

**КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ТАРАСА ШЕВЧЕНКА**

На правах рукопису

МАРТУСЕНКО ІРИНА ВАЛЕРІЇВНА

УДК 911.3 : 614. 2 (4/9)

**ТЕРИТОРІАЛЬНА ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОГО
КОМПЛЕКСУ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ**

11.00.02 –економічна та соціальна географія

Дисертація на здобуття наукового ступеня
кандидата географічних наук

Науковий керівник
Луцук Степан Іванович
доктор географічних
наук, професор

Київ 2005

З М І С Т

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ ТА ПОЗНАЧЕНЬ	4
ВСТУП	6
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ СУСПІЛЬНО – ГЕОГРАФІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ РЕГІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО КОМПЛЕКСУ	12
1.1. Сутність і структурні особливості медичного комплексу як територіальної системи.	12
1.2. Особливості територіальної організації медичного комплексу обласного регіону.....	28
1.3. Методи і методика дослідження територіальної організації медичного комплексу адміністративної області	35
Висновки до I розділу	49
РОЗДІЛ II. УМОВИ І ФАКТОРИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОГО КОМПЛЕКСУ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ	52
2.1. Демографічна ситуація у Вінницькій області	52
2.2. Захворюваність населення Вінницької області.....	66
2.3. Медико-географічний фактор та суспільно-географічний аналіз екологічної ситуації	81
2.4. Рівень соціально-економічного розвитку міських і сільських районів	90
Висновки до II розділу	100
РОЗДІЛ III. ТЕРИТОРІАЛЬНА ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОГО КОМПЛЕКСУ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ	102
3.1. Місце і роль медичного комплексу в період переходу до ринкових умов	102
3.2. Компонентна структура.	110
3.3. Територіальна структура	119
3.4. Медико-географічне районування території Вінницької області	131
3.5. Управлінська структура	146

3.6. Удосконалення територіальної організації медичного комплексу

Вінницької області в умовах переходу до збалансованого розвитку	146
Висновки до III розділу	154
ВИСНОВКИ	158
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	165
ДОДАТКИ	187

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ ТА ПОЗНАЧЕНЬ

ВДВ – валова додана вартість

ВВП – валовий внутрішній продукт

ВМСД (ВМД) – вторинна медико-санітарна (медична) допомога

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ДСМК – державна служба медицини катастроф

ДЛ – дільнична лікарня

ЗН – злякисні новоутворення

ІХС – ішемічна хвороба серця

ЛА – лікарська амбулаторія

ЛКК – лікувально-контрольна комісія

ЛПЗ – лікувально-профілактичний заклад

МГС – медико-географічна ситуація

МГР – медико-географічний район

МК – медичний комплекс

МЛ – міська лікарня

МОЗ – міністерство охорони здоров'я

МСЕК – медико-санітарна експертна комісія

НГК – національний господарський комплекс

НМК – національний медичний комплекс

НС – надзвичайна ситуація

НТП – науково-технічний прогрес

ПМСД – первинна медико-санітарна допомога

ПТК – природно-територіальний комплекс

РЛ – районна лікарня

РМК – регіональний медичний комплекс

СГК – суспільно-географічний комплекс

СЕС – санітарно-протиепідеміологічна служба

СЛД – сільська лікарська дільниця

ТВК – територіально-виробний комплекс

ТМСД (ТМД) – третинна медико-санітарна (медична) допомога

ФАП – фельдшерсько-акушерський пункт

ХНЗ – хронічні неепідемічні захворювання

ХСК – хвороби системи кровообігу

ЦРЛ – центральна районна лікарня

В С Т У П

Актуальність теми. В умовах переходу України до ринкової системи економічних відносин, підвищення значимості людського капіталу в економіці постіндустріального типу та у зв'язку з необхідністю переходу суспільства на засади збалансованого, комплексно-пропорційного розвитку усе більшої актуальності набуває проблема наукового обґрунтування раціональної структурно-функціональної і територіальної організації національного господарського комплексу (НГК) та його підсистем (сфер, міжгалузевих комплексів, галузей тощо).

Новітні тенденції розвитку НГК передбачають підвищення у ньому ролі та частки сфери послуг, яка прямо чи опосередковано впливає на відтворення населення, відновлення потенціалу молодого покоління, розвиток продуктивних сил та загалом забезпечення нормальних умов життєдіяльності суспільства. Важливою складовою сфери послуг є медичний комплекс (МК), який своєю основною функцією має профілактику, оздоровлення та лікування людей.

Досвід розвинутих країн світу вказує на необхідність теоретико-методологічного та організаційно-правового забезпечення розвитку і раціональної територіальної організації медичних комплексів різних рівнів. З огляду на це дослідження територіальної організації МК адміністративної області, як ключової ланки національного МК, набуває особливого значення. Найбільшої уваги потребує аналіз рівнів розвитку медичного обслуговування населення аграрних обласних регіонів України, як економічно менш розвинутих.

З метою підвищення ефективності функціонування національного та регіональних МК сучасна наука повинна розробити шляхи безболісного переходу до міжнародних стандартів, від вільного вибору пацієнтом “свого” лікаря до сімейної та страхової медицини тощо. Підвищений інтерес викликають дослідження кількісних та якісних показників рівнів здоров'я

населення в територіальному розрізі та їх залежності від інтенсивності прояву двох основних груп факторів – природно-географічних особливостей території та соціально-економічних умов проживання населення, у тому числі і від ефективності функціонування галузей МК.

Актуальність дисертаційного дослідження обумовлюється ще й тією обставиною, що медичні комплекси адміністративних областей України і їх територіальна організація поки що недостатньо вивчені соціогеографією. Причому глибокого вивчення (географічними засобами) потребує не тільки територіальна організація медичних комплексів обласного рівня, але й необхідною у зв'язку з цим є геопросторове дослідження таких понять, як „медичний комплекс”, „захворюваність”, „ринок медичних послуг” тощо.

Теоретичним та прикладним проблемам територіальної організації сфери послуг, зокрема медичного комплексу, присвячено ряд наукових публікацій. Вагомий внесок у їх вирішення зробили науковці: В.А. Барановський, І.М. Дудник, М.М. Дьомін, В.І. Куценко, О.О. Любіцева, В.В. Стецький, М.Ф. Тимчук, О.Г. Топчієв, М.І. Фащевський, Л.Т. Шевчук, В.О. Шевченко, В.М. Юрківський, медико-географічні праці опубліковано: С.А. Куролапом, С.В. Рященко, Є.Л. Райх, В.А. Снитко, А.А. Келлером, А.В. Чакліним, О.О. Шошиним та ін. Питання організації охорони здоров'я розробляють вчені-медики: О.Ф. Возіанов, Ю.В. Вороненко, Л.І. Галієнко, О.М. Голяченко, В.Ф. Москаленко, О.М. Очередько, А.В. Підаєв, В.М. Пономаренко, О.О. Приходський, А.М. Сердюк та ін.

Головна ідея дисертаційної роботи полягає в тому, щоб на основі узагальнення праць вітчизняних і зарубіжних вчених розробити теоретичні і методичні засади раціональної територіальної організації МК обласного рівня здійснити її аналіз і прогноз.

Зв'язок роботи з науковими програмами та темами. Дисертаційна робота відповідає пріоритетним напрямкам наукових досліджень в Україні. Вона є складовою науково-дослідних робіт кафедри економічної і соціальної географії Київського національного університету імені Тараса Шевченка (теми:

„Суспільно-географічні основи регіональної політики в Україні”, номер державної реєстрації 0198U008160 та „Розробка системи моделей розвитку сільського району”, номер державної реєстрації 0197U003139). Обраний напрям досліджень тісно пов'язаний і з тематикою, яку розробляє кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я Вінницького НМУ ім. М.І. Пирогова.

Мета і завдання роботи. *Метою* дисертаційної роботи є дослідження теоретико-методологічних засад формування і територіальної організації медичного комплексу Вінницької області та визначення основних шляхів оптимізації його структури в умовах трансформації економіки України.

Для досягнення поставленої мети вирішувались такі *завдання*:

- 1) розкрити сутність медичного комплексу обласного регіону як функціонально-територіального поєднання підприємств та закладів різних галузей медичного профілю;
- 2) виявити особливості і принципи територіальної організації регіонального медичного комплексу (РМК) Вінницької області;
- 3) удосконалити методичні підходи до дослідження територіальної організації МК адміністративної області;
- 4) дослідити вплив географічних та соціально-економічних факторів на територіальну організацію РМК Вінницької області;
- 5) проаналізувати компонентну, територіальну, управлінську структури МК Вінницької області;
- 6) обґрунтувати виділення медико-географічних районів на території Вінницької області;
- 7) розробити концептуальні засади удосконалення територіальної організації МК Вінницької області з позицій сталого, комплексно-пропорційного розвитку.

Об'єкт і предмет дослідження. *Об'єктом* дослідження є медичний комплекс Вінницької області, який розглядається як цілісне міжгалузеве структурне утворення, що сформувалося на основі закономірності

комплексності. *Предметом дослідження* – виступає територіальна організація медичного комплексу адміністративної області в умовах структурної перебудови її господарського комплексу.

Методологія і методи дослідження. *Методологічну основу* дослідження становлять теоретичні положення суспільної географії з проблем територіальної організації міжгалузевих комплексів різних рівнів, сталого розвитку регіонів, функціонування медичних комплексів та географічного районування. В процесі дослідження використані теоретичні положення соціальної медицини та організації охорони здоров'я, ідеї сучасної конструктивної, екологічної та медичної географії. Концептуальні науково-методичні підходи до вирішення проблем раціональної територіальної організації МК різних рівнів висвітлені у наукових публікаціях вчених-географів, картографів, економістів, медиків, екологів України та зарубіжних країн.

Основним методологічним підходом у роботі є системно-структурний, який і визначив застосування конкретних *методів дослідження*. Зокрема, для дослідження функціонально-територіальної структури РМК Вінницької області використовувалися методи структурно-логічного моделювання, картографічний, потенціалів, медико-географічного районування. Дослідження рівнів соціально-економічного розвитку та медичного обслуговування населення, визначення індексів кореляції та локалізації передбачало застосування передусім математичних методів та моделей, індексного та кореляційного аналізу, міжгалузевого і територіального балансу. У дослідженнях причинно-наслідкових зв'язків територіальної організації РМК. основним був історичний метод, метод балансів (міжкомпонентний та внутрікомпонентний баланс) та систематизація.

Інформаційна база дослідження була сформована на основі матеріалів Вінницького обласного медико-статистичного аналітичного центру, обласних управлінь статистики, екології та охорони здоров'я, звітних та опублікованих матеріалів Міністерства охорони здоров'я України, Вінницької обласної санітарно-епідеміологічної станції, організаційно-методичного кабінету

обласної лікарні, звітних матеріалів Вінницькому НМУ імені М.І. Пирогова. Ці матеріали стосуються Вінницької області в цілому, окремих її районів та окремих населених пунктів.

Наукова новизна одержаних результатів полягає у наступному:

- 1) розкрито сутність терміну „регіональний медичний комплекс” та поглиблено суспільно-географічні аспекти його дослідження;
- 2) опрацьовано та систематизовано теоретичні та методичні основи дослідження територіальної організації регіонального медичного комплексу;
- 3) проведено комплексну оцінку умов і факторів формування РМК Вінницької області та виявлено їх вплив на територіальну організацію;
- 4) обґрунтовано використання ряду соціально-медичних та медико-географічних параметрів функціонування МК обласного рівня (індексу локалізації зайнятих у медичному обслуговуванні, індексу рівня розвитку медичного обслуговування населення області, індексу кореляційної залежності між відстанню до медичного закладу та звертанням за медичною допомогою, показника динамічних рядів явищ тощо);
- 5) розроблено ієрархічну класифікацію центрів медичного обслуговування Вінницької області;
- 6) виявлено основні типи елементів функціонально-територіальної структури РМК;
- 7) виділено медико-географічні райони Вінницької області;
- 8) обґрунтовано основні напрямки удосконалення територіальної організації МК Вінницької області.

Практичне значення одержаних результатів. Наукові результати дисертаційного дослідження є методологічною і практичною основою для раціоналізації територіальної організації і комплексно-пропорційного розвитку медичних комплексів адміністративних областей. Теоретико-методичні положення дисертаційної роботи і результати аналізу територіальної організації МК Вінницької області використані регіональними органами виконавчої влади, зокрема: управлінням охорони здоров'я Вінницької облдержадміністрації

(довідка № 555 від 23.02.2005 р.) – при розробці Стратегії комплексного соціально-економічного розвитку області на період до 2015 р., у розділі „Організація охорони здоров'я”.

Наукові розробки автора реалізуються у навчальному процесі на географічному факультеті Київського національного університету імені Тараса Шевченка при вивченні курсів „Географія сфери обслуговування” та у Вінницькому НМУ ім. М.І. Пирогова при викладанні курсів „Організація охорони здоров'я” і „Соціальна гігієна”.

Особистий внесок здобувача. Теоретико-методологічні положення та практичні результати дослідження територіальної організації МК Вінницької області розроблені автором самостійно. В дисертації викладено концепцію раціональної територіальної організації МК Вінницької області в умовах становлення нових економічних відносин та підвищення ролі сфери послуг у житті суспільства. Сукупність отриманих результатів належить особисто автору і є його науковим доробком.

Апробація результатів дисертації. Основні результати дисертаційного дослідження доповідались та обговорювались на Всеукраїнській студентсько-аспірантській конференції „Сучасний стан, проблеми та перспективи розвитку досліджень з географічних дисциплін та картографії в Україні” (м. Тернопіль, 3 листопада 2000 р.), міжнародній науковій конференції „Антропогенні географія й ландшафтознавство в XX і XXI століттях” (м. Вінниця, 1-3 жовтня 2003 р.), двох звітних конференціях працівників і студентів Вінницького НМУ ім. М.І. Пирогова та звітній конференції викладачів і студентів Вінницького ДПУ ім. М. Коцюбинського (2002 р.).

Публікації. За результатами дослідження опубліковано 8 наукових праць загальним обсягом 1,9 д.а. (у т. ч. 1,5 д.а. авторських), з них 5 статей у фахових виданнях загальним обсягом 1,3 д.а. (у т.ч. 0,8 д. а. – авторські).

РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ СУСПІЛЬНО - ГЕОГРАФІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ РЕГІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО КОМПЛЕКСУ

1.1. Сутність і структурні особливості медичного комплексу як територіальної системи

Запорукою прогресивного суспільно-економічного розвитку держави та благополуччя її народу є така складова суспільно-географічного комплексу, як медична галузь та належна організація процесу медичного обслуговування населення. Як засіб відтворення людства і результат праці, вона виступає основним чинником ефективного розвитку продуктивних сил. Рівень організації медико-оздоровчого процесу, кількісні та якісні показники відновлення фізичної норми і потенціалу молодих поколінь визначають її соціальну і економічну ефективність.

Реалізуючи свою роль у структурі організації процесу відтворення людини, медична галузь, здійснює ряд важливих функцій, серед яких виділяються:

1) *загальнооздоровча* – забезпечення оптимального рівня здоров'я населення, його активного довголіття та трудової діяльності;

2) *професійної підготовки* – набуття молодими людьми професійного фаху та спеціалізації;

3) *підтримання населення в стані “здорової людини”* – створення умов, можливостей для кожного члена суспільства постійно оздоровлюватись, наближати власне самопочуття до моральної та фізичної норми;

4) *підтримання постійного зв'язку* медичних закладів з основними галузями господарського комплексу країни, *забезпечення здоров'я спеціалістів* залежно від їх потреб і вимог.

Оскільки медичний комплекс є складовою сфери послуг, його дослідження не можливе без вивчення проблематики географії сфери послуг.

Адже цей напрямок є вкрай конструктивним, відзначається підвищеним інтересом з боку науковців близького і далекого зарубіжжя. Значний внесок в теорію і практику географії послуг зробили В.М.Юрківський, М.Ф. Тимчук, М.М. Дьомін, О.О.Любіцева, О.Г. Топчієв, І.М.Дудник, В.І.Куценко. Галузь медичного обслуговування в контексті медико-географічних праць висвітлено В.А.Барановським, Л.Т.Шевчук, В.О.Шевченко.

В багатьох наукових працях [25, 26, 58, 73, 193] медична галузь постає основним джерелом і засобом фізичного відтворення населення. Основним її здобутком є складний і безперервний процес охорони і зміцнення здоров'я народу, що є суттєвою частиною невинного економічного і соціального розвитку. Реалізують цей процес медичні заклади, які мають різне цільове призначення і форми компонентно-функціональних та територіальних зв'язків.

Комплекс (від лат.complexus – зв'язок, поєднання), сукупність предметів або явищ, що складають єдине ціле [18, 165, 171, с. 621]. Сучасні вчені трактують це поняття дещо ширше: це система, яка відрізняється високим рівнем сполучення між складовими елементами з потоками речовини, енергії та інформації й завдяки цьому володіє енергетичною економічністю, підвищеною стійкістю у відношенні до інших тіл та систем [18, 32, 145]. Таке визначення дозволяє розуміти сукупність всіх типів медико-оздоровчо-профілактичних, фармацевтичних, санітарно-епідеміологічних та ін. закладів медичного профілю з їх господарською інфраструктурою в межах держави як **Національний медичний комплекс (НМК)**.

Основу НМК визначають територіальні відміни, кількість та густота населення, його національний та віковий склад, захворюваність населення, історичні передумови розвитку та традиції, різновиди та неоднорідність галузевої структури господарства, потреби у фаховій підготовці трудових ресурсів, спеціалізація, розміщення та вид виробництва, єдність і межі території. Тому буде доцільним розглядати НМК не тільки як єдину територіальну систему, але і як окремі регіональні підсистеми з їх структурно-компонентними особливостями – **регіональні медичні комплекси (РМК)**.

Отже **медичний комплекс (МК)** – це система лікувальних, лікувально-профілактичних, санітарно-протиепідемічних та багатьох інших медичних, медико-обслуговуючих, медико-промислових установ, що забезпечують усі можливі шляхи оздоровлення та відпочинку населення, залежно від соціальних закономірностей здоров'я людей, і яка обґрунтовує шляхи його поліпшення через раціональну організацію охорони здоров'я. **Охорона здоров'я** – це система державних, громадських та індивідуальних заходів та засобів, що сприяють здоров'ю, запобіганню захворювань та попередженню передчасної смерті, забезпеченню активної життєздатності та працездатності людини, враховуючи увесь комплекс чинників, що впливають на здоров'я людства. Складовими функціонування медичного комплексу (МК), як національного, так і регіонального, є медична промисловість та матеріально-технічне постачання [139, с.155-157; 127, с.162-167]. Структурним елементом є також система спеціальної освіти (медучилища, медінститути та університети, курси перепідготовки кадрів та ін.), комплексні і галузеві наукові інститути і організації, система управління. Розвиткові МК сприяє діяльність зв'язку, транспорту, інших видів комунікацій та медичних товариств (“Червоний хрест”, „Хоспіс” та ін.) [172, с.398].

