули поширення в клінічній практиці. Проти очікуваних позитивних зрушень спостерігались негативні тенденції у вигляді формального характеру, низького рівня охоплення активним наглядом пацієнтів та практично зруйнованої профілактичної роботи. Впродовж багатьох років у цілому по Україні відсоток хворих на сечокам'яну хворобу, які перебувають під наглядом, не перевищує 58%, на хвороби передміхурової залози – 40%, доброякісну гіперплазію передміхурової залози – 50%, дещо він більший при хворобах «інфекція нирок» – 74% та серед них хронічного пієлонефриту – 76%. Ситуація погіршується, якщо зважити, що з роками суттєво збільшується кількість хворих урологічного профілю, а серед них ті, які отримували допомогу в стаціонарних умовах. Конкретне підтвердження інформації подамо нижче. Не знайшла свого поширення практика створення денних стаціонарів та стаціонарів вдома. Хоча досвід такої роботи є в окремих областях, як і досвід виконання малих операцій, ендоскопічних обстежень (Миколаївська, Кіровоградська, Львівська, Тернопільська, Херсонська області). Частка виявлених хворих на профоглядах залишається вкрай низькою. Так, наприклад, при злоякісних новоутвореннях, незважаючи на те, що з періодами вивчення вона зростає, за 20 років питома вага випадків, виявлених під час профілактичних оглядів не досягла 20% при раку нирки та раку сечового міхура (РСМ), а при раку передміхурової залози (РПЗ) – 25%. Для наочності відмітимо, що у 1995 р. показник у разі РСМ та РПЗ становив 3,5% та 7,9% відповідно, у 2005 р. – 10,1% та 15,2%, у 2014 р. – 18,0% та 25,3%, відповідно. Одним із важливих критеріїв якості медичної допомоги, який сумарно віддзеркалює

її стан на стаціонарному та амбулаторному етапах — є інвалідність. За 10 останніх років кількість первинно визнаних інвалідами внаслідок хвороб сечостатевої системи зросла на 28,5% до 0,9 на 10 тис. дорослого населення (рис. 7).

Позитивним слід визнати факт зменшення показника серед населення у працездатному віці на 10% (у 2014 р. — 0,9), а також незмінною залишається питома вага їх серед усіх первинно визнаних інвалідами — 1,4%.

Особливу увагу привертають до себе зміни розподілу по групах інвалідності. У структурі за цей час доля хворих I групи стала більшою на 56,6%, проте в повіковій структурі зменшилась кількість хворих працездатного віку з 98,2% до 88,6% (рис. 8). Наведені вище дані разом з даними про напруженість роботи ліжка, недостатньо

високу, в цілому по закладах, хірургічну активність при зростанні загальної кількості хворих урологічного профілю низький, відсоток планових госпіталізацій є об'єктивним підтвердженням потреби в укріпленні амбулаторно-поліклінічної допомоги.

Кадрове забезпечення урологічної служби.

Кількість лікарів-урологів зростає з року в рік, за винятком 2014 р., незважаючи на зміни ліжкового фонду. У 2014 р. в системі МОЗ працювало 1535 урологів по обслуговуванню дорослого населення, це був перший випадок, коли в силу суспільних обставин їх стало менше на 15% (282), до 2013 р. (1786) лікарів. Із складу було виключено 97 лікарів, які працювали в АР Крим та м. Севастополі, а також на 122 та 63 лікаря стало менше у Донецькій та Лу-