Під **територіальною організацією комплексу** слід розуміти закономірний процес розміщення відповідних підприємств і установ, виникнення і функціонування їх просторових поєднань й системних утворень у тісній взаємодії з територіальними системами розселення і виробництва під впливом, переважно соціально-економічних чинників та географічних і просторово-часових координат. Тому РМК є конкретною формою просторової організації медико-оздоровчого процесу, а його структурними елементами нижчого ієрархічного рівня (відповідно до загальноприйнятої класифікації територіальних систем обслуговування [189, 212,]) виступають:

- а) медичний пункт;
- б) медичний центр (центр медичного обслуговування);
- в) вузол медичного обслуговування;

г) район медичного обслуговування.

Усі названі елементи МК утворюють міжрайонні, внутрішньорайонні, обласні, міжобласні або регіональні територіальні (просторові) системи медичних закладів.

Слід зазначити, що *об'єктом дослідження є РМК*. Аналізується також **сфера медичного обслуговування** на рівні обласного регіону – інтегральної системи. *Предметом дослідження є – особливості формування територіальної і функціональної організації РМК Вінницької області*. Отже, дослідження МК обласних регіонів охоплює головні напрямки: а) вивчення географічних відмінностей потреб населення в медичному обслуговуванні та задоволенні цих потреб, іншими словами – відмінностей рівня обслуговування; б) дослідження територіальної організації РМК, формування і функціонування центрів обслуговування різного профілю та рангу.

На основі праць Юрківського В.М., Топчієва О.Г. [189, 212, с. 11-13] виділено елементи територіальної організації МК обласного регіону. Основою формування функціонально-територіальної структури МК Вінницької області виступають *медичні пункти* (низовинні елементи МК) тобто села, в яких розташовано фельдшерсько-акушерські пункти (ФАПи). Поєднання низовинних елементів МК (чи їх функцій) в межах певного населеного пункту утворює *центр медичного обслуговування (ЦМО)*. За кількісним набором та рівнями надання медичних послуг ЦМО бувають *місцевого, районного, обласного, міжобласного, національного та міжнародного значення* і відповідно до цього формують зони впливу [212, с.11-13].

Вузол медичного обслуговування – це поєднання хоча б одного центру медичного обслуговування обласного, міжобласного, національного чи міжнародного значення та нижчих за рангом медичних центрів на основі їх територіальної близькості та функціонального тяжіння.

Район медичного обслуговування – це територія, якій властиві спільні риси охоронооздоровчих процесів, єдність медико-географічного положення та близькі передумови сталого економічного розвитку.

У багатьох районах Вінницької області функціонування МК поєднується з іншими видами господарської діяльності і одночасно охоплює : власне медичне обслуговування, рекреацію і відпочинок, харчування й комунально-побутове обслуговування, транспорт і зв'язок, освіту, що дає підстави говорити про *вузькоспеціалізоване міжгалузеве утворення*. До нього входять суміжні групи різних галузей господарства і видів послуг, що тісно взаємодіють між собою і забезпечують певний рівень медико-оздоровчого обслуговування населення. Характерним для вузькоспеціалізованих медичних комплексів є територіальна організація з структурними елементами різних ієрархічних рівнів.

На території Вінницької області спостерігається ієрархія центрів медичного обслуговування та явище тяжіння різних видів медичних послуг до сильнішого ядра. Медичні центри (вузли) I-го порядку підпорядковують собі вузли за порядком нижчі (II-го, III-го).

Територіальну організацію РМК доцільно розглядати під кутом зору теорії „центральных місць”, засади якої були закладені у 30-х роках ХХ століття В.Кристаллером та А.Льошем при дослідженнях територіальної організації сфери послуг. До основних понять цієї теорії відносять: пороги послуг; радіуси послуг; центри обслуговування (центральні місця); ранги послуг; ранги центрів обслуговування (центральных місць); зони обслуговування; ієрархія центральных місць та їх зон обслуговування; просторова суперпозиція (накладання) зон обслуговування різних рангів [189, с.542].

На основі теорії центральных місць В. Кристаллера і наукових розробок українських вчених [189, 90, 212, 83] у дослідженні виявлені особливості територіальної організації МК Вінницької області:

- 1) Кількість медико-оздоровчих закладів у населеному пункті (центральне місце) прямо пропорційна його величині: функціонує, як правило, один, але багато профільний заклад (усі 27 районних центрів і міста обласного підпорядкування);

2) із зростанням чисельності людей у населеному пункті, збільшується і набір різних видів медичних послуг, які надаються залежно від потреб і вимог, крім того, якщо до ФАП у сільській місцевості приписано багато сіл, загальна чисельність населення яких перевищує 10 тис. чол., його переорганізують в амбулаторію незалежно від рангу населеного пункту в якому даний ФАП розташовано;

3) спеціалізовані та висококваліфіковані медичні послуги (мед послуги вищих рангів) можна зустріти лише у великих населених пунктах, які є ЦМО вищих рангів;

4) вузькоспеціалізовані відділення, медичні заклади регіонального та національного значення, диспансери та центри рідкісної медичної допомоги розташовуються в центрах з високим рангом медичного обслуговування – міста Вінниця, Хмільник, Могилів-Подільський, Немирів, Гайсин, Тульчин, Козятин;

5) існує територіальна ієрархія медичних центрів Вінницької області: а) найвищий ранг має лише один ЦМО – Вінниця; б) ЦМО вищих рангів – районні центри, що мають центральну лікарню з супутніми підрозділами на зразок дитячої лікарні, диспансерів, лабораторій, СЕС, та ін.; в) кількість ЦМО кожного наступного (нижчого) рангу зростає відповідно до кількості населених пунктів, що мають дільничні лікарні; г) територіальні зони медичного обслуговування мають сталу мережу; д) ЦМО високого рангу мають весь перелік медико-оздоровчо-профілактичних установ та послуг ЦМО всіх попередніх (нижчих) рангів;

б) розвиток МК значною мірою визначається потребами населення даного центру, а не його оточення (периферії);

7) згідно з принципами управління МК, зона впливу медичних закладів області визначається її адміністративними кордонами, але центри, що мають міжобласне, республіканське та міжнародне значення мають дещо ширші зони обслуговування.

МК та його територіальні елементи характеризуються різними ступінями концентрації медичних установ, їх обслуговуючої інфраструктури.

Високим ступенем концентрації характеризується МК з високим рівнем територіально-функціональних зв'язків між усіма типами медичних закладів різного профілю та спеціалізації. Цим утворенням притаманні складність проведення медико-оздоровчого процесу, професійно кваліфікований медперсонал та економічна ефективність функціонування. МК в наявності якого фіксується недостатня ступінь організації і проведення медико-оздоровчого процесу, відсутність переважної більшості фахівців і типів медичних установ, незначна економічна ефективність функціонування та залежність медичних установ нижчого ієрархічного рівня від закладів вищого рівня, (що знаходяться переважно в медичних центрах), буде мати низький показник концентрації відповідних закладів. Крім того, населення що проживає у зоні впливу МК з низьким рівнем концентрації медичних об'єктів постійно відчуває дефіцит у тих чи інших спеціалізованих послугах, внаслідок чого для таких територій характерні маятникові та внутрішні міграції медичного спрямування.

Кожен медичний заклад має свою територію обслуговування, тобто просторова організація діяльності цих установ має зони впливу. Повсюдний характер розміщення мають ФАПи, амбулаторії, дільничні лікарні (ДЛ) (сільська місцевість) та лікарняні і поліклінічні заклади (у містах). Вони формують локальні зони впливу і є територіальними системами організації медико-оздоровчого процесу місцевого значення. Вибірковий характер розміщення властивий спеціалізованим та обласним лікарням, дослідним центрам, консультативним кабінетам. Кожен МК має у своїй структурі системоутворюючий центр (ядро), у якому здійснюється вузька і рідкісна спеціалізована допомога, що має регіональний чи національний характер.

Зони впливу не функціонують окремо, вони взаємодіють, накладаються одна на одну, перекриваються, утворюють ареали, різні за розміром та конфігурацією, райони і міжрайонні утворення, що дозволяє говорити про наявність просторових поєднань. А разом із системоутворюючими центрами

вони формують територіальні комплекси медичних закладів різного таксономічного рівня [181, с.7-9; 188, 213].

Територіальні комплекси мають, як високий рівень розвитку (повний “комплект” медичних установ), так і недостатній рівень розвитку (відсутній певний медико-оздоровчий заклад). Це сприяє поглибленню функціональних зв'язків з територіальними системами різних типів і рівнів, стимулює поглиблення спеціалізації.

МК обласного рівня має складну *компонентну структуру*, він є полікомпонентною системою й ділиться на певну кількість підсистем нижчого ієрархічного рівня. *Компонентна структура МК* формується на основі співвідношення медико-економічних та медико-соціальних параметрів функціонування галузей та видів діяльності господарства. Вона лежить в основі визначення основних напрямів охорони здоров'я. Досліджуючи РМК Вінницької області було виділено 26 компонентно-функціональних підсистеми (рис.1.1.). До цих підсистем входять різні за цільовим призначенням заклади медичного профілю, які відіграють свою роль у проведенні процесу медичного обслуговування. Інтеграція їх у єдине ціле здійснюється завдяки тісним внутрішнім та зовнішнім зв'язкам між компонентами систем, збереженню основних властивостей та виконанню усіх функцій кожним з елементів комплексу.

Управлінська структура МК – це поєднання на певній території управлінських і контролюючих органів, що виконують певні охороннооздоровчо-регулятивні функції відповідно до існуючої системи ієрархічної субординації державних владних структур. Ограни управління і контролю медико-оздоровчої діяльності адміністративної області формують складну систему, що дозволяє координувати медико-економічні процеси у господарському комплексі регіону, характеризується наявністю власних компонентної та територіальної структур і рівнів управління. Сучасному МК властиві співвідношення економічних процесів та явищ, які відбуваються у

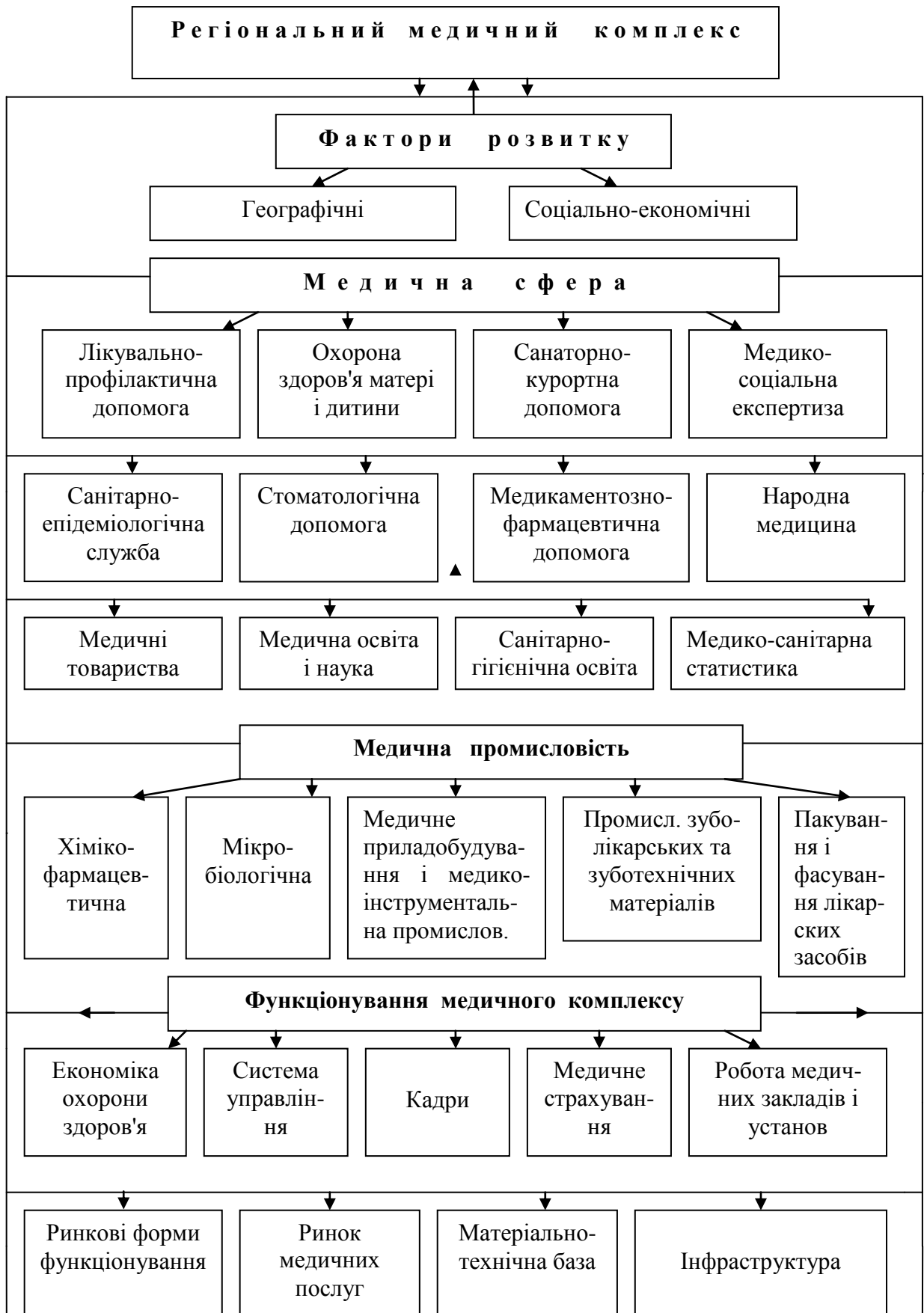


Рис. 1.1. Функціонально-організаційна структура медичного комплексу

охорони здоров'я та медицині внаслідок розвитку суспільно-географічного комплексу регіону. Дослідження таких співвідношень здійснює *економіка охорони здоров'я*, яка вивчає дію законів ринку в системі медичної допомоги та вплив охорони здоров'я на основний фактор виробництва – трудові ресурси. Внаслідок розвитку ринкових відносин у системі охорони здоров'я, МК характеризується: а) комерціалізацією охорони здоров'я; б) збільшенням обсягів платних медичних послуг; в) розвитком маркетингових операцій; г) впровадженням різноманітних форм підприємництва. Пріоритетними ланками „нового” медичного обслуговування є медичне страхування, ціноутворення медичної допомоги, ринок медичних послуг, фінансування медичної допомоги, приватний сектор та підприємницькі форми діяльності в медичній сфері.

У наш час для МК характерні – *державна, приватна та громадська* форми власності. Державний характер охорони здоров'я поєднується з децентралізованою формою управління та рівноправним існуванням приватної, громадської та змішаної форм власності. Маркетингові перетворення в усіх галузях господарства, створили умови функціонування сучасного МК на таких основах ринкової економіки як : *конкуренція, вільне підприємництво та приватна власність*.

Вчені-медики [51, 118, 134] однією з основних галузей сучасного НМК та РМК визначають *лікувально-профілактичну справу (допомогу)*, в якій задіяна більша частина медичних працівників Її підрозділами виступають швидка, стаціонарна та амбулаторно-поліклінічна допомоги. Заклади та спеціалісти галузі виконують провідну функцію системи, займаючись попередженням та виявленням хвороб, забезпечуючи лікування хворих, надаючи їм різні види медичної допомоги.

Галузями МК також виступають медичне страхування, охорона здоров'я матері і дитини, медико-соціальні експертні комісії працездатності, стоматологічна допомога населенню, медична статистика, санітарно-епідеміологічна служба, економіка охорони здоров'я, фармацевтичне

обслуговування населення, „Червоний хрест”, як підгалузь профілактичної медицини та ін.

В наданні лікувально-профілактичної допомоги населенню України та її регіонів беруть участь об'єкти територіальної організації – медичні заклади різних ієрархічних рівнів:

1. *Медичні заклади сільських адміністративних районів* – центральні районні лікарні та районні лікарні, районні та міжрайонні диспансери, дільничні лікарні, лікарські амбулаторії, сільські лікарські дільниці (СЛД) ФАП.

2. *Міський рівень* – лікарні, поліклініки, диспансери, консультативно-діагностичні та медичні центри.

3. *Обласний рівень* – обласні лікарні та диспансери, міжобласні та обласні спеціалізовані центри та ін.

4. *Державний рівень* – спеціалізовані медичні центри, клініки науково-дослідних інститутів і вищих навчальних закладів та ін [175, с.237-238].

МК є досить складною системою як за видами медичного забезпечення, так і за типами закладів охорони здоров'я перелік яких затверджений наказами МОЗ України № 144 від 22 червня 1995 року, № 365 від 04.12.96 р., № 379 від 16.12.96 р., № 360 від 19.12.97 р., № 84 від 03.04.98. р., № 331 від 23.11.98 р. [63, 132, 136, 139], (Додаток 1).

Важливим структурно-утворюючим фактором є потужність, види спеціалізованої допомоги і категорія, що присвоєна ЛПЗ відповідною акредитаційною комісією. Потужність стаціонару визначається кількістю ліжок, а поліклініки – кількістю відвідувань за зміну [29, с.7-10].

Однією з обов'язкових умов, що забезпечують належну якість функціонування МК є проведення ліцензування та акредитації медичних закладів та установ усіх видів та рівнів [3, с.159-161; 30, с. 30-31].

Слід наголосити, що успішне функціонування територіальних систем медико-оздоровчих закладів залежить від зовнішніх зв'язків МК з такими таксонами як: навколишнє середовище; суспільство, його демографічна

ситуація, основні форми розселення та потреби у медичному обслуговуванні; господарський комплекс; наукові установи. Кожен з них стимулює або стримує розвиток комплексу в залежності від географічних та часових координат, наявних потреб і можливостей ці потреби задовольнити.

Територіальна і функціональна організація НМК та РМК ґрунтується на єдиних принципах медичної допомоги. Але ринкові перетворення активно трансформують ступінчасту систему, яка вже сьогодні характеризується розвитком сімейної, страхової, приватної медицини, вільним вибором лікаря, запровадженням досвіду світових систем охорони здоров'я.

Пріоритетна ланка МК – лікувально-профілактична допомога має такі види: **Первинна медико-санітарна допомога (ПМСД) або первинна лікувально-профілактична допомога**, яку надають фельдшерсько-акушерські пункти у сільській місцевості та амбулаторно-поліклінічні заклади – у містах. Ця допомога надається, як правило, за місцем проживання, тобто в локальних територіальних межах. Це основна частина медико-санітарної допомоги населенню, що передбачає консультацію лікаря, просту діагностику і лікування основних найпоширеніших захворювань, травм та отруєнь, профілактичні заходи, направлення пацієнта для надання спеціалізованої і високоспеціалізованої допомоги.[139, с.172-175; 175, с.293-294].

Первинна допомога надається переважно за територіальною ознакою родинними лікарями або іншими лікарями загальної практики. Рівень розвитку ПМД залежить від обсягу витрат, які може дозволити собі країна (регіон), але скрізь – це основа Національної системи охорони здоров'я.

Спеціалізована (**вторинна**) лікувально-профілактична допомога це – надання початкової спеціалізованої допомоги (терапевтичної, хірургічної, педіатричної, акушерсько-гінекологічної), яка реалізується в поліклініках і лікарнях, забезпечує більш кваліфіковане консультування, діагностику, профілактику і лікування, ніж лікарі загальної практики. Таке обслуговування здійснюється у чітко визначених районах.

Вторинну медичну допомогу (ВМД) забезпечують в містах, багатoproфiльнi мiськi об'єднанi лiкарнi та медико-санiтарнi частини, у селах – центральнi районнi та районнi лiкарнi. Інколи на цьому рiвнi трапляються деякi спецiалiзованi диспансери – протитуберкульозний, онкологiчний, тощо. Характер територiально-обслуговуючих зв'язкiв переважно внутрiшньо районний.

Слiд вiдзначити, що первинна та вторинна меддопомоги в Україні, на вiдмiну вiд бiльшостi розвинутих країн, не мають певного адмiнiстративного розмежування; медична допомога другого рiвня включає первинну як свiй компонент. Це призводить до збiльшення спецiалiзованих служб за рахунок дiльничних [41, 139, 175]. В сiльських районах, оскiльки лiкарськi дiльницi територiально вiдокремленi вiд центральних районних лiкарень, останнi здiйснюють медичне управлiння ними.

Загалом первинна та вторинна медична допомога зосереджують в Україні 90% обсягу амбулаторно-полiклiнiчної та 80% обсягу стацiонарної роботи [118]. Сюди вiдносять i мiськi центри спецiалiзованої допомоги, консультативнi кабiнети. Вони служать для надання допомоги мiським та сiльським жителям i мають свої зони обслуговування, якi охоплюють один або кiлька адмiнiстративних районiв.

Високоспецiалiзована (*третинна*) (ТМД) лiкувально-профiлактична допомога це – допомога, що потребує висококвалiфiкованого обслуговування, яка, як правило, може бути надана лише в спецiально обладнаних з цiєю метою центрах та лiкарнях, що пройшли вiдповiдну спецiалiзацiю. ТМД надається лiкарем або групою лiкарiв, якi мають вiдповiдну пiдготовку у галузi складних для дiагностики i лiкування захворювань, що потребують спецiальних методiв, а також з метою встановлення дiагнозу i проведення лiкування захворювань, що рiдко зустрiчаються [41, с.136]. До третинної лiкувально-профiлактичної допомоги належать:

а) комплексна спецiалiзована допомога, яку надають для всiх жителiв в обласних лiкарнях, чи обласних консультативних полiклiнiках;

б) вузька і рідкісна спеціалізована допомога, яка здійснюється в регіональних чи республіканському центрах.

Центри та заклади третинної медичної допомоги (обласні медичні установи – багатoproфільні і спеціалізовані лікарні, спеціалізовані диспансери та республіканські спеціалізовані центри медичної допомоги) відрізняються відносно кращим матеріально-технічним забезпеченням, складністю структури та функцій. Дві функції цих закладів вважають основним: організаційно-методичне керівництво вторинним рівнем та надання хворим висококваліфікованої та вузькоспеціалізованої медичної допомоги. Головною рисою установ третинної допомоги (якщо вважати їх за систему) є наявність двох підсистем: тієї, що управляє, та тієї якою управляють [156, 167, с.34-36]. Підсистема, яка управляє центрами третинної медичної допомоги, складається із підрозділів і кадрів управління, інформації та відповідних матеріально-технічних засобів [120].

Підсистема, якою управляють, містить консультативну поліклініку, вузькі спеціалізовані відділення стаціонару, допоміжні лікувально-профілактичні підрозділи (клінічні, біохімічні та бактеріологічні лабораторії, відділення функціональної діагностики, патологоанатомічні, фізіотерапевтичні та рентгенорадіологічні відділення), тощо. Деякі заклади, як обласна багатoproфільна лікарня, має єдине для регіону відділення планової та екстреної консультативної допомоги. Усі центри мають господарчі служби.

Серед чинників здоров'я більшу половину складають соціальні – умови праці та побуту людей, їхній спосіб життя. Істотний вплив на ці чинники має здійснювати первина допомога, передусім родинний лікар. Проте зусиль лише первинної ланки недостатньо для оздоровлення цих чинників. Ними займається *санітарно-протиенідемічна служба* – не менш важлива галузь МК. Її структурні елементи уособлюють районні (в сільських районах та районах у складі міст), міські, обласні, лінійні, портові та басейнові санітарно-енідемічні станції (СЕС), що підлягають відповідним органам управління або державним санітарним лікарям: районному, міському, обласному. Очолює всю

службу санітарно-протиепідемічне управління МОЗ України [175,с.532-535].

Санітарно-протиепідемічна служба здійснює такі завдання:

- попередження та ліквідацію забруднення довкілля (грунту, водою, атмосферного повітря);

- оздоровлення умов праці на промислових підприємствах, в сільському господарстві, попередження та зниження загальної та професійної захворюваності;

- створення сприятливих умов для нормального розвитку та навчання дітей і підлітків;

- покращення умов харчування населення, впровадження раціонального харчування і попередження отруєнь та захворювань аліментарного характеру (аліментарні захворювання людини пов'язані з неправильним, нерегулярним, неповноцінним або незбалансованим харчуванням чи з споживанням недоброякісної їжі);

- оздоровлення умов праці з радіоактивними речовинами та джерелами іонізуючих випромінювань з метою профілактики професійних уражень;

- попередження, зниження та ліквідацію інфекційних та паразитарних захворювань, попередження заносу і розповсюдження карантинних інфекцій в країну [20, с.10-14; 66].

Перелік цих завдань свідчить про їхній профілактичний характер. Ця профілактика також називається первинною, оскільки спрямована на причини захворювань, на їхнє попередження. Очевидною є перевага санітарно-профілактичних заходів перед лікувально-профілактичними.

Найпростішу структуру має районна (в сільській місцевості) санітарно-епідеміологічна станція. Вона складається із санітарно-гігієнічного та епідеміологічного відділів. У складі першого є лабораторія, а в складі другого – бактеріологічна лабораторія та дезінфекційне відділення.

Міська та районні (в містах) СЕС мають потужнішу структуру. Санітарно-гігієнічний відділ спирається на лабораторії комунальної гігієни, гігієни праці, харчування та гігієни дітей та підлітків. Епідеміологічний відділ

складається із протиепідемічного та паразитологічного відділення та бактеріологічної лабораторії. Відокремлено дезинфекційний відділ, що складається із відділень евакуації та вогнищевої дезинфекції, камерної дезинфекції та санітарної обробки, профілактичної дезинфекції, дезинсекції (заходи по знищенню шкідливих членистоногих – носіїв хвороб) та дератизації (комплекс заходів по боротьбі з гризунами – джерелами чи переносниками інфекційних хвороб або в разі перенесення екологічних збитків) [81, с.3-5].

Обласна СЕС має санітарно-гігієнічний, дезинфекційний, епідеміологічний, організаційний відділи та відділ особливо небезпечних інфекцій. Санітарно-гігієнічна частина представлена відділеннями радіологічного; комунальної гігієни; гігієни праці і харчування; гігієни дітей та підлітків та опирається на однойменні лабораторії фізико-хімічних методів дослідження; дослідження отрутохімікатів та токсикологічну лабораторію.

СЕС здійснюють державний санітарний нагляд, що проявляється в двох основних формах [168, 169]. Попереджувальний санітарний нагляд за будівництвом, плануванням та забудовою населених пунктів, перспективним плануванням розміщення промисловості. Поточний санітарний нагляд здійснюється за об'єктами комунального господарства та промислових підприємств, харчовими закладами, дитячими дошкільними, шкільними та іншими навчальними закладами, джерелами радіоактивних речовин та іонізуючих випромінювань [169].

Проведення аналізу загальної, професійної, інфекційної та паразитарної захворюваності у поєднанні з вивченням санітарно-гігієнічної та санітарно-протиепідемічної ситуації дозволяє виявити причини, що впливають на стан здоров'я населення і функціонування МК, погіршення медико-географічної ситуації та розробити конкретні заходи щодо його поліпшення. Однак традиційно СЕС здебільшого займаються дослідженням інфекційної захворюваності. Щодо загальної захворюваності, то це вивчення перебуває в зародковому стані.

Медико-фармацевтична допомога (медикаментозна) населенню включає весь комплекс фармацевтичних послуг і перебуває у тісній взаємодії з усіма видами медичної допомоги. Забезпечення галузей МК та населення здійснюється через фармацевтичні заклади, аптеки, оптики, магазини медичної техніки і обладнання, контрольні-аналітичні лабораторії та ін [139, с.35-360].

Розглянуті положення про організацію і структуру МК свідчать про диспропорції між розміщенням потужностей лікарняних, амбулаторно-поліклінічних закладів та СЕС і потребами населення у медичному обслуговуванні. Розташування об'єктів охорони здоров'я у міських поселеннях та сільській місцевості демонструє те, що сільське населення набагато слабше забезпечене медичними установами, ніж міське [80, 209, 208, с. 129-130].

Наукове обґрунтування організації медичного процесу на всіх територіальних рівнях з метою оптимізації просторової організації об'єктів охорони здоров'я має визначальне значення в дослідженнях МК, а особливо тих його утворень, що функціонують у межах адміністративних областей та макрорегіонів.

1.2. Особливості територіальної організації медичного комплексу обласного регіону

Основним завданням МК є організація медичної допомоги населенню на якомога вищому рівні обслуговування та ефективність медико-оздоровчого-профілактичного процесу. Організація медичної допомоги – це результат її дії на основі певних особливостей.

Особливості організації медичної допомоги виявляються відношеннями між захворюваністю людей, територією на якій фіксується ця захворюваність і діяльністю установ МК. Вивчення і практичне використання таких особливостей дозволяє розробити найефективніші шляхи до поліпшення територіальної організації РМК, враховуючи вимоги регіональної політики.

Особливості організації медичного комплексу, що виявлені нами в процесі вивчення РМК Вінницької області наступні:

Особливість впливу умов життєдіяльності населення регіону проявляється в тісних зв'язках між клімато-природними властивостями території, населенням, системою розселення, територіальною організацією виробництва, територіальним поділом праці та спеціалізацією галузей господарства. В результаті (під впливом природних і соціально-економічних передумов) в області склалась конкретна медико-географічна ситуація (МГС) – стан просторово-диференційованої системи зв'язків між здоров'ям населення та навколишнім середовищем [10, 105, 109, 204, 206, с.13-14]. Це ситуація, що склалась внаслідок взаємодії впливу навколишнього середовища на здоров'я людини та поширення тих чи інших хвороб у конкретному регіоні. Маючи усі ці данні стає можливою розробка оптимальної просторової структури РМК Вінницької області.

Особливості поширення або виникнення ймовірних захворювань в регіоні, які виникають під впливом умов даної місцевості дають можливість попередження хвороб характерних для Вінницької області шляхом ефективної профілактики.

Особливості формування демографічної ситуації. Історично складені демографічні процеси, зокрема такі, як переважання кількості жінок, фізичний розвиток населення, густота поселень потребують відповідності у територіальній організації медичної допомоги. Наприклад, при високій густоті населення збільшується кількість контактів між людьми, внаслідок чого зростає рівень захворюваності на хвороби органів дихання, інфекційні хвороби та ін., що в свою чергу потребує швидкої допомоги, та можливості обслуговувати велику кількість людей за короткий проміжок часу. Статеві-вікова структура та будь які її зміни спонукають РМК до відповідного реагування з боку профілактичної, фармацевтичної, стоматологічної та ін. ланок комплексу. Відповідно статевої та вікової структур формується організація , наприклад, педіатричної допомоги, акушерсько-гінекологічної та ін.

Особливість системи розселення в області своєю сутністю пов'язана з визначанням оптимального числа медичних установ, які будуть спеціалізуватись відповідно до потреб.

Особливості потреб населення в медичній допомозі та її розподіл згідно з видами медпослуг. Потреба в медичній допомозі визначається передусім чіткими кількісними показниками або так званими нормами і нормативами. Звідси виходять і особливості нормування медичної допомоги для конкретної території (Вінницька область), тобто визначення показників оптимального (норми) та можливого (нормативу) забезпечення населення медичною допомогою, виходячи з існуючих матеріально-кадрових ресурсів. Норматив може збігатися із нормою або бути нижчим за неї [41,с.244-245; 72, 171]. Норми і нормативи ґрунтуються на трьох принципових положеннях: вичерпній захворюваності населення, реорганізації системи медичної допомоги і обґрунтування затрат робочого часу для здійснення необхідних діагностичних, лікувальних та профілактичних медичних послуг. Процес нормування медичної допомоги – неодмінний атрибут забезпечення її ефективності. Чим складнішою стає система, тим важливішими стають науково обґрунтовані критерії її функціонування, серед яких норми і нормативи забезпечення медичною допомогою відіграють визначальну роль.

Однією з самих значимих особливостей організації МК та його регіональних утворень є те, що функціонування комплексу відбувається в ринкових умовах. *Особливості ринкових аспектів* притаманні медичному обслуговуванню сучасності виходять з розповсюдження *приватної власності, конкуренції та вільного підприємництва*. Все більше медичні послуги сьогодні, і у Вінницькій області зокрема, надаються в нових умовах і „новими” лікарями – в амбулаторіях лікарів сімейної практики, в приватних медичних закладах та в установах лікувального профілю зі змішаними формами власності. Лікар загальної практики є автономною фігурою, може одночасно працювати в лікарні, набирати помічників і оплачувати їх працю із свого доходу. Такий лікар може працювати індивідуально, або співпрацювати невеликою групою з

іншими лікарями загальної практики. Як правило сімейний лікар працює індивідуально, коли обслуговуване ним населення мешкає на дуже великій території; групова практика є більш популярною, оскільки дає можливість працювати по черзі, заступати один одного на випадок відрядження, консультуватись в колег, які мають кращі фахові знання, спільно придбати необхідне діагностичне та інше обладнання.[174, с.268-27]

В розвинутих країнах світу, пацієнт може бути зареєстрований тільки в одного лікаря і без його направлення не може отримати консультації у вузького спеціаліста чи бути госпіталізованим. В нашій державі така тенденція ще не встановилась, оскільки ринкові моделі медичної допомоги перебувають у стадії формування. Самі ж центри медичного обслуговування „нового” покоління (у Вінницькій області це здебільшого приватні кабінети (стоматологічні, масажні, косметологічні та ін.), лікувально-діагностичні центри („Центр Стопи” ,гінекологічні, імунологічні та ін.), аптеки, одногоалузеві медичні клініки (стоматологічні, ЛОР-клініка, офтальмологічні та корекції ока та ін.), медичні пункти та лікувальні центри великих промислових підприємств змішаної форми власності (медцентри заводів та відомчих установ, науково-дослідних установ), спільні підприємства медико-фармацевтичної промисловості (імунологічне, мікробіологічне підприємства), пансіонати, дитячі табори, санаторії а також обладнання і устаткування, залежно від моделі фінансування можуть бути приватною власністю, власністю групи лікарів (підприємців) або власністю держави. Великий вплив на приватну практику здійснюють методи фінансування та моделі страхової медицини.

Різні форми організації МК в тому числі і територіальної, сьогодні повністю і нероздільно пов’язані з новими різноманітними формами власності. Це дає підстави говорити про нову модель територіальної організації РМК, розвиток та структура якої взаємодіють з маркетинговими перетвореннями в галузях лікувальної допомоги та на ринку медичних послуг. Сьогодні можна говорити про переважання приватного характеру у стоматологічному, косметологічному, фармацевтичному обслуговуванні.

Розробку заходів, спрямованих на організацію території відповідно до вимог (в даному випадку РМК), називають принципами розміщення [69, с. 15-20] об'єктів охорони здоров'я. Першим і найголовнішим – є *принцип раціонального розміщення об'єктів МК*. Це означає, що при розміщенні медичних закладів та установ ефективність процесу, що здійснюється МК повинна бути найвищою.

З принципом раціональності тісно пов'язаний *принцип комплексного розміщення об'єктів МК*. Згідно з ним це розміщення передбачає: а) можливість комплексного використання різних видів медичних послуг [121, 144]; б) раціональний підхід до організації охорони здоров'я з урахуванням потреб різних вікових груп, чоловічої і жіночої статі; в) відновлення ефективності зв'язків між всіма ланками МК (система лікувальних закладів – медична промисловість – система матеріально-технічного постачання – спеціальна освіта – транспорт та зв'язок – система управління)

Принцип збалансованості, пропорційності розміщення об'єктів МК передбачає дотримання збалансованості між потужностями та можливим обсягом обслуговування МК – з одного боку, і наявністю потреби в послугах комплексу – з іншого. Дотримання пропорційності між основними об'єктами МК та обслуговуючою інфраструктурою.

Окрім принципів розміщення об'єктів МК, слід звернути увагу на *принципи загальної організації МК* та медичної допомоги – правила впорядкованості і взаємодії об'єктів МК. Усі принципи організації є досить характерними для сфери послуг, складовою частиною якої є і МК.

Одним з важливих є *принцип макро і мікроекономічних рівнів медичної допомоги*. Його суть полягає в тому, що економічні аспекти функціонування МК в умовах ринку (рис.1.2) умовно можна розділити на два рівні: макро – (державний та регіональний), і мікро – (пацієнт, медпрацівник, медичний заклад, об'єднані медичні заклади) [41, с.256-257].

На макрорівні визначається обсяг асигнувань, які держава має виділити на медичну допомогу, та їхня частка, що йде на мікрорівень; створення пільг та

заохочень для залучення додаткових коштів з боку промислових підприємств та окремих громадян; надання інвестицій на розвиток медичної допомоги та МК; розробка методології та методики ціноутворення в системі медичної допомоги; встановлення співвідношення факторів МК.