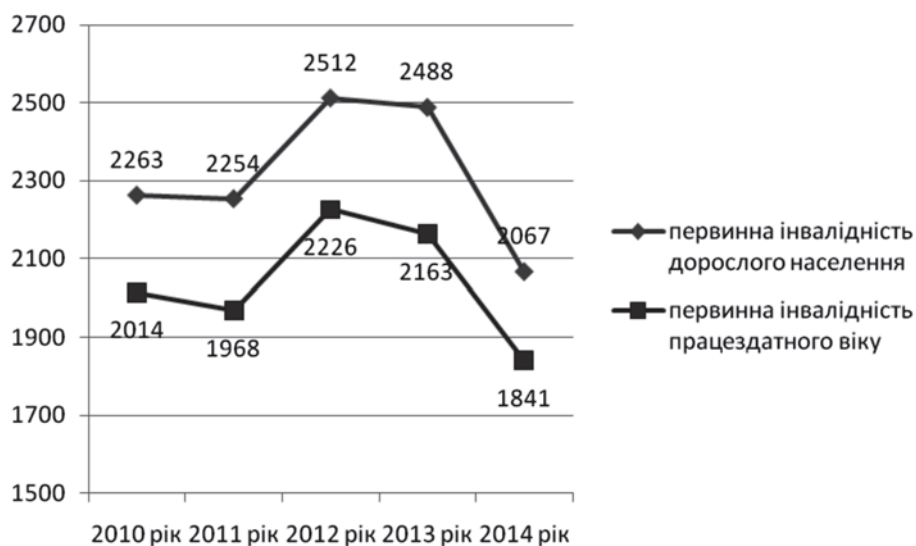


Рис. 7. Динаміка кількості визнаних інвалідами внаслідок хвороб сечостатевої системи в Україні за 2010–2013 рр.

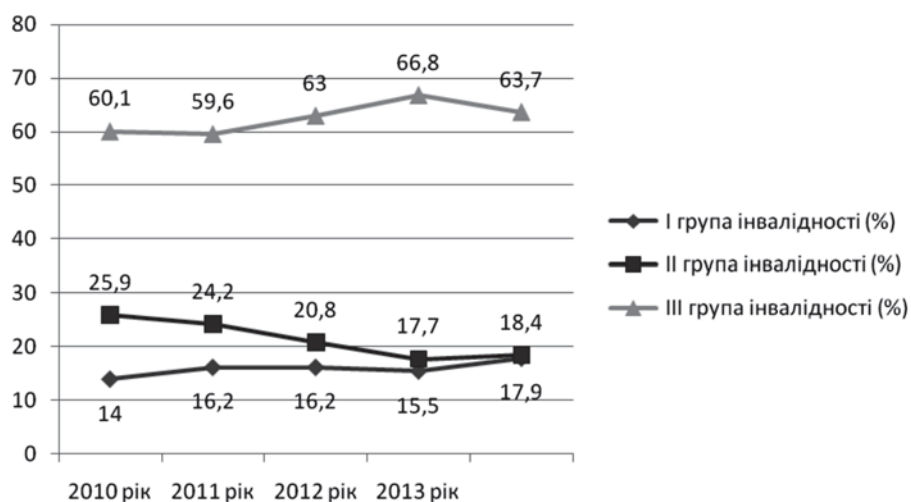


Рис. 8. Розподіл первинно визнаних інвалідами внаслідок хвороб сечостатевої системи серед дорослого населення за групами інвалідності у 2010–2014 рр.

ганській областях (разом 185 урологів). За умов відсутності таких змін темп приросту фахівців за останні 10 років має бути 1,1%, тоді як реально відбулося зменшення на 14%. У 1965 р., коли розпочав функціонувати Інститут, лікарів за фахом було в 2,2 разу менше – 710 осіб. Характер приросту спеціалістів за періодами вивчення представлено на рис. 9.

Перші 10 років існування установи, як головної за проблемою «Урологія», супроводжувались активною роботою по підготовці кадрів. Їх стало більше на 54% і на кінець 1974 р. нараховувалось 1093 лікарі. У наступні 10 років збільшення їх чисельності було вдвічі повільнішим, у результаті у 1985 р. досягло 1503 особи і таким залишалося до 1995 р. Останнє серйозне збільшення лікарів (на 14,2%) спостерігалось протягом четвертого 10-річчя. Рівень забезпеченості дорослого населення України лікарями-урологами віддзеркалює кількісні зміни. Крива

динаміки показників (на 10 тис. відповідного населення) подана на рис 10.

При співставленні даних рис. 9 та 10 чітко простежується узгодженість характеру тенденцій між чисельністю та рівнем забезпеченості. З 1965 до 1984 р. показник зріс на 93,3% (з 0,15 до 0,29). Зазначені роки були роками вивчення потреби населення в урологічній допомозі, розробка відповідних нормативів, згідно з якими доведена необхідність 3 лікарі-урологи на 100 тис. населення.