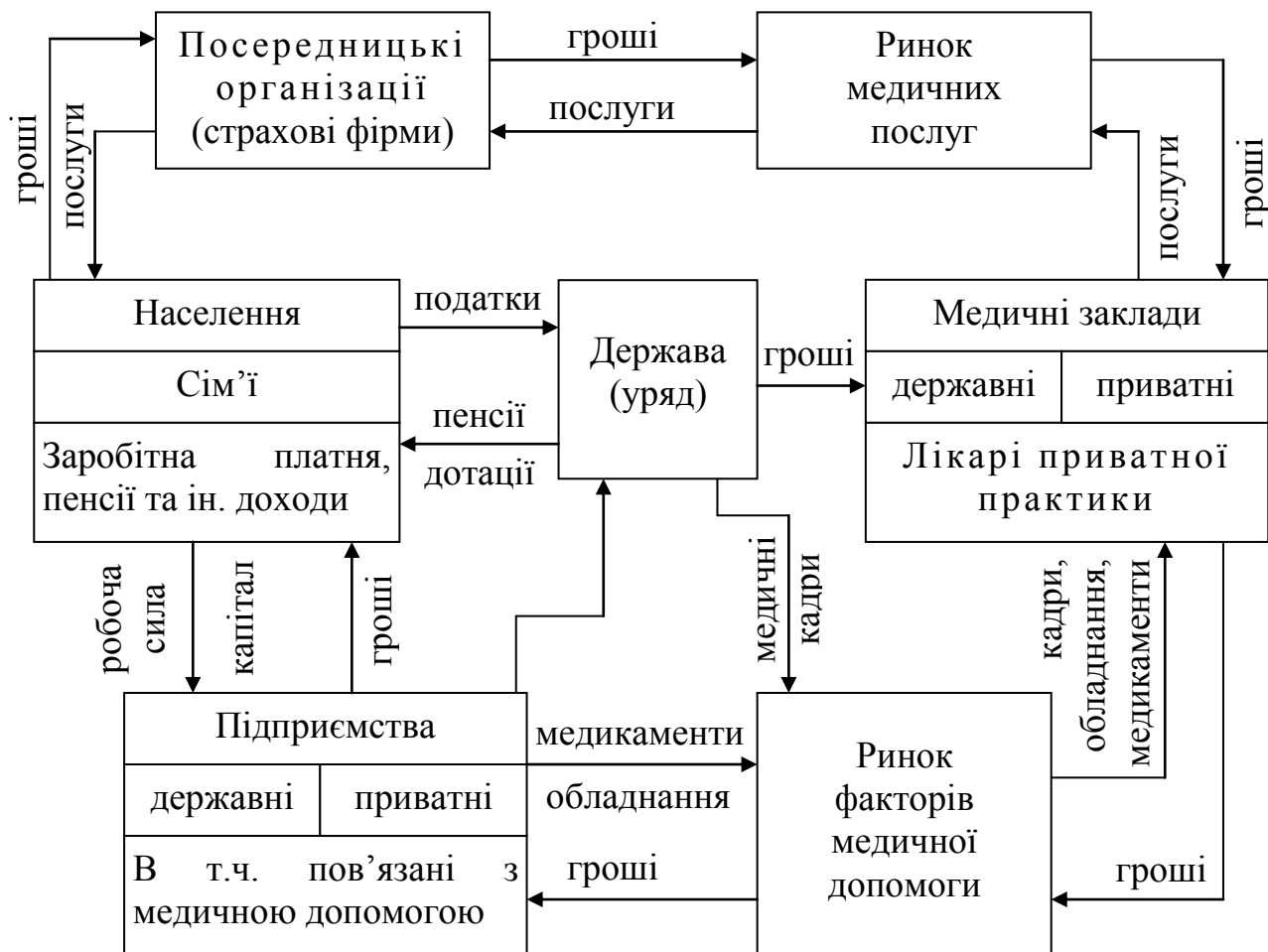


Рис. 1.2. Функціонування МК в умовах ринку.(за Голяченко О.М., 1997)

На мікрорівні досліджуються процеси функціонування ринку медичних послуг, певні економічні пропорції в межах медичного закладу, зокрема співвідношення факторів медичних послуг, заробітної платні та інших видатків на медичну допомогу, ціноутворення, зміни рівня попиту населення на медичні послуги тощо [45, 128]. Основною метою на цьому рівні є задоволення оптимальної потреби людей в медичній допомозі залежно від суспільних можливостей і власних духовних потреб і цінностей.

Принцип попиту на медичну допомогу, як прояв потреби у здоров'ї та відносна пропорція наголошує, що центральне місце в теорії ринкової системи посідає механізм *балансування* попиту і пропозиції. Ціна товару (послуги,) виконує функцію регулятора цього механізму, який орієнтує споживача і суспільство в цілому на досягнення оптимальної економічної діяльності [90]. При цьому діють такі закони попиту та пропозиції: попит перебуває в обернено пропорційній залежності від ціни – чим вища ціна, тим менша кількість попиту і навпаки. Пропозиція перебуває у прямо пропорційній залежності від ціни – чим нижча ціна товару, тим менша кількість товарів пропонується; вища ціна обумовлює вищий рівень пропозиції.

Попит на медичну допомогу, як прояв потреби у здоров'ї, реалізується через звернення громадян до медичного закладу. Потребу у здоров'ї умовно можна розділити на дві категорії: потребу власне здоров'я (профілактики хвороб) і потребу зцілення від недуги або зменшення її негативних наслідків (лікування хвороб) [118, 147, 148].

Отже, якщо попит на медичну допомогу проявляється через звернення пацієнта за нею, то пропозиція реалізується через якість та ефективність медичної допомоги. Якість та ефективність медичної допомоги – це синонім її ціни (вартості).

Психологічно-філософською основою закону попиту є принцип *максимального задоволення потреб споживача* [190, с.158-160]. В міру купівлі (придбання) кожної нової одиниці споживання (*ДК*) настає зниження цього задоволення. Це отримало назву закону зниження граничного задоволення (*ГЗ*). Математично він визначається так:

$$\Delta ГЗ / \Delta ДК < 0 \quad (1.1)$$

Зрозуміло, що готовність купляти нові товари (послуги) також знижується. При цьому максимальне задоволення потреби в товарах та його зниження в міру насичення товарами залежить від величини доходу споживача. Чим він вищий, тим на вищому рівні проявляється ця закономірність. Встановлено, що залежність рівня попиту від величини доходу на товари

(послуги) першої необхідності є меншою у порівнянні із залежністю на товари розкошу [41, с. 263].

Екстраполюючи ці закони на медичну допомогу, слід відмітити їхню ідентичність загальним проявам. Чим вищий рівень асигнувань на медичну допомогу, тим ширші можливості задоволення потреб пацієнта. При цьому кожна медична послуга знижує потребу у наступній, особливо, якщо вона якісна та ефективна. В меншій мірі це стосується послуг першої необхідності або так званого екстреного характеру, коли на перший план виступає стан пацієнта. В більшій мірі це стосується профілактичних послуг.

Усі перераховані вище принципи науково обґрунтовані й застосовуються на практиці при проведенні регіональної політики держави. Вони дозволяють вживати заходи щодо перебудови структури і управління РМдК та технологічного оновлення медико-оздоровчого процесу.

1.3. Методи і методика дослідження територіальної організації медичного комплексу адміністративної області

На достовірність та ефективність будь-якого наукового дослідження вирішальний вплив має методологічна обізнаність дослідника, яка складається із застосованих ним методів, принципів та підходів наукового пошуку в конкретному напрямі, з визначеної проблематики. Під принципами можна розуміти методологічну позицію дослідника. Поняття „метод дослідження” трактують як „систему прийомів збору, обробки, планомірного і цілеспрямованого вирішення теоретичних і практичних завдань” [88, 89, 117]. Основою для використання наукових методів виступають підходи [46, 50].

Дослідження територіальної організації МК адміністративної області здійснюються на основі *системного підходу і структурного аналізу*. Системний підхід отримується з суми загальнонаукових підходів (ситуаційного, генетичного, проблемного, історичного, функціонального). Він враховує цілісність, відносну самостійність, поліструктурність, ієрархічність внутрішніх

зв'язків регіону а також його взаємозв'язки із зовнішніми економічними, соціально-політичними і екологічними системами [145, с.50-51]. Вище перераховані ознаки дають наукову підставу виділення в межах адміністративної області МК, як самостійного об'єкту дослідження. Дослідження територіальної організації обласного МК трансформують системний підхід в комплексно-регіональний [22, с.35-36], тому що існує специфіка медичної діяльності і обслуговування, обумовлена регіональними соціальними особливостями.

Методичну базу дослідження проблем територіальної організації МК адміністративної області склали групи загальнонаукових, загально географічних методів та методів суміжних наук [13, 117, 155, 33, с.6-9]. Серед *загальнонаукових* – аналіз та синтез, як універсальні методи пізнання, а також літературний, графічний, історичний, прогнозування, експедиційний; *загальногеографічні* – соціально - і економіко-географічний аналіз картографічний, географічна систематизація, класифікація і типізація, географічне таксонування (виділення районів, зон), порівняльно-географічний, регіонального аналізу [201, 211]. Серед *методів суміжних наук* – математичні, статистичні, соціологічні, екологічні та ін.

Дослідження проводиться у 3 етапи. **На першому етапі** обирається об'єкт дисертаційної роботи (МК Вінницької області), конкретизується його предмет (особливості територіальної організації Вінницького МК), формулюється тема і основні завдання дослідження. На цьому етапі визначаються складові комплексу як єдиної системи шляхом вивчення внутрішніх і зовнішніх взаємозв'язків. Досліджуються принципи, норми та нормативи, фактори територіальної організації МК, здійснюється підбір найбільш ефективних наукових методів і методик вивчення структурних особливостей, територіальної пропорційності розвитку, закономірностей функціонування його елементів. Здійснюється експедиційний метод через збір первинного статистичного матеріалу про особливості територіальної організації МК, характер його формування, особливості впливу різноманітних факторів на

процес надання медичних послуг. У цьому відношенні важливе значення при дослідженні МК мали інформаційно-консультативні зв'язки з Обласним управлінням охорони здоров'я у Вінницькій області, Обласним медико-статистичним аналітичним медичним центром, Вінницьким національним медичним університетом ім. М.І.Пирогова і особливо з кафедрою соціальної медицини та організації охорони здоров'я, Обласним управлінням статистики, Обласною медичною бібліотекою тощо. Отримувались консультації фахівців інших наукових закладів, представників громадських організацій.

На *першому етапі* використовуються такі методи дослідження як літературний, соціально - і економіко-географічного аналізу історико-географічний, аналізу і синтезу, порівняльно-географічний, статистичні, соціологічні, експедиційний та ін. Завдяки літературному методу було досліджено наукові праці з медико-географічної [10, 16, 205, 208, 202], соціально-медичної [41, 175, 30, 120, 139] тематики, проблем сталого розвитку [8, 152, 162, 167, 157] та удосконалення територіальної структури СГК адміністративної області [145, 31, 37, 137, 199], формування обласного МК [173, 178, 181, 104, 111]. Було здійснено раціональний вибір думок і сформовано робочу гіпотезу.

Порівняльно-географічний метод дозволив співставити різні моменти розвитку суспільно-географічних явищ та провести порівняння існуючих на різних історичних етапах і у різних країнах світу теоретико-методичних розробок щодо здійснення медико та регіонально-географічних досліджень, підходів до шляхів розв'язання проблем МК, формування і розвитку РМК, НМК. Також, істотно розкривається за допомогою порівняльно-географічного методу [36, с.3] територіальна організація РМК : для аналізу відмінностей у розміщенні потужностей медико-оздоровчих та профілактичних установ у сільських і міських населених пунктах, адміністративних районах області; дослідження причин їх нерівномірного розташування й розвитку.

Головним показником рівня розвитку МК Вінницької області є соціально - і економіко-географічний аналіз. Його проведення можливе за умов

детального вивчення компонентно-функціональних структур окремих медико-оздоровчо-профілактичних та лікувальних установ, територіальних особливостей їх розміщення, потреб у медичному обслуговуванні, основних рівнів управління та організації. Не менша увага приділяється місцю та функціям МК в сфері послуг [12] та національному господарському комплексі.

Для визначення цих категорій слід використовувати, по-перше, статистичні дані у розрізі територіальних одиниць (наявних в області), таких як сільські та міські населенні пункти, адміністративні райони, міста обласного підпорядкування і обласний центр; по-друге, потрібно враховувати дію ряду факторів, що характеризує формування, розвиток й територіальну організацію медичного комплексу. Серед них виділяємо природні (фізико-географічні) – вплив кліматичних, гідрологічних умов, основних форм рельєфу та ландшафтів, природно-ресурсний потенціал; соціально-економічні, економіко - і соціально-географічне положення досліджуємої території, демографічна ситуація та система розселення, функціонально-компонентна структура господарського комплексу та задоволення потреб в медичному обслуговуванні, економічна освоєність території, доступність медичних установ; історичні особливості формування медичної територіальної системи у просторі і часі; антропогенні – характер змін навколишнього середовища, техногенне навантаження на територію [7, 54, 56, 68, 186]. Розкриття цих факторів дало можливість сформулювати методологічну концепцію суспільно-географічного аналізу МК, як територіальної системи та ґрунтовно вивчити такі основні аспекти функціонування МК Вінницької області: 1) вивчення особливостей територіальної організації РМК Вінницької області; 2) вивчення функціонально-компонентно структури РМК Вінницької області, визначення її місця і ролі в народному господарстві, як підсистеми комплексу сфери послуг; 3) аналіз економічної ефективності організації РМК Вінницької області; 4) визначення обсягу попиту на медико-оздоровчий процес; 5) вивчення основних факторів розвитку, розміщення, формування і функціонування РМК у Вінницькій області; 6) оптимізація територіальної структури відносно потреб на

медобслуговування і потужностей закладів медицини; 7) обґрунтування основних напрямків удосконалення оздоровчо-профілактичного процесу, лікування та реабілітації.

Для повного аналізу й оцінки рівня розвитку кожної галузі МК або окремого виду медичних послуг доцільно користуватись не одним показником, а певною їх системою [55, 53 с. 26-28]. Оцінка рівня медичного обслуговування базується не тільки на даних про кількість лікарів та лікарняних ліжок на тисячу жителів, необхідно знати забезпеченість населення різними видами й формами медичних послуг, потрібна певна система показників.

Процес досліджень РМК має за мету розробити і дослідити науково-методологічну концепцію функціонування і територіальної організації МК адміністративної області. Тому, доцільно, для досягнення цієї мети, використовувати систему різноманітних прийомів, підходів та методів для встановлення істини

Для оцінки рівня розвитку МК обласного регіону використовують порівняння фактичних показників медичного обслуговування – абсолютних та відносних (для даного регіону) з найбільш високими або пересічними їх значеннями. Також показники, що характеризують МК окремого району порівнюють з найбільш розвиненим районом, або з пересічними показниками в області чи країні, застосовано індексний аналіз, суть якого у визначенні пропорційності, у даному випадку, кількості медичного персоналу до чисельності населення в розрізі кожного району Вінницької області.

Медичний комплекс характеризується наданням послуг населенню в безпосередньому контакті з ним, тому вивчення обов'язково спирається на такий засіб дослідження, як збір соціологічних даних. Сьогодні накопичено чимало даних стосовно впливу умов, способу життя людей та їхньої поведінки на здоров'я. Однак досі перелік соціальних факторів здоров'я або нездоров'я (часто їх називають факторами ризику) не ідентифіковано з декількох причин. По-перше, досліджень проведено ще недостатньо для загальноприйнятої ідентифікації цих чинників; по-друге, соціальні фактори вельми лабільні через

швидку плинність соціальних умов життя людей; по-третє, на прийняття певного переліку соціальних факторів впливають дослідження, що проведені раніше, регіональні особливості, тощо.

Для кожної територіальної одиниці характерна наявність історичних змін рівнів розвитку РМК у різні періоди існування й функціонування. Дослідити ці зміни дає змогу історичний метод, тобто виявити відмінності, які відбулися в РМК впродовж історичного процесу на різних його стадіях. Історичний метод дозволив розглянути явища і процеси формування й функціонування МК у їх еволюційному розвитку і динаміці, ознайомитись з ходом розвитку науково-географічної думки щодо питань місця МК у комплексі сфери послуг та СГК [15, 25].

Оскільки функціонування МК пов'язане з масовими явищами, тобто з такими, які поширюються на групи людей, природно буде використовувати у його дослідженнях статистичні методи і генеральну [219, с.67-79] статистику (яка включає усі одиниці спостереження); вибіркова статистика (включає певну частину одиниць спостереження, але ця частина здатна відображати або репрезентувати усю генеральну сукупність); вибірки: механічна, типологічна, районована, комбінована.

На другому етапі дослідження проводиться структурний аналіз територіальної організації [186] обласного МК. При цьому найбільш повно використовується цілий ряд наукових методів: математичні, порівняльно-географічний, статистичний, графічний, картографічний, економіко-географічної систематизації (типізація і класифікація), медико-географічного районування, прогнозування. Здійснюється обробка зібраних матеріалів, розраховується ряд медико-географічних характеристик та відстежується їх територіальна диференціація в межах досліджуваного регіону. Проводиться співставлення, систематизація та представлення зібраного в результаті експедиційного етапу й отримання при розрахунках матеріалу у вигляді таблиць, схем, графіків, картосхем [41, 101, 109, 112, 137].

Застосування методу балансів, яке полягає в дослідженні кількісних співвідношень між складовими частинами [55, с.161-162] РМК, дало змогу виявити залежності у взаємодії компонентів медичного комплексу, диспропорції їх взаємного функціонування. Міжкомпонентний баланс відобразив співвідношення компонентів РМК Вінницької області, які об'єднуються виконанням спільної функції – оздоровлення населення. А внутрішньоконпонентний баланс визначив співвідношення між частинами компонентів. Наприклад співвідношення амбулаторно-поліклінічної, швидкої та спеціалізованої медичної допомоги в галузі лікувально-профілактичних послуг, і водночас її самої в цілому РМК Вінницької області відносно інших не менш значущих галузей комплексу.

Функціонування (діяльність) медичних закладів та здоров'я людей змінюються в часі. Вивчення динаміки явищ є важливою складовою досліджень функціонально-компонентної структури РМК та аналізу стану здоров'я і діяльності систем МК. У нашій роботі наводяться динамічні ряди чисел [41, с. 210-212] по Вінницькій області, наприклад:

Таблиця 1.1.

Динамічні ряди зайнятості лікарняних ліжок у медичних закладах області з 1996 по 2002 роки

Роки	Зайнятість ліжка (в днях) у медичних закладах (загальна)
1996	340,1
1997	340,9
1998	338,0
1999	341,0
2000	343,0
2001	339,1
2002	344,2

Для аналізу динаміки явища застосовуються такі показники :

Темп росту – відношення усіх чисел динамічного ряду до попереднього рівня, який приймається за 100%.

Темп росту зайнятості ліжка медичного закладу для 1997 року склав $340,9 / 340,1 \times 100$.