Впродовж наступних 10 років (до 1995 р.) величина показника, наблизившись чи досягнувши нормативного значення, трималась. За останні 10 років знову зросла на 46,7% до 0,44 у 2014 р. З роками становлення служби, накопичення досвіду роботи, зростав професіоналізм лікарів. Так, якщо до 1975 р. проатестованих урологів не перевищувало 21%, то у 2014 р. їх було 83,3%. Однозначно збільшилась питома вага з вищою та

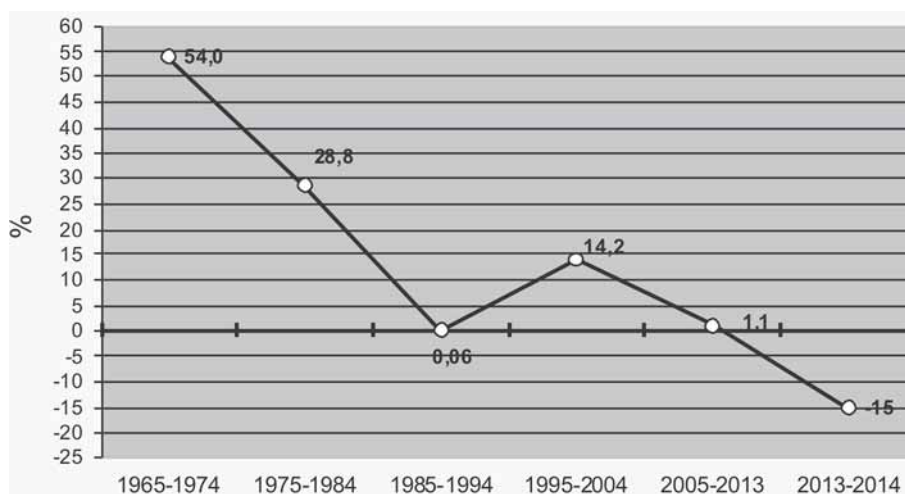


Рис. 9. Темп приросту (зменшення) кількості лікарів-урологів за періоди вивчення

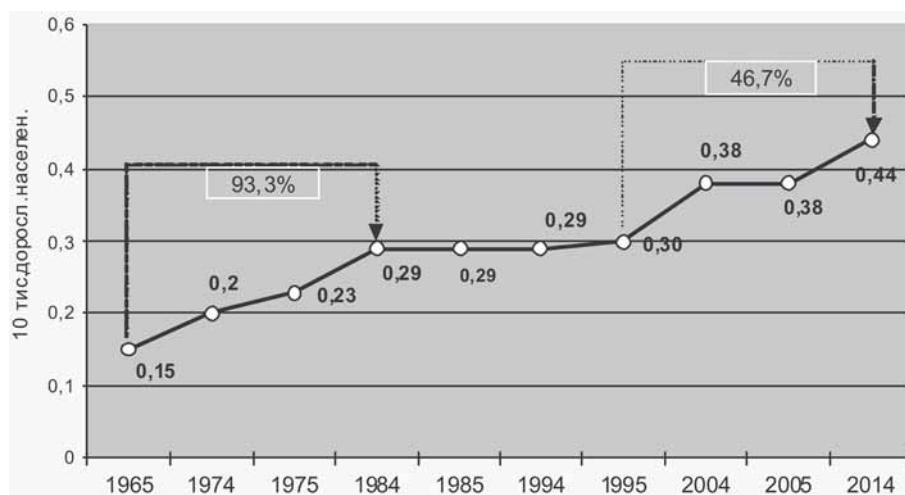


Рис. 10. Динаміка рівня забезпеченості лікарями-урологами (на 10 тис. дорослого населення)

першою кваліфікаційними категоріями. Відповідно до вказаних років з 5,3% до 53,3% зростає, а кількість фахівців із вищою і з 19,2 до 32,7% – першою. На рис. 11 проілюстрована динаміка якісної характеристики працюючих спеціалістів. Слід відмітити, що з 2004 р. в країні серед атестованих переважає кількість лікарів з вищою категорією. Таке положення можна оцінити позитивно з огляду на стабільність кадрів, потребу у високоспеціалізованих фахівцях відповідно до вимог, пов'язаних із впровадженням у клінічну практику сучасних медичних технологій як діагностики, так і лікування.

Окремо варто наголосити на роль Інституту у підготовці кадрів. Усі роки його клініки є базовими, де на курсах стажування та інформації освоюють сучасні методи діагностики, лікування, набувають досвіду з різних аспектів надання спеціалізованої допомоги. З усіх адміністративних територій в окремі роки в Інституті підвищували свою ділову кваліфікацію від 8 у 1970 р. до 169 – у 1985 році лікарів різних спеціальностей з актуальних питань урології (дитячої, дорослої), онкоурології, тубурології, сексопатології, ультразвукової діагностики, амбулаторної допомоги. Чітко простежено залежність між появою розроблених нових медичних технологій, методів діагностики, лікування та збільшенням кількості лікарів з метою їх освоєння для подальшого впровадження. Так, у 2000–2003 рр. із поширенням відповідної апаратури велась інтенсивна підготовка лікарів із проведення трансуретральної резекції, літотрипсії. Практично до 20 спеціалістів щорічно навчалось з цих питань у клініках. В останні роки підвищена зацікавленість лікарів практичної охорони здоров'я до ради-

кальної простатектомії, малоінвазивних лапароскопічних методів. Основна кількість лікарів-урологів зосереджена у великих містах та регіонах, де розташовані вищі медичні заклади із профільними кафедрами. Як приклад, у 2014 р. 166 лікарів працювало в столиці, 130 – у Дніпропетровській, 155 – Львівській, 106 – Одеській, 108 – Харківській областях, що разом становить 43,3% (665 осіб). Наведені дані констатують необґрунтовано, невиправдано високу концентрацію урологічних кадрів у зазначених регіонах на відміну від інших, де їх недостатньо. Звертає на себе увагу той факт, що до 1995 р. спостерігалось збільшення з року в рік штатних одиниць лікарських посад у лікувально-профілактичних закладах, у тому числі в поліклініках, диспансерах, а також в ЦРЛ сільських районів. Укомплектованість кадрами була достатньо високою (від 90,9% до 99,9% за роками спостереження). Показник укомплектованості таким залишився й надалі, оскільки кількість їх по ЛПЗ стала меншою з 1995 до 2004 р. на 6% і однозначно зростає лише на 0,3% в амбулаторній мережі. Суттєво штатних посад стало менше в наступні роки; з 2005 до 2014 р. – на 17,0% та 20,0% відповідно. Конкретні дані такі: у 2014 р. штатних посад лікарів-урологів для дорослих в ЛПЗ становила 1454,00 (укомплектованість 93,6%), у поліклініках – 738,75 (90,9%) відповідно. Практично завжди відсоток в амбулаторній ланці від загальної кількості штатних посад дорівнював 31,1–34,4% за роками, в стаціонарній – 65,6–68%. Таке співвідношення не можна вважати доцільним. Воно свідчить про відсутність збалансованості. Наочним є дефіцит штатних посад у первинній ланці, що не відповідає як потребам, так і

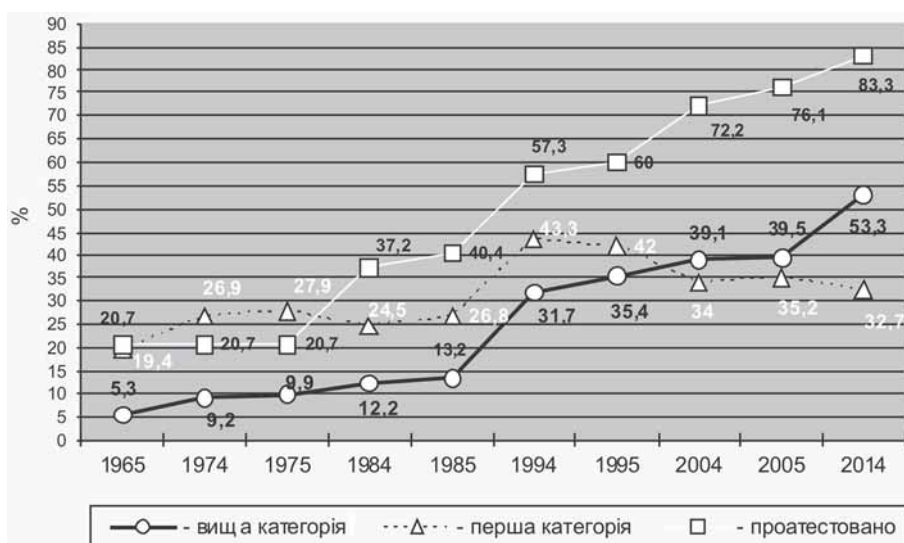


Рис. 11. Динаміка кількості проатестованих лікарів-урологів, у т.ч. за вищою та першою категоріями

стратегії розвитку медичної галузі з її профілактичною спрямованістю.