Абсолютний приріст – різниця між наступним і попереднім числами динамічного ряду. Для 1997 року абсолютний приріст склав $340,9 - 340,1 = 0,8$ дня, для 2002 року – $344,2 - 339,1 = 5,1$ дня.

Темп приросту – відношення абсолютного приросту до попереднього числа. Для 2002 року – $5,1 / 339,1 \times 100$.

Динамічний ряд дозволяє виявити тенденцію явища і зробити прогноз на майбутнє. Найпростіше це зробити збільшивши інтервали, тобто, врахувавши показники не за рік, а за більші терміни часу. Можна застосувати і т.з. ковзну пересічну. Наприклад, визначається пересічна зайнятість ліжка за 1996-1998 рр., 1999- 2001 і т.д., а потім 1996 рік опускається і береться пересічна за 1997-1999, 2000-2002 і т.д.

За допомогою порівняльно-соціологічного методу можливе визначення місця РМК у НМК нашої держави. На прикладі додатку 2 досліджуємо територіальні відмінності в адміністративних районах Вінницької області.

Взагалі, статистичні методи застосовано для розробки типових форм й інформаційно-цифрових матеріалів [41, 140, 143, 146], що стосуються умов розвитку та функціонування МК адміністративної області. Подальше застосування статистичних матеріалів тісно взаємодіє з балансовим методом – виявлення як кількісних, так і якісних диспропорцій між різними компонентами та структурами обласного МК, прямої або оберненої залежності між ними, включаючи пропорційну, геометричну та арифметичну форми [110, 117, 211]. Це веде до тісного зв'язку і з графічним методом, тобто ілюстрації співвідношень медико-географічних категорій, процесів, явищ чи їх груп; форм залежності між ними й опису їх рівняннями (пряма, коло, піраміда тощо). Також демонструються зміни параметрів в ході розвитку МК та його елементів,

зокрема динаміка захворюваності, забезпеченість медичними установами та медичним персоналом, захворюваність сільських та міських жителів та ін.

Аналіз функціонально-компонентної структури РМК дає змогу простежити взаємозалежність і взаємопов'язаність окремих частин медичного комплексу, здоров'я людей, діяльність медичних закладів та багатьох інших чинників. Встановити цей зв'язок, його силу та спрямованість дає змогу кореляційний аналіз (кореляція рангів, парна, таблиць, коефіцієнтів, асоціацій) [41, с.216-217].

Кореляційний аналіз використано для дослідження взаємозалежності параметрів РМК Вінницької області, які характеризуються нефункціональною залежністю та мають нормальний багатомірний розподіл, а також для оцінки значимості впливу окремого фактору (відстань до медичного закладу, звернення за медичною допомогою, доступність та ін.) на функціонування РМК. За допомогою кореляційної таблиці 1.2.,(яка, як правило, застосовується на великих числах спостережень) визначено зв'язок між звертаннями за медичною допомогою та віддаленістю жителів від медичних закладів.

Таблиця 1.2.

**Кореляція звертань за медичною допомогою та відстанню до
медичного закладу.**

Звертання , Відстань, км, х %, у	> 1000	700-1000	300-699	< 300	Разом	Частка
1-5	10 100 7,14	4 16 0,84	1 1 0,05	- - -	15 8,03	0,53
6-10	3 9 0,64	11 121 6,37	5 25 1,14	1 1 0,05	20 8,02	0,41
11-15	1 1 0,07	3 9 0,47	13 169 7,68	8 64 3,05	25 11,27	0,45
16 і більше	- - -	1 1 0,05	3 9 0,41	12 144 6,86	16 7,32	0,46
Разом	14	19	22	21	76	1,85

Математична модель:

$$r = \sqrt{\frac{\varphi^2}{1 + \varphi^2}} \sqrt{\frac{n \cdot m}{(m-1)(n-1)}} \quad (1.1)$$

$$\varphi^2 = S^2 - \frac{(m-1)(n-1)}{\sum k}, \text{ де} \quad (1.2.)$$

φ^2 - коефіцієнт зв'язку Пірсона; m - число різновидів явища x ; n - число різновидів явища y ; $\sum k$ - загальне число усіх випадків ; r - коефіцієнт кореляції ($r = 0-0,40$ - зв'язок слабкий; $r=0,50$ - середній зв'язок; $r= 0,60-1$ - зв'язок сильний).

Порядок розрахунків:

1. Піднесення чисел до квадрату.
2. Ділення квадратів чисел на суму колонок (різновидів y) тобто на значення в графі „разом” по y .
3. Додавання часток від ділення по горизонтальних стрічках.
4. Ділення отриманих сум на суми стрічок (різновидів x).
5. Додавання отриманих часток.
6. Пошук S^2 . $S^2 = 1,85-1,0 = 0,85$.

$$1. \text{ Пошук } \varphi^2. \quad \varphi^2 = 0,85 - \frac{3 \cdot 3}{76} = 0,85 - 0,12 = 0,73$$

2. Пошук r .

$$r = \sqrt{\frac{0,73}{1 + 0,73}} \sqrt{\frac{4 \cdot 4}{3 \cdot 3}} = \sqrt{0,42} \sqrt{1,78} = \sqrt{0,42 \cdot 1,33} = \sqrt{0,56} \approx 0,75 \quad (1.3.)$$

Коефіцієнт кореляції 0,75 свідчить про прямий і сильний зв'язок між відстанню до медичного закладу і звертаннями за медичною допомогою.

Можна також визначити коефіцієнт R або частку фактору в зумовленості явища :

$$R = 100 \times r^2 \quad (1.4.)$$

$$R = 100 \times 0,75^2 = 57\%.$$

Зміни звертань за медичною допомогою на 57% зумовлені відстанню від медичного закладу.

З положенням медичного комплексу, який є об'єктом дослідження географічних і медичних наук, виходить, що медичний аспект вивчення географічного середовища в відношенні соціально-організованої людини (населення) передбачає широке використання системи географічних, медичних, математичних, медико-статистичних, соціологічних, кількісних методик дослідження і комплексу кількісних показників і критеріїв. Основною сферою їх дії є виявлення й вимір характеру і ступеня впливу окремих природних і соціально-економічних факторів, природно-територіальних комплексів (ПТК) й територіально-виробничих комплексів (ТВК) на здоров'я людини (населення), а разом – на територіальну і компонентно-функціональну структуру РМК і також обґрунтування й проведення районування.

Для встановлення і оцінки значення тих чи інших умов зовнішнього середовища використовується ряд медичних методів: клінічний, патологоанатомічний, епідеміологічний і експериментальний [35, 110]. Досліджуючи причинно-наслідкові зв'язки організації РМК нами використано епідеміологічний метод, а саме оглядову епідеміологію з програмою, що включає такі питання: 1) Історичні дані про поширення хвороб у регіоні. 2) Адміністративні, географічні та кліматичні дані. 3) Характеристика водоймищ. 4) Характеристика житла та заселеної території. 5) Благоустрій населених пунктів. 6) Характеристика промисловості, особливо шкідливого виробництва. 7) Характеристика населення та його відтворення. 8) Розрахунок захворюваності, розподіл її згідно вікових, статевих, професійних та соціальних груп. 9) Характеристика фізико-географічного та фізичного розвитку населення і території. 10) Відвідування населенням медичних установ.

Для ґрунтовного вивчення територіальної організації РМК визначались такі характеристики: а) рівень соціально-економічного розвитку районів (S_i) Вінницької області; б) рівень розвитку медичного обслуговування по районах

області (S_{md}); в) загальна захворюваність населення (Z_0) по районах області в динаміці (за 7 років).

При визначенні перших двох критеріїв використано формулу:

$$S_i(S_{md}) = \frac{1}{n} \sum_{j=1}^n \frac{A_{ij}}{m^v A_{ij}} \quad (1.5.)$$

A_{ij} – значення показників в i -му районі;

n – кількість показників;

m – кількість районів;

m^v – середній показник по Вінницькій області.

Розрахунок рівнів виконано на підставі аналізу таких показників зазначених у додатку 12; Для розрахунку розвитку медичного обслуговування використано: забезпеченість лікарями та середнім медичним персоналом на 10 тис. чол., кількість лікарняних ліжок на 10 тис. чол., кількість госпіталізованих на 100 осіб, забезпеченість лікарняними та амбулаторно-поліклінічними закладами, хірургічна активність, кількість дитячих оздоровчих таборів, кількість відвідувань амбулаторно-поліклінічних закладів за одну зміну на 10 тис. чол., діяльність лабораторій на 100 відвідувань.

Загальна захворюваність (Z_0) в динаміці:

$$Z_0 = \frac{Z_{1999} + Z_{2000} + \dots + Z_{2003}}{\text{кількість} \cdot \text{років}}, \quad \text{де} \quad (1.6.)$$

Z_0 – загальна захворюваність одного року.

Вихідні дані для розрахунків брались з статистичних довідників [62, 66, 111, 133, 135, 146, 179].

Інформаційним джерелом для виділення центрів медичного обслуговування стала картосхема Вінницької області та її районів, перелік населених пунктів, динаміка чисельності та вікова структура населення області, положення в транспортній мережі, масштаби розвитку та структура функцій (господарських, управлінських), перелік та потужність установ, закладів та підприємств МК Вінницької області.

Визначення радіусу медичного обслуговування для сільської лікарської дільниці (СЛД) в Вінницькій області виходило з припущення, що СЛД розміщені відносно рівномірно, а конфігурація зони її обслуговування наближена до кола за формулою [55, с.214] :

$$R = 0,564 \sqrt{\frac{S}{m}} \quad (1.7)$$

де R – середній радіус зони обслуговування (км);

S – площа району в межах Вінницької області;

m – кількість центрів обслуговування даного рангу (СЛД – місцевого значення) на цій території.

Застосування цього показника дозволить обґрунтувати раціональну мережу центрів медичного обслуговування місцевого значення особливо для сільської місцевості Вінницької області, в основу якого покладено принцип оптимальної територіальної доступності.

В багатьох з вищезгаданих методах дослідження застосовані математичні методики (формули, моделі). Вони є надзвичайно ефективними у використанні і можливості проведення науково обґрунтованої класифікації [78, 155, 137, 210] різних за цільовим призначенням типів медичних установ. Математичні розрахунки, співставлення, кореляційний аналіз, міжгалузевий і територіальний баланс, індексний аналіз, математичне моделювання дозволили встановити кількісні показники впливу суспільного життя на функціонування і організацію МК у загально районному та порайонному вимірі (рівень соціально-економічного розвитку районів Вінницької області, загальна захворюваність населення області, рівень медичного обслуговування населення). Математичними обрахунками встановлено узагальнені показники (індекси) локалізації зайнятих у медичному обслуговуванні населення області, забезпеченість населення медичним персоналом, встановлено кореляційну залежність між відстанями до медичних установ та звертанням за меддопомогою (характеристика оптимальності радіусу медичного пункту).

Наступним кроком стало проведення картографування досліджених рівнів та явищ. Географічна карта та картографічний аналіз є невід'ємними та обов'язковими при суспільно-географічному дослідженні особливостей і принципів розміщення [60, 61] закладів й установ медичного комплексу та при виявленні залежностей від природних, демографічних, соціально-економічних факторів, або зв'язків з ними. Картографічний метод, як спосіб пізнання залежностей і процесів просторового характеру та географічного зображення даних [60, 198, 205, 57], відобразив територіальні диференціації структури МК Вінницької області, рівні здоров'я населення [218] та надання медичних послуг. На основі чого було виділено особливості територіальної організації МК адміністративної області та проведено медико-географічне районування її території. Карти складені способами картограм точок і значків (статистичний рельєф), картодіаграм.

Також проведено географічне таксонування – виділення на території Вінницької області таксономічних одиниць, що характеризуються подібністю медико-географічних та охорonoоздоровчих процесів і явищ. Застосовано інтегральне районування, з метою виявлення цілісних в медико-географічному, медико-соціальному та медико-економічному розумінні територій в межах РМК Вінницької області. Основою для такого виділення були характеристики системи розселення, структури медико-оздоровчої діяльності, рівня розвитку медичного обслуговування населення Вінницької області, медико-географічної ситуації, адміністративні межі. Підґрунтям для медико-географічного районування області стали показники концентрації точкових елементів функціонально-територіальної структури МК, однорідність МГС (медико-географічна ситуація [206]) та території, рівні захворюваності та ін. За основу було взято межі адміністративних районів.

У ході заключного *третього етапу* розробляються основні напрями розвитку і удосконалення територіальної організації МК, зокрема з позицій його територіальної, галузевої та управлінської структур, раціоналізації медико-географічних зв'язків та пропорцій. Галузева структур РМК Вінницької області

та рівень розвитку галузево-територіальних систем медичного обслуговування є безпосередньою базою розвитку медичного комплексу регіонального рівня, а отже і базою для прогнозування. Передпрогнозна оцінка цих параметрів передбачає використання загальноприйнятих показників чисельності та питомої ваги зайнятих у медичному обслуговуванні, кількості та потужності закладів та установ РМК Вінницької області, набору послуг медичного характеру. Здійснено прогнозування щодо встановлення динаміки процесів розвитку МК в умовах реструктуризації економіки України, виявлення їх тенденцій та побудова прогнозів подальшого перебігу процесів такого типу. Це дає підстави для корегування планів комплексно-пропорційного розвитку господарства і суспільства з метою удосконалення територіальної організації МК Вінницької області.

Поєднання всієї суми використаних методів є методичною основою нашої роботи та дає можливість отримати науково обґрунтовані результати.

Висновки до I розділу

1. На сучасному етапі розвитку науки важливим завданням є аналіз територіальної організації МК адміністративної області. Під Національним медичним комплексом розуміємо сукупність всіх типів медико-оздоровчо-профілактичних, фармацевтичних, санітарно-епідеміологічних та ін. закладів медичного профілю з їх господарською інфраструктурою в межах держави. *НМК* – це система установ медичної спрямованості, що забезпечує оздоровлення та відпочинок населення, залежно від соціальних закономірностей здоров'я людей, і яка обґрунтовує шляхи його поліпшення через раціональну організацію охорони здоров'я. *Охорона здоров'я* – це система державних, громадських та індивідуальних заходів та засобів, що сприяють здоров'ю, запобіганню захворювань та попередженню передчасної смерті, забезпеченню активної життєздатності та працездатності людини, враховуючи увесь комплекс чинників, що впливають на здоров'я людства.

Під *територіальною організацією комплексу* слід розуміти закономірний процес розміщення відповідних підприємств і установ, виникнення і функціонування їх просторових поєднань й системних утворень у тісній взаємодії з територіальними системами розселення і виробництва під впливом, переважно соціально-економічних чинників та географічних і просторово-часових координат. Територіальній організації МК властиві такі види структур, як компонентна, територіальна, управлінська.

2. Основу НМК визначають: територіальні відміни, кількість та щільність населення, його національний та віковий склад, характер захворюваності, історичні передумови розвитку та традиції, різновиди та неоднорідність галузевої структури господарства, потреби у фаховій підготовці трудових ресурсів, спеціалізація, розміщення та види виробництва. Тому буде доцільним розглядати НМК не тільки як єдину територіальну систему, але і як окремі регіональні підсистеми з їх структурно-компонентними особливостями.

3. Головними галузями МК є лікувально-профілактична, амбулаторно-поліклінічна, швидка, екстрена медична допомога, санітарно-епідеміологічна служба, медична та хіміко-фармацевтична промисловість, охорона здоров'я матері і дитини, санітарно-курортна допомога, медичне страхування. Усі галузі перебувають у тісній взаємодії. В наданні різних видів медичних послуг населенню України та її регіонів беруть участь об'єкти територіальної організації – медичні заклади різних ієрархічних рівнів та значень.

4. В процесі дослідження визначено особливості організації МК: розповсюдження або виникнення ймовірних захворювань; впливу умов життєдіяльності; формування демографічної ситуації; особливості системи розселення; потреб в медичній допомозі; особливості ринкового аспекту функціонування РМК; нормування медичної допомоги. Розглянуто принципи розміщення, спрямовані на організацію території відповідно до вимог РМК.

5. Особливості ринкових аспектів притаманні медичному обслуговуванню сучасності виходять з розповсюдження приватної власності, конкуренції та вільного підприємництва. Внаслідок цього територіальна структура РМК

включає медичні центри нового зразку: приватні кабінети, клініки, діагностичні центри, фармацевтичні установи, де лікар працює індивідуально, може бути і підприємцем, і власником, і найманим працівником, і співзасновником.

6. Пріоритетна ланка МК – лікувально-профілактична допомога має такі види: первинну, вторинну (спеціалізовану допомогу) та третинну (високо спеціалізовану медичну допомогу), що надається за територіальною ознакою. Санітарно-епідеміологічна служба сприяє забезпеченню здорових умов праці, навчання побуту та відпочинку, охорони навколишнього середовища, санітарного та епідемічного благополуччя населення, збереженню генофонду українського народу, запобіганню інфекційним хворобам.

7. По всій території Вінницької області спостерігається ієрархія центрів медичного обслуговування та явище тяжіння до сильнішого ядра, тобто медичні центри (вузли) I-го порядку підпорядковують собі вузли за порядком нижчі (II-го, III-го);

8. Дослідження територіальної організації МК адміністративної області проводяться на основі *системного підходу* у три етапи. На першому етапі визначаються складові комплексу як єдиної цілісності шляхом вивчення медико-географічних та медико-соціальних зв'язків між ними, досліджуються та аналізуються умови і фактори територіальної організації обласного МК з метою виявлення територіальних особливостей прояву процесів медичного обслуговування населення, особливостей розвитку елементів МК на конкретній території. На другому етапі проводиться структурний аналіз територіальної організації обласного МК. На останньому етапі розробляються основні напрями розвитку і удосконалення територіальної організації МК, зокрема з позицій оптимізації його територіальної, галузевої та управлінської структур, реструктуризації пріоритетних ланок.

РОЗДІЛ II. УМОВИ І ФАКТОРИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОГО КОМПЛЕКСУ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

2.1. Демографічна ситуація у Вінницькій області.

Існування суспільно-географічних систем в народногосподарському комплексі, у межах країни чи її обласних регіонів, зумовлюється рядом факторів від яких залежить ефективність територіальної організації цих систем.

Е.Б. Алаєв [2] трактує їх як сукупність аргументів, у відношенні до яких роль функцій відіграє вибір місця розміщення закладу (об'єкта). Отже фактори розміщення – це уся сукупність аргументів (причин), що зумовлюють вибір оптимальної локації об'єкта (М.Д.Пістун, 1988, 1996). Фактори розміщення і розвитку різних типів медичних закладів, зумовлюються багатьма причинами і мають певні регіональні особливості. Їх вплив, роль, сила та об'єктивна дія є реальною основою формування МК Вінницької області. Усі фактори розміщення можна об'єднати у три основних групи : суспільно-географічні, природно-географічні, екологічні. У кожній групі виділяються підгрупи факторів, на основі яких можна дати найкращу кількісну та якісну характеристику об'єктів регіонального медичного комплексу. Одним з таких факторів є демографічний.

Сучасна демографічна ситуація у Вінницькій області характеризується депопуляцією населення, масштаби якої за останні десять років продовжують зростати. Незважаючи на те, що з 2001 року народжуваність у області почала збільшуватись, природний приріст залишається від'ємним, смертність високою, а погіршення стану здоров'я дорослих та дітей проявляється в істотному скороченні тривалості життя людей. Переважно деструктивні зрушення соціально-демографічних показників негативно впливають на подальші перспективи відтворення населення Вінницької області. Несприятливі тенденції демографічних процесів нині охопили, в тій чи іншій мірі, всі регіони області, торкнувшись всіх статево-вікових груп [100,111].

У 1990 році чисельність населення Вінницької області становила 1914,4 тис. чол., або 3,7% чисельності України¹. У 2003 році, цей показник знизився до 1753,9 тис. чол. За кількістю наявного населення, серед регіонів України, область посідає 11 місце, за щільністю – 13. Для Вінницького регіону характерна невисока густота населення, в цілому по Україні вона складає 80 чол./км², по області – 66-68 чол./км². Найменша густота населення в Погребищенському (31), Оратівському і Чечельницькому (34), Муровано-Куриловецькому (36) районах; найвища – у Вінницькому (83), Тростянецькому (73), Жмеринському і Козятинському (68) районах. В міських населених пунктах області у 2003 році проживало 816,4 тис. чол, або 46,5% від загальної кількості населення, в сільській місцевості – 937,5 тис. чол., або 53,5% [111, с. 10-11]. Вінницька область одна із шести областей України, де питома вага чисельності сільських жителів більша за міських.

Чисельність населення Вінницького району у 2002 році становила 74,2 тис. чол., а у 1989 році була – 73,3 тисячі чоловік, тобто у 2002 році вона зросла на 1,4%. Упродовж 1989-2003 років чисельність населення Вінницького району збільшилась на 1000 чол. Така тенденція характерна і для міста Ладизин, чисельність якого у 1989 році становила 21,0 тис. чол., а у 2002 році збільшилась на 2500 чоловік за 14 років [179].

В інших районах спостерігається зменшення населення, яке коливається в межах від 9 до 2 тисяч осіб, а саме: Барський – 8,4; Погребищенський – 7,4; Шаргородський – 6,3; Чечельницький – 3,9 і Тростянецький – 1,7 тис. чол.

Провівши групування районів за показником динаміки чисельності населення протягом 1989-2002 рр., виявлено такі відмінності: в області нараховується 1 (Вінницький) район, де чисельність населення збільшилась на 1000 чол.; 1 (Тростянецький) район, в якому населення дещо зменшилось – на 1,7 тис. чол.; 8 районів де зменшення становило від 6,3 до 4,5 тис. чол.; 13 районів – від 4,4 до 4 тис. чол.; і 4 райони з найгіршою ситуацією, де чисельність населення зменшилась майже на 8 тис. чол. (табл.2.1.).

¹ За даними Вінницького обласного управління статистики (демографічний відділ).

Таблиця 2.1.

Групування районів Вінницької області за показником динаміки чисельності населення (2002 рік до 1989 року) у %.

Групи районів	Кількість районів	Показники динаміки чисельності населення у %	Райони (чисельність населення, 2002 рік до 1989 року у %)
I	1	Більше 100	Вінницький – 101,3
II	1	96-100	Тростянецький – 96,2
III	8	91-95	Калиновський – 93,9 Іллінецький – 93,8 Гайсинський – 92,8 Ямпільський – 92,0 Немирівський – 91,5 Липовецький – 91,4 Могилів-Подільський – 91,2 Шаргородський – 91,1
IV	13	90-86	Томашпільський – 90,9 Бершадський – 90,7 Тулчинський – 90,4 Оратівський – 90,2 Тиврівський – 90,2 Латинський – 89,9 Хмільницький – 88,7 Барський – 88,1 Крижопільський – 87,8 Теплицький – 87,5 Козятинський – 87,4 Піщанський – 86,7 Чернівецький – 86,5
V	4	Менше 86	Жмеринський – 85,8 Чечельницький – 84,5 Муровано-Куриловецький – 83,5 Погребищенський – 83,7

Загалом найбільш людними у 2002 році були такі райони: Могилів-Подільський (73233 чол.), Хмільницький (71982 чол.), Бершадський (71312 чол.), Вінницький (без чисельності населення міста Вінниця) (74250 чол.) Найменша чисельність населення у Піщанському (25102 чол.), Оратівському (27345 чол.), Чечельницькому (27189 чол.), Чернівецькому (28661 чол.) районах.

Протягом тривалого часу (більше 15 років) чисельність населення Вінницької області скорочувалась. Основним фактором її зменшення є природне скорочення, як результат перевищення кількості померлих над кількістю народжених (табл. 2.2.).

Таблиця 2.2.

Динаміка змін демографічних показників по Вінницькій області.

Роки	1985	1990	1995	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Чис.насел. (тис. осіб)	1953,9	1914,4	1876,0	1831,5	1819,7	1798,6	1787,3	1772,3	1745,5
Кільк.народ. (тис. осіб)	26,8	23,8	20,0	16,8	15,9	15,0	14,5	15,0	15,0
Кільк.помер (тис. осіб)	28,2	27,8	32,5	30,2	29,9	30,3	29,3	29,3	29,8
Природн. приріст (тис. осіб)	-1,4	-4,0	-12,5	-13,4	-14,0	-15,2	-14,7	-14,3	-14,8

Сучасна тенденція зменшення народжуваності на території Вінницької області встановилась ще з 1986 року, особливо високими темпами це відбувалось у 90-х роках (загальний коефіцієнт народжуваності в області ще ніколи не був таким низьким). Так , в цілому по регіону, у 1986 році кількість народжених на 1000 чол. населення становила 14,5 осіб, в 1990 році – 12,4, а в 1999 році – лише 8,7. Станом на 2001 рік показник знизився до 8,1 осіб і лише з 2002 року почав зростати – 8,51 особа на 1000 всього населення [111, с. 10].

Порівняльний аналіз показує, що коефіцієнт народжуваності характеризується певними коливаннями по районах області. У 2001-2002 роках найвищим він був в Жмеринському (10,24 – 12,86) Козятинському (10,59 – 10,95) та Шаргородському (10,05 – 10,47) районах. Середній показник 8,1-8,3⁰/₀₀ характерний для 14 районів області і найнижчим він був у Теплицькому та Чернівецькому районах.

На протязі багатьох років народжуваність у міських населених пунктах традиційно перевищувала цей показник у сільській місцевості; але випереджаючі темпи зниження народжуваності у містах, привели цей показник

у 1992 році до зближення з рівнем, характерним для сільської місцевості, а з 1993 року народжуваність у селах перевищила цей показник у містах. В 1999 році в розрахунку на 1000 чол. наявного населення народжуваність у міських поселеннях та сільській місцевості становила, відповідно, 8,7 та 9,5 чол. (у 1990 році – 14,3 та 10,9). На 2002 рік коефіцієнт народжуваності для міст становив 8,9, для села 8,3, тобто структура знову змінилась на користь перших [111, 179, 132]. Аналіз показника народжуваності по районах дав можливість провести їх групування, визначаючи несприятливу ситуацію на території Вінниччини. За показником народжуваності у сільській місцевості виявлено такий стан: в області нараховується 6 районів, у яких показник народжуваності вищий від середньо обласного (8,3), 16 районів у яких незначне відхилення і 5 районів з найгіршою ситуацією (Додаток 3). Для порівняння з загальнодержавними показниками таблиця 2.3.

Таблиця 2.3.

Демографічні показники по Україні

народжуваність	смертність	природний приріст	дитяча смертність (померло дітей віком до 1 року на 1000 народжених)
7,8	15,3	- 7,5	11,9

Розглядаючи показники смертності через призму досліджень РМК зазначимо, що в динаміці смертності населення області з 1996 року спостерігається тенденція до зниження як абсолютного числа померлих так і показників в розрахунку на 1000 чоловік населення.

Рівень смертності залежить від багатьох факторів : вікової структури населення, матеріальних умов життя людей, харчування, санітарно-гігієнічних характеристик праці й побуту, економічного становища держави та ін. Вагомий вплив на показники смертності здійснює належний рівень функціонування структурних елементів МК, таких як СЕС, швидка медична допомога, реанімаційні відділення, розвиток медицини та медико-фармацевтичної промисловості [208, 219]. В сільській місцевості всі перераховані фактори

мають більш глибокі негативні тенденції, що обумовлює в середньому вищу в 2 рази смертність в сільських поселеннях Вінницької області, ніж в містах (рис.2.1.). У 2002 році порівняно з 1999 роком в 24 районах з 27, відбулись позитивні зміни : показники смертності в розрахунку на 1000 населення зменшились. Зростання мало місце лише у 3-ох районах області : Барському – 19,3 (в 1999 році – 19,0), Бершадському – 19,3 (18,9), Калинівському – 17,7 (16,8).

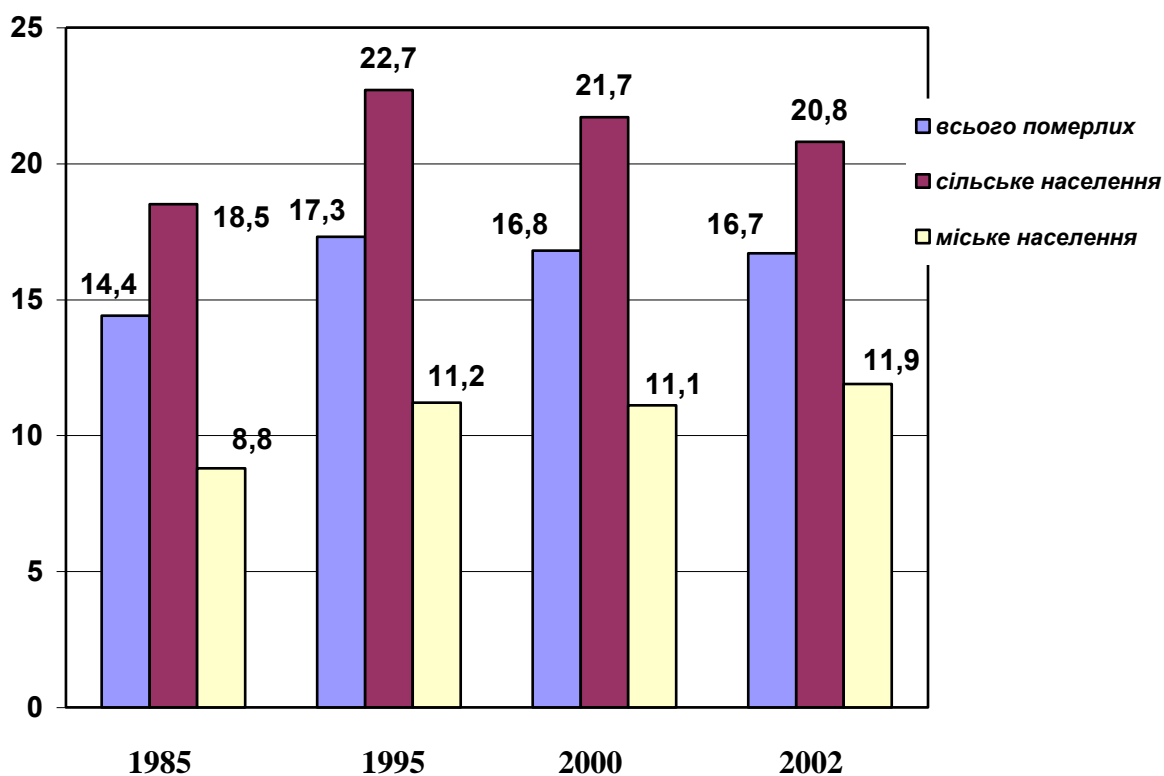


Рис. 2.1. Кількість померлих на 1 тисячу жителів Вінницької області в динаміці.

Одним із основних критеріїв, розроблених ВООЗ для оцінки стану здоров'я і добробуту нації, є смертність немовлят. Природна вразливість дитячого організму зумовлює найвищий рівень смертності саме дітей до 1 року. Науково-медичний прогрес, поліпшення структури і функціонування МК зробили реальним зниження коефіцієнту дитячої смертності² : за тридцять два роки (з 1970 по 2002 рік) він знизився з 17,0 до 9,4 проміле (по Україні 11,9). Вдалось істотно здолати такі причини дитячої смертності, як інфекційні і

² Смертність дітей віком до одного року на 1000 народжених.

паразитні хвороби з 7,3 у 1981 році до 2,7 у 2002 році на 10 тисяч народжених та хвороби органів дихання з 38,4 до 4,0 [179, с. 407]. Найвищий коефіцієнт цього показника у 2002 році спостерігається в таких районах області: Вінницький – 17,7, Муровано-Куриловецький – 19,5, Теплицький – 25,8, Чернівецький – 15,4, Тиврівський – 15,5. Тут же відмічається зростання в динаміці за 24 роки [111, с. 18-19]. Найнижчий коефіцієнт смертності дітей віком до 1 року зареєстровано в районах : Липовецькому – 2,7, Томашпільському – 2,8, Погребищенському – 3,4 на 1000 народжених. В динаміці з 1979 по 2002 також відбувається зниження у межах зазначених районів.

Вивчення структури померлих дітей протягом першого року життя показало, що в міських поселеннях, впродовж більш як 20-ти років, смертність вища ніж у сільській місцевості. Лише у 2002 році показники зрівнялись (табл.2.3.).

Таблиця 2.3.

**Коефіцієнти дитячої смертності по Вінницькій області в динаміці
(померло дітей віком до 1-го року на 1000 народжених)**

	1970	1979	1989	2001	2002
Всього	17,0	13,7	10,6	9,1	9,4
у міських посел.	19,1	13,9	11,0	10,3	9,4
у сільській місцев.	16,1	13,4	9,9	8,1	9,4

Територіально найгірша ситуація, відносно показників смертності населення на 1000 чол., склалась у сільській місцевості, особливо у таких районах : Муровано-Куриловецький – 24,5, Погребищенський – 23,7, Жмеринський – 23,3, Крижопільський – 23,6, Немирівський – 23,1 (Додаток 4). Найнижчі показники смертності у сільській місцевості зафіксовано в Вінницькому – 16,9 та Шаргородському – 17,3 районах.

Основним чинником, що призводить до смерті людини залишається захворюваність. Серед причин найбільш поширеною є смертність від хвороб системи кровообігу – 1156,4, що склало близько 69% від всіх випадків смерті в 2002 році у Вінницькій області. За останніх 12 років цей коефіцієнт збільшився

на 26%. Найбільш поширеною причиною у цій групі захворювань є всі форми ішемічної хвороби серця (85%) та судинні ураження мозку (10%) [111, 132, 135] (Додаток 5). Онкологічні захворювання в причинах смерті населення займають друге місце після хвороб системи кровообігу. В 2002 році від злоякісних новоутворень (на 10 тисяч наявного населення) померло 183,4 осіб (по Україні 198,0); третє місце за нещасними випадками 126,4‰. (по Україні 149,0)[132, 135, 111, с. 15-17].

Наступним соціально-демографічним фактором є природний приріст населення. Лише 70-ті роки характеризувались позитивним показником, тобто народжуваність переважала над смертністю. З 1980 року в області намітилась тенденція зниження природного приросту. Потреби в послугах, які надаються МК, значно зросли. З цього можна зробити такий висновок: незважаючи на науково-технічний прогрес, значні досягнення в медичній науці, на Вінниччині має місце погіршення соціально-економічних умов життєдіяльності: спостерігається територіальна невідповідність у вирішенні проблемних питань, незадовільний стан навколишнього середовища тощо. МК, як структурно-системне утворення високого рівня організації, миттєво реагує на суспільні проблеми, але вирішити їх не завжди вдається.

З 1980 року у Вінницькій області показник природного приросту населення від'ємний. В сільській місцевості показник природного руху на 2002 рік становив – 12,5, а у містах – 3,0 (табл.2.5.).

Таблиця 2.5.

**Формування приросту (зниження) чисельності населення
Вінницької області в динаміці (у розрахунку на 1000 жителів).**

Роки	1980	1989	1991	1995	1999	2000	2001	2002	2003
По області (всього)	-0,1	-0,9	-3,2	-6,7	-7,7	-7,5	-7,3	-8,1	-8,5
Міське	5,8	5,9	3,7	-0,6	-2,6	-2,7	-3,0	-3,0	-3,0
Сільське	-5,9	-6,5	-9,1	-12,1	-12,4	-12,0	-11,1	-12,5	-12,2

Усі 27 районів Вінницької області мають від'ємний природний приріст населення. За цим показником проведено групування районів. За станом відтворення населення найкращу ситуацію мають шість районів, середню – чотирнадцять, найгіршу – сім (Додаток 6).

Тенденції демографічного розвитку свідчать про те, що найближчим часом на території Вінницької області потрібна негайна розробка і впровадження в життя виваженої демографічної політики. Негативна динаміка демографічних показників, що склалася в 90-х роках : зростання смертності населення у працездатному віці, скорочення середньої тривалості життя, особливо у чоловіків, природне зменшення людей, є характеристиками невисокої медико-географічної оцінки населення та якості його існування.

Важливою умовою розвитку територіальної системи закладів МК регіонального рівня є розміщення населення [185]. Велика кількість людей, скупчення їх на відносно невеликих територіях сприяють поширенню хвороб у результаті зростання числа контактів між окремими особами [208, 226], що в свою чергу впливає на характер територіальної організації та структуру РМК.

На підставі досліджень МК можна стверджувати, що існує кореляційна залежність між густиною населення конкретної території та типологічною структурою медичних закладів і їх кількістю.

Для Вінниччини властивий невисокий рівень урбанізації. На території області знаходиться 18 міст, та 29 селищ міського типу у яких проживає 816,4 тис. чол. На міські поселення припадає 46,5% від загальної кількості. У межах області формується Подільська система міського розселення з центром у Вінниці. Жителі сільської місцевості становлять 53,5% (937,5 тис. чол.). На території Вінницької області розташовано 1466 сіл. Для сільського розселення характерним є долинно-яружний тип поселень з густою мережею великих і середніх сіл [114. с.161].

Перевищення частки сільського населення пояснюється аграрною спрямованістю господарства області. У 1980 р. співвідношення між міським і сільським населенням становило 65% : 35% , сьогодні кількість міських жителів

скорочується через природне зменшення, викликане певними соціально-економічними причинами. Сільське населення не збільшується з тих же причин та у зв'язку з відтоком молоді у міста.