Отримані дані обґрунтовують вирішення питання доцільності переогляду штатних посад на користь закладів, що надають первинну медико-санітарну допомогу і таким чином зменшити існуючий дефіцит лікарів-урологів в амбулаторно-поліклінічних підрозділах. Такий підхід не потребує додаткових фінансових витрат і, водночас, забезпечить ефективність надання медичної допомоги урологічним хворим у цілому.

Висновки

Таким чином, аналіз внеску «Інституту урології» впродовж 50 років його існування в становлення урологічної служби, розвиток спеціалізованої профільної допомоги населенню України, висвітлює реальне значення установи у реалізації загальнодержавного напрямку, спрямованого на збереження здоров'я нації. Відвертість і дійсність дозволяють критично оцінити шлях, який залишився позаду, зробити відповідні висновки за результатами тих подій, що не призвели до позитивних очікуваних наслідків, зберегти багаторічний накопичений досвід, набутий вітчизняними спеціалістами та міжнародною спільнотою фахівців з тим, щоб на основі сучасних досягнень, знань підвищувати якість урологічної допомоги, зробити її доступною в нових умовах життєдіяльності країни із однозначною потребою удосконалення системи організації медичної галузі.

Наведені дані порівняльного аналізу статистичних показників забезпеченості населення

урологічною допомогою доводять, що найбільш пріоритетними напрямками розвитку слід вважати:

- оптимізацію системи організації надання допомоги хворим урологічного профілю, з акцентом на підвищення ролі первинної ланки;

- удосконалення системи лікування з періорієнтацією від цілодобових стаціонарів до амбулаторної медичної допомоги з розвитком стаціонарзамісних форм;

- оптимізацію ліжкового фонду, кадрового потенціалу шляхом подальшого поширення створення урологічних (уронефрологічних) центрів з концентрацією в них сучасної апаратури, адекватного матеріально-технічного забезпечення;

- розвиток амбулаторної оперативної діяльності, а також актуалізацію активно-конструктивної профілактики, спрямованої на забезпечення санозберігаючих технологій, а також дієвої диспансеризації та реабілітації;

- переогляд структурного розподілу кадрового ресурсного забезпечення стаціонарної та амбулаторно-поліклінічної складової служби шляхом ротації лікарів між стаціонаром та поліклінічними підрозділами, використання якої залишив позитивний досвід роботи;

- підвищення рівня діяльності, реалізації рішень Асоціації урологів, головних позаштатних лікарів-урологів як у плані удосконалення організаційно-методичної роботи, так і контроль за використанням існуючої ресурсної бази та управління якістю надання урологічної допомоги.

Реферат

РЕСУРСЫ И ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В УКРАИНЕ ЗА 50 ЛЕТ

С.А. Возианов, Н.А. Сайдакова,
Л.Н. Старцева

В работе представлены результаты изучения ресурсного обеспечения и основных показателей деятельности урологической службы Украины за 50 лет (1965–2014 гг.) по пяти десятилетним периодам.

Материал базируется на данных официальной статистики и подается по трем направлениям: стационарная помощь, амбулаторно-поликлиническое звено, кадровый потенциал. На основе аналитико-синтетического, компаративного анализов выявлены особенности становле-

Summary

RESOURCES AND BASIC DATA IN THE ACTIVITY OF THE UROLOGIC SERVICE IN UKRAINE DURING FIFTY YEARS

S.O. Vozianov, N.O. Saidakova,
L.M. Startseva

The work represents the results of studying the resource supplementation and basic data in the activity of the urologic service of Ukraine during 50 years (1965–2014) of its existence by five decade periods.

The material is based on the data of official statistics and is presented by three directions: hospital treatment, ambulant-polyclinic way, staff potential. Based on analytical-synthetic, comparative analysis, there were defined the peculiarities of formation and development of the urologic service in Ukraine,

ния, развития урологической службы в Украине, определены проблемные вопросы и сформулированы перспективы дальнейшего ориентированного усовершенствования организации системы профильной помощи и повышения качества ее деятельности, направленной на сохранение здоровья населения.

Ключевые слова: койки, прием, кадры.

Адреса для листування

Н.О. Сайдакова

E-mail: uronauka@ukr.net

were determined the problematic questions and were formulated the perspectives of future improvement in organization of the system of profiled aid and the raise of the quality of its activity aimed at keeping good the health of population.

Key words: beds, visit to doctor, staff.