Суспільна географія розглядає сукупність усіх типів населених пунктів Вінницької області як складну територіальну систему, каркас якої слугує основою для територіальної організації об'єктів РМК. Кожен населений пункт, маючи свої функціонально-типологічні риси (характеристики), відіграє відповідну роль в організації медико-оздоровчого процесу, обґрунтовуючи тим самим просторову позицію кожного закладу МК (табл.2.6.).

Таблиця 2.6.

**Функціонально-типологічні характеристики населених пунктів
Вінницької області, як основа територіальної організації РМК.**

Типи населених пунктів за характером виконуваних функцій	Організація закладів РМК	Форми власності мед. установ
1. Багатофункціональні міста регіонального і субрегіонального значення (Вінниця)	Розташування і організація діяльності усієї системи закладів медичної допомоги, охорони здоров'я, санітарно-протиепідемічної служби та ін. структурно-видових елементів МК; комплексні обласні багато профільні спеціалізовані лікарні, регіональні та республіканські центри спеціалізованої медичної допомоги; підприємства медичної промисловості, ВНЗ III-IV р. а. медичного профілю. Організація і управління медико-оздоровчо-профілактичним процесом на обласному, міських і районних рівнях.	Державна, приватна, акціонерні товариства
2. Міста з переважанням промислово-виробничих функцій (Калинівка, Гнівань, Могилів-Подільський, Бершадь, Бар, Турбів, Ладизин та ін.)	Розташування і організація діяльності основних видів медичних установ; міських і центральних районних лікарень, амбулаторно-поліклінічних закладів із спеціалізацією з 15-20 фахів, дитячі лікарні, диспансери, служба швидкої допомоги, районні СЕС, аптеки. Окремі виробництва медичної	Державна, приватна

	промисловості. Система управління здійснюється на регіональному рівні.	
3. Транспортні центри (Жмеринка, Козятин, Вапнярка та ін.)	Розташування і організація діяльності залізнично-шляхових лікарень, поліклінік, лабораторій. Стоматологічні кабінети, СЕС, диспансери, аптеки.	Державна, приватна
4. Міста з переважанням організаційно-господарських функцій місцевого значення, культурно-освітні центри. (Гайсин, Погребище, Літин та ін.)	Розташування і організація діяльності основних видів медичних закладів, центральних районних та міських лікарень, поліклінік, служби швидкої допомоги. Медичні училища, аптеки, лінійні СЕС, стоматологічні кабінети.	Державна, приватна
5. Міста і селища міського типу з розвитком рекреаційних функцій (Хмельник, Немирів, Сокілець, Селище, Тиврів та ін.)	Розташування і організація діяльності установ лікувально-оздоровчого призначення з постійним та сезонним режимом медико-профілактичного процесу, санаторії і пансіонати з лікуванням, санаторії-профілакторії, будинки і бази відпочинку, дитячі санаторії. Установи соціального значення, будинки престарілих.	Державна, приватна, акціонерні товариства
6. Сільські населені пункти з організаційно-господарськими і переробно-виробничими (колективні господарства) функціями, агропромислові центри (Браїлів, Городківка, Лядова, Сутиски, Ковалівка, Печера та ін.)	Розташування і організація діяльності дільничних лікарень та амбулаторій, відділів СЕС, стоматологічних кабінетів, медичні пункти колективних господарств.	Державна
7. Сільські населені пункти з агро-виробничими функціями (Івча, Мухівці, Бушинка та ін.)	Розташування і організація діяльності фельдшерсько-акушерських пунктів	Державна

Аналіз таблиці показує, що кількість населення в межах території, розташування і величина поселень у тих чи інших регіонах та їх частка в організації основних форм діяльності людей, відіграють визначальну роль у

господарській діяльності, і є вирішальними чинниками територіальної організації МК Вінницької області.

Важливою умовою всебічного дослідження МК є вивчення статеві-вікової структури населення. Функціонально-компонентна структура МК повинна відповідати потребам людей різної статі та віку. У праці Л.Т.Шевчук (1997) наведено суть закономірностей, властивих жіночій статі, що говорять, що жіноча стать виявляє більш високу стійкість до несприятливих зовнішніх впливів на всіх етапах онтогенезу [208, с. 46]. Звичайно переваги жіночої статі не є абсолютними, але їх врахування є невід'ємним при плануванні експозиції компонентно-функціональної структури МК.

Статеві структура населення Вінницької області характеризується перевагою кількості осіб жіночої статі по всіх районах (рис.2.2.).

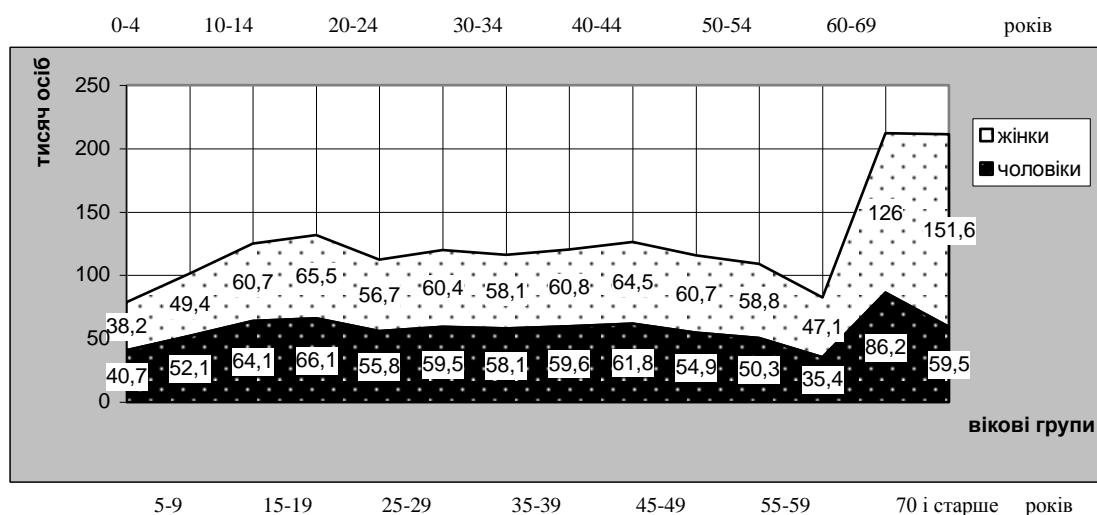


Рис.2.2. Статеві-вікова структура населення (всього) Вінницької

На 5 грудня 2003 року кількість жінок становила 952,1 тисячі осіб або 54,3%, чоловіків – 801,8 тисяч осіб або 45,7%. За останні дванадцять років відбулось певне зменшення статеві диспропорції у складі населення області. Якщо у 1989 році на 1000 чоловіків припадало 1230 жінок, то у 2003 – 1180 [111, 179]. Отже, в статеві структурі дещо збільшилась частка чоловічої статі. Незважаючи на кризові явища суспільного розвитку у Вінницькій області з 1989 по 2003 рр. показники статеві структури в усіх районах помітно поліпшились.

Вікова структура області формувалась протягом тривалого часу під впливом різних факторів, домінуючими з яких були втрата чоловічого

населення під час Великої Вітчизняної війни, падіння народжуваності, депортації, репресії населення, що відобразилось на сучасній статеві-віковій структурі. Середній вік населення області у сільській місцевості є вищим, ніж у міській. Певною мірою така картина сформувалась в результаті тривалого інтенсивного відтоку молодого працездатного населення у міста. Збільшення частки людей старшого віку, свідчить про „старіння” населення Вінницької області оскільки тут переважають сільські жителі над міськими. На кожну 1000 населення працездатного віку у 2001 році припадала 491 особа старша за працездатний вік і 348 чоловік молодших за працездатний вік, що свідчить про високий показник демографічного навантаження на людей працездатного віку. В сільській місцевості ситуація значно гірша : демографічне навантаження складає 1088 осіб, в той час як у міській – 613 [179]. Вікові відмінності (особливо відміни у середньому віці) населення сільської місцевості та міст, а також у межах районів Вінницької області потребують диференційованого підходу до територіальної організації мережі закладів МК.

При вивченні соціально-демографічних факторів доцільно звернути увагу на соціальну розшарованість суспільства [41, с.31-32]. Адже розшарування суспільства та тенденція до його поглиблення є глобальною проблемою людства, яка не обходить і Вінницьку область. Особливої сили цей процес набув в Україні у перше десятиріччя її незалежності. Окрім об’єктивних цьому сприяли і суб’єктивні причини, зокрема вкрай повільні темпи переходу до ринкових методів і форм господарювання, слабкість державної ідеології, хвора мораль суспільства.

Критерії, згідно яких суспільство може поділятися на окремі прошарки, можуть бути різні. Неодмінною вимогою розмежування є забезпечення суттєвих відмінностей між прошарками у їхньому суспільному становищі, територіальній позиції проживання. Як правило, рід занять або професія людини визначають освіту, матеріальне благополуччя, спосіб життя, тощо [82, 180].

Найбільше розшарування населення Вінницької області спостерігається між жителями міських та сільських районів. Його можна виявити за рядом критеріїв, що наведено в табл.2.7. Крім зазначених у таблиці характеристик слід додати, що на селі гірші умови харчування людей, порівняно низька санітарна культура, практично відсутній комфортний відпочинок. Лише в одному – споживанні алкоголю, село і місто практично зрівнялись.

Таблиця 2.7.

Характеристика умов життєдіяльності міського і сільського населення Вінницької області на 1.01.2002 року.

	Показники	міські жителі	сільські жителі
1.	Кількість зареєстрованих шлюбів	6620	5056
2.	Кількість зареєстрованих розлучень	4527	1746
3.	Грошові доходи домогосподарств, гривень за місяць	362,12	311,28
4.	Обладнання житла в %		
	- водопроводом	64,6	6,3
	- каналізацією	63,2	4,7
	- газом	82,4	79,5
	- гарячим водопостачанням	34,1	0,3
	- ваннами	55	3,6
5.	Забезпеченість домашнім телефоном (одиниць)	149375	62846
6.	Захворюваність на туберкульоз (на 100 тисяч населення)	34,3	36,5

За даними соціально-медичних досліджень глибокі відмінності в здоров'ї окремих верств населення існують. Серед сільських мешканців частка здорових людей в 2,5 рази менша у порівнянні з мешканцями міста, а частка тяжко хворих, навпаки, в 1,5 рази вища [41, с.37-38]. На підставі цих даних можна стверджувати, що соціальна розшарованість є аргументованим фактором впливу на функціонування РМК та його територіальну організацію. Можна зробити висновок про те, що вплив соціально-економічних факторів на стан здоров'я людей є досить суттєвим, але, в кожному випадку він проявляється по різному.

Професія істотно впливає на стан відносного здоров'я працюючих. Так, населення зайняте у тваринницькому комплексі, має один з найвищих рівнів поширеності хвороб [17, 43, 160]. Службовці, маючи середній рівень числа

відносно здорових, відрізняються великими коливаннями розповсюдженості окремих груп захворювань. Зі зростанням матеріального добробуту, зростає число здорових осіб і водночас зростає поширеність хвороб нервової системи, злоякісних новоутворень, серцево-судинних захворювань. Надзвичайно сильно впливають на розповсюдження і ріст числа хвороб психологічні перевантаження та характер відпочинку. У осіб з достатнім сном та стабільним психологічним середовищем рідше зустрічаються : хвороби нервової системи – в 6 разів, хірургічні хвороби – в 3,1 рази, онкологічні хвороби – в 1,9 рази [41, 208]. Отже заповнення графи „соціальне становище” у картках історії хвороб виправдовує себе і несе важливу інформацію для лікарів.

Абсолютним мірилом життєдіяльності людського організму є тривалість очікуваного життя. Протягом усього свого існування організм людини втрачає не тільки клітини, а й психологічну гнучкість та здатність до адаптації. У 30 років людина підходить до періоду втрати пристосовуваності, що і є основною ознакою зрілого віку. У цьому зв'язку вивчення соціально-демографічних факторів, що впливають на розвиток медичного комплексу набуває великого значення. Територіальні особливості демографічних процесів визначають стан здоров'я, рівень захворюваності, тривалість життя населення того чи іншого регіону, а отже стимулюють і впливають на процес формування та організації територіальної структури МК Вінницької області.

2.2. Захворюваність населення Вінницької області

При дослідженнях факторів розвитку МК Вінницької області, слід звернути увагу на найголовніший з них – захворюваність населення. Їй належить особливе місце у групі факторів впливу на розвиток й територіальну організацію МК Вінницької області. *Захворюваність* – це індикатор та стимулятор формування структури й організації МК. Практично усі контакти населення з закладами МК зводяться до подолання або профілактики хвороб. Характеристики захворюваності є головними критеріями оцінки

функціонування комплексу охорони здоров'я. Тоді важливим аспектом досліджень МК є відповідь на питання: від яких факторів залежить здоров'я людей [222, 225, 226]. За класифікацією американського вченого Роббінса, чинники, що впливають на здоров'я, можна розділити на 4 великі групи: *спосіб життя; біологічні; стан навколишнього середовища; обсяг і якість медичної допомоги*. Інтенсивність впливу вказаних груп факторів (за Роббінсом) коливається в значних межах [129, 150, 194] (табл.2.8.)

Таблиця 2.8.

**Вплив на здоров'я населення факторів ризику
(Robbins, USA, 1980)**

Групи факторів ризику	Частка впливу (%)
1. Спосіб життя паління, неправильне харчування, зловживання алкоголем, шкідлива праця, стреси, гіподинамія, поганий побут, наркотики, неповна чи багатодітна сім'я, гіперурбанізація.	51-52
2. Навколишнє середовище забруднення повітря, води, їжі, ґрунту, рівень радіації, електромагнітні поля.	20-21
3. Біологічні чинники спадковість, конституція, стать, вік.	19-20
4. Медичні чинники щеплення проти інфекцій, медичні обстеження, якість лікування.	8-9

Така класифікація є базовою і дозволяє зробити важливий висновок – найголовнішим напрямком зусиль щодо збереження та зміцнення здоров'я населення є покращення способу життя людей і стану навколишнього середовища. Конкретно це проявляється у поліпшенні соціально-економічних, природно-екологічних, соціально-біологічних умов життєдіяльності населення та ефективного функціонування Національного медичного комплексу.

На різних регіональних рівнях спостерігаються значні відмінності у стані здоров'я населення, що там проживає. Чим менший регіон за своєю територією і чисельністю населення, тим конкретніше проявляється дія соціальних факторів здоров'я. До цього додається і відповідна вираженість

стану навколишнього середовища (екологічний чинник) [1, 9, 14]. Неповторність і своєрідність певної групи факторів визначає рівень здоров'я або захворюваності людей, що проживають в тому чи іншому районі області. Очевидно, що фактори впливу на захворюваність населення великою мірою ідентичні факторам впливу на загальну організацію РМК, як територіальної системи.

Захворюваність – головний показник, що характеризує стан здоров'я населення. Від неї, головним чином, залежить як рівень працездатності, так і смертності населення. Цей критерій більш, ніж інші показники, відображає зміни в навколишньому середовищі та діяльності системи охорони здоров'я [103, 41, 175]. Усі хвороби поділяють на дві великі групи :

- 1) інфекційні та паразитні хвороби;
- 2) неінфекційні, або всі інші хвороби.

У додатку 8 наведена динаміка захворюваності населення Вінницької області за класами хвороб, аналіз якої свідчить про істотне збільшення як усіх захворювань, так і окремих їх класів.

В.О. Шевченко та групою вчених Київського національного університету імені Тараса Шевченка у праці „Загальна медична географія світу” (1998) запропоновано наступну класифікацію хвороб:

- 1) хвороби пов'язані із властивостями та станом окремих компонентів природи;
- 2) хвороби пов'язані із соціально-економічними умовами життя та традиціями різних народів;
- 3) зрушення у здоров'ї населення, викликані прямою дією техногенного фактору [207, 203, 204].

Згідно цієї класифікації захворюваність населення – це показник, що характеризує вплив, як природно-географічних, так і суспільно-економічних факторів на людину.

В динаміці загальної та первинної захворюваності всього населення Вінницької області (на всі хвороби) з 1996 року спостерігається тенденція до

зростання, як абсолютного числа захворювань, так і показників в розрахунку на 10 тисяч населення, що обумовлено рядом причин, і в значній мірі, наслідками соціально-економічної нестабільності та погіршенням стану навколишнього середовища.

Історично склались загальні тенденції захворюваності населення Вінницької області. За віком найбільш високі рівні як поширеності, так і первинної захворюваності реєструються серед дитячого населення. Зі збільшенням віку первинна захворюваність зменшується. Серед осіб працездатного віку вона становить $573^{0}/_{00}$, у населення працездатного віку показники значно нижчі – $394^{0}/_{00}$. У старших вікових групах зменшується не сама захворюваність, а лише число звертань за медичною допомогою. [111, 135, 179, с. 148-149].

Рівні захворюваності міських та сільських мешканців також суттєво відрізняються. За даними звертань за медичною допомогою показники поширеності та первинної захворюваності міського населення вищі ніж сільського. Проте поглиблені спеціальні статистичні дослідження захворюваності в динаміці свідчать про протилежне: показник у сільського населення вищий, ніж у міського.

На розбіжності рівнів захворюваності у окремих районах області суттєво впливають: статево-віковий склад населення; повнота реєстрації захворювань; поєднання впливу різних факторів навколишнього середовища. Захворюваності властиві ендогенні та екзогенні фактори, вони є керованими і некерованими. До ендогенних керованих факторів відносять артеріальну гіпертензію, дисліпідози, дисменорею; до некерованих – вік, стать, спадковість. До екзогенних керованих – стан довкілля, спосіб життя, хиби медицини; некерованих – клімат, природні умови [175, с.95-101].

За останні вісім років рівень загальної захворюваності серед населення Вінницької області збільшився на 53,2%, причому з 1995 по 1999 рр. збільшення становило 16,5 %, а з 1999 по 2003 – 36,7%. Така картина характерна для всіх районів області, та найвищі темпи росту (за період 1995-

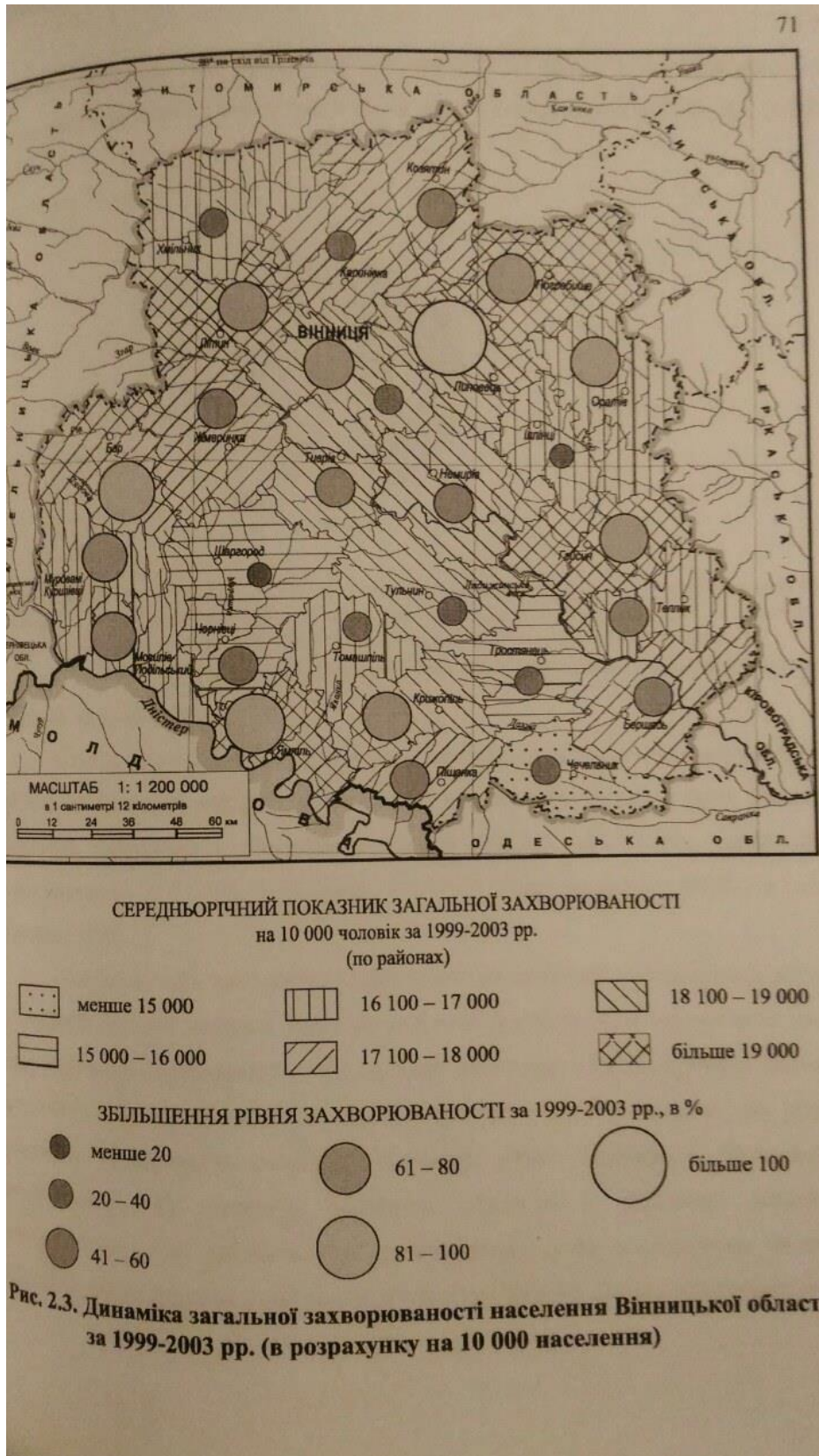
2003 рр.) захворюваності зафіксовані у Липовецькому (на 104%), Ямпільському (на 96%), Погребищенському (на 80%), Барському (на 86,6%), Крижопільському (на 72%), Могилів-Подільському (на 74,1%) Гайсинському (на 73,4%). Відносно невисокі темпи збільшення захворюваності за той же період зафіксовано у Іллінецькому (16,9%), Шаргородському (19,5%) районах (Додаток 7) (рис.2.3)

Як показали дослідження [190 с.164-165]. загальні причини виникнення й розповсюдження ХНЗ спільні, універсальні, стосуються всього людства. Формується феномен „соціальної дезадаптації”, внаслідок чого виникають хвороби та відхилення в соціальній поведінці.

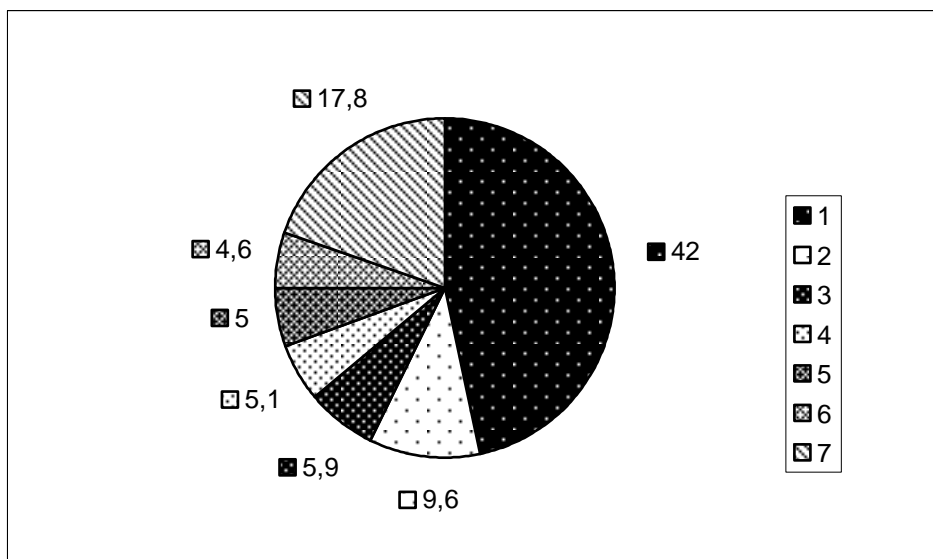
Показник загальної захворюваності на 10 тисяч населення у 2003 році по області становив 20091,0 (по Україні близько 19000), найвищим він був у Погребищенському (26713,2), Літинському (21350,1), Гайсинському (21317,2) Тульчинському (20676,4) та Ямпільському (20032,7) районах, найнижчим – у Чечельницькому (14917,1) та Іллінецькому (16301,8) [111, 179] (дод. 7). Число, що характеризує загальну захворюваність за один рік може бути епізодичним, тому достовірним буде результат, який визначає явище в динаміці; середньорічний показник. За період з 1999 по 2003 роки середньорічний показник загальної захворюваності населення коливається в межах від 14879,7 у Чечельницькому районі до 22848,8 в Погребищенському (рис. 2.3.).

Аналіз структури захворюваності за класами хвороб (кількість уперше зареєстрованих випадків захворювань на 100 тисяч населення) у 2002-2003 роках показав, що перші шість рангових місць посідають наступні класи : хвороби органів дихання (42%), ХСК (9,6%), сечостатевої системи (5,9%), кістково-м'язової системи і сполучної тканини (5,1%), шкіри та підшкірної клітковини (5,%), органів травлення (4,6%) [111] (рис. 2.4.). Практично за всіма класами хвороб в 2002-2003 роках (в порівнянні з 1990 роком) відмічається зростання рівня первинної захворюваності (дод. 7, 8). Крім зазначених вище захворювань, особливе занепокоєння в стані здоров'я населення Вінницької

області викликають швидкі темпи зростання уражень нервової системи; хвороб крові й кровотворних органів; порушення з залученням імунного механізму.



В основному це хвороби хронічні і довготривалі, які переходять в інші або супроводжують людину протягом життя [106, 9, 7, с.205-206].



1 – хвороби органів дихання; 2 – хвороби системи кровообігу; 3 – хвороби сечостатевої системи; 4 – хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини; 5 – хвороби шкіри та підшкірної клітковини; 6 – хвороби органів травлення; 7 – інші хвороби.

Рис.2.4. Структура захворюваності населення Вінницької області за класами хвороб у %.

Статистична інформація про загальну захворюваність за класом ХСК у районах Вінницької області свідчать, що в 2003 році остання була високою повсюдно, особливо у Погребищенському (9238,2 на 10 тис. населення), Тульчинському (6810,8), Барському (6632,7), Немирівському (6202,2), місті Вінниця (6440,2).

Невпинно зростає загальна і первинна захворюваність населення області на хвороби органів дихання. Крім соціального фактору на захворювання цього класу впливають атмосферні забруднювачі. Вони діють на всі органи і системи організму, а в першу чергу на органи дихання, що призводить до різких хронічних захворювань (тонзиліт, фарингіт, риніт, пневмонія, бронхіальна астма, тощо). Ці хвороби тримають першість у структурі загальної захворюваності, що свідчить про незадовільний стан повітряного басейну області та навколишнього середовища в цілому. Високі показники захворювань органів дихання зафіксовані у – Літинському (5005,8), Калинівському (5042,5), Липовецькому (4741,0) районах і особливо у Вінниці (7187,9).

Великого занепокоєння викликає ріст захворюваності населення на одне з „лих ХХ століття” – злоякісні новоутворення (ЗН) (Додаток 9). В 2003 році захворюваність на ці недуги, порівняно з 2000 роком, збільшилась 3410 випадків і склала 392,4 на 100 тисяч всього населення проти 324,3 у 1998 році (по Україні 320,0). Аналіз статистичних даних дає можливість стверджувати, що у Вінницькій області частіше хворіє населення сільської місцевості – 376,5 випадків (2002 рік) проти 315,9 у містах. Серед двох статей частіше хворіють чоловіки (383,1 чоловіків на 298,8 жінок), у населення пенсійного віку захворюваність на ЗН фіксується у 4,6 рази частіше, ніж у населення працездатного віку. [111, с. 74-75].

Суспільні наслідки розповсюдження ЗН обумовлені економічними втратами, змінами демографічних та біологічних показників. Прямі економічні втрати стосуються коштів на диспансеризацію, обстеження, лікування та реабілітацію хворих; підготовку фахівців онкологів, розгортання та територіальну відповідність мережі онкологічних закладів та відділень, медичного обладнання, соціального забезпечення, страхування, освітніх програм. Опосередковані економічні втрати пов'язані із ЗН, тобто очікувані, обумовлені передчасною смертністю населення, втратою трудових ресурсів, величезними втратами дітей, оплатою лікарняних листків з тимчасової непрацездатності, утриманням інвалідів.

Стадійний перебіг онкологічних захворювань вимагає постійного звертання до медичного закладу, як з метою лікування, так і для профілактики. Нажаль, реєстрація особливо занедбаних випадків у Козятинському (23,6% від всіх ЗН), Муровано-Куриловецькому (28,2%), Оратівському (25,0%), Піщанському (30,0%), Тиврівському (27,3%) районах свідчить про погану організацію профілактичних оглядів та профілактичної ланки ПМСД в структурі РМК. Важливо також підвищити рівень обізнаності населення щодо значимості профоглядів та самообстеження. Для досягнення цієї мети у районах області виконується ряд наказів МОЗ України.

Серйозною проблемою для Вінницької області є захворюваність на туберкульоз. За останні роки захворюваність на туберкульоз має тенденцію до зростання. Починаючи з 1995 року активним туберкульозом усіх локалізацій захворіло 4520 осіб. Кількість хворих з діагнозом, що встановлений вперше, за 18 років піднялась з 833 осіб у 1985 до 1217 у 2003 році (по Україні 132,9).

Зазвичай найвищі показники захворюваності всіма формами туберкульозу в області спостерігаються у Вінницькому, Жмеринському, Козятинському, Літинському, Могилів-Подільському, Тиврівському, Тростянецькому, Тульчинському, Хмільницькому, Шаргородському районах, де фіксується перевищення середньо обласного показника в 1,3-1,5 рази (Додаток 10). Показники захворюваності цією хворобою у сільській місцевості вищі [111, с.91-92], причиною є несвоєчасне раннє виявлення туберкульозу. У багатьох сільських мешканців хворобу виявлено у занедбаному стані, що є причиною створення великого резервуару тубінфекції в сільській місцевості. Крім того, ускладнення доїзду хворих до лікувально-профілактичних установ районів та області, несвоєчасне й нерегулярне проходження профілактичних флюорографічних обстежень населення, гірші побутові умови, низький матеріальний і життєвий рівень, спричинили підвищення захворюваності на туберкульоз у сільській місцевості.

Характеристика захворюваності населення Вінницької області не обмежується вище зазначеними патологіями та класами хвороб. Так, загальна епідемічна ситуація захворюваності інфекційними хворобами залишається нестабільною. Її визначають переважно гострі респіраторні та гострі кишкові інфекції. Найвищі в області рівні захворюваності реєструються в містах з великою кількістю населення, де існують найбільш сприятливі умови для реалізації фактору скупченості. Зростання захворюваності на грип також пов'язане з урбанізацією. Його розповсюдження стимулюють інтенсивність міграції, розвиток транспортних сполучень, імунний статус населення [16].

Друге місце за поширеністю займають гострі кишкові інфекції, для яких характерним є епідемічне розповсюдження, наявність вираженої сезонності з

піком у літньо-осінній період і тісний зв'язок із санітарним станом території та конкретних епідемічно-значимих об'єктів.

Особливою проблемою для охорони здоров'я області є постійне збільшення кількості ВІЛ-носіїв та хворих на СНІД. Так в 1995 році в області не було зареєстровано жодного носія ВІЛ, а в 2002 вже 66 чоловік (вперше встановлений діагноз), кількість хворих, що перебувають на обліку у медичних закладах дорівнює 385 особам (2002 рік) [111, с. 28].

Істотною загрозою генофонду як України, так і області сьогодні виступають шкірно-венеричні хвороби. Як не дивно, головною групою чинників, що обумовлюють спалах венеризму, є суспільно-географічні, біологічні і аж потім медико-гігієнічні. До них відносять : урбанізацію, міграційні процеси, безробіття, економічну кризу, бізнес та підприємництво, комерційні відрядження та відпочинок в близьких та далеких зарубіжних країнах, рівень культури й санітарно-гігієнічної і загальної освіченості населення, ранні шлюби, акселерацію, надмірну віру у всемогутність медицини, характер та умови праці, уклад життя популяції, релігійність, згубні звички (особливо наркоманія), рівень системи охорони здоров'я, недостатню компетенцію медичних працівників суміжних спеціальностей в клініці, перебіг хвороб, що передаються статевим шляхом, помилки в діагностиці, оплату за обстеження та лікування, зникнення активності диспансерної системи [175, 66].

Високі рівні захворюваності на різні види шкірно-венеричних захворювань фіксуються в Могилів-Подільському, Гайсинському, Козятинському районах, місті Вінниці, де вище зазначені фактори проявляються більш інтенсивно. Перед дерматовенерологічною службою Вінницької області стоїть основне завдання – стабілізація і подальше зниження захворюваності населення на хвороби, що передаються статевим шляхом та інфекційні шкірні хвороби, покращення показників профілактичної діяльності. Проблемним залишається питання щодо недостатнього виділення бюджетних коштів для зміцнення матеріально-технічної бази служби, придбання медикаментів та реактивів для лікування та лабораторного обстеження хворих.

В останні роки медиків Вінницької області насторожує поступове збільшення кількості осіб з розладами психіки та поведінки. На психічну хворобу страждає 2,3% населення області [111, с. 114-115]. Ріст цього класу хвороб, з 1995 по 2002 роки, характерний для всіх вікових груп населення, але особливо стрімкими темпами зростає захворюваність підлітків. На приріст останнього показника суттєво впливає недовиявлення розладів психіки та поведінки серед дитячого населення. Значно вищими за середньо обласний є показники по Липовецькому, Чечельницькому, Жмеринському, Тульчинському, Оратівському районах. Коливання захворюваності, в значній мірі, пояснюється наявністю в районі підготовленого спеціаліста (не укомплектовані посади психіатрів в Оратівському та Чечельницькому районах), його кваліфікаційним рівнем, належною співпрацею з педіатрами, терапевтами та іншими лікарями.

З розвитком продуктивних сил ускладнюються техніка, транспортні засоби, стрімко збільшується кількість комунікацій та шкідливих виробництв, що в свою чергу підвищує вірогідність отримання людиною виробничих травм. Крім того, будь-яка хвороба, що робить складним пересування, та серйозно погіршує самопочуття особи, що працює, призводить до захворюваності з тимчасовою втратою працездатності. У 2003 році показники тимчасової непрацездатності в області на 100 працюючих з приводу хвороб та інших причин склали 32,14 випадків або 425,2 календарних дні (Додаток 11).

Рівні та структуру причин тимчасової непрацездатності доцільно вивчати в різних галузях народного господарства, або на окремих підприємствах однієї галузі. Це дає можливість виявити вплив на показники непрацездатності виробничих чинників (табл.2.9.).

Численні дослідження дозволили встановити, що зокрема, у працівників легкої промисловості (швейні, трикотажні, взуттєві, харчові підприємства тощо) спостерігається відносно високий рівень захворювань органів дихання. Цьому в значній мірі сприяють метеорологічні фактори, запиленість приміщень тощо. В свою чергу, у працівників важкої промисловості (гірничорудної,

вугільної, нафтової, металургійної) вищі рівні травматизму, хвороб периферичної нервової системи [175, с. 153].

Таблиця 2.9

Тимчасова непрацездатність у випадках і календарних днях на 100 працюючих (всього у зв'язку з хворобами та іншими причинами)

	випадки			календарні дні			середня тривалість випадку		
	1996	1999	± %	1996	1999	± %	1996	1999	± %
Україна	50,6	53,5	5,9	686,0	685,0	-0,1	13,6	12,8	-5,7
Вінницька обл..	27,8	29,6	6,7	369,8	382,8	3,5	13,3	12,9	-2,9
Легка промисловість	72,1	78,4	8,7	803,6	848,3	5,6	11,1	10,8	-2,7
Машинобуд. та металообробка	38,0	41,6	9,5	497,3	514,3	3,4	13,1	12,4	-5,3
Хім. та нафтохім. пром.	88,4	84,5	-4,4	1068,5	955,5	-10,6	12,1	11,3	-6,6
Інші галузі промисловості	39,5	43,3	9,6	491,5	532,4	8,3	12,4	12,3	-0,8
Сільське господ.	15,0	15,1	0,7	235,1	226,7	-3,6	15,6	15,1	-3,2
Охорона здоров'я	45,8	49,7	8,5	604,6	463,2	-23,4	13,2	13,0	-1,5
Сфера обслуг.	41,6	42,6	2,4	462,8	473,7	2,4	11,1	11,1	0
Харч.промисл.	-	41,2	-	-	516,6	-	-	12,5	-

Спостерігається зменшення кількості випадків і днів непрацездатності по всіх районах Вінницької області. Таку тенденцію посилюють соціально-економічні проблеми, а саме: закриття підприємств та закладів; відкриття приватних фірм (робота пов'язана з матеріальною зацікавленістю); зверненням деякої частини населення за медичною допомогою у приватні медичні заклади; для сільської місцевості – відсутність транспортного зв'язку.

З критеріями працездатності тісно пов'язано поняття інвалідності [175, с. 155]. З 1999 по 2003 рр. за показниками первинної інвалідності дорослого населення Вінницька область займає в Україні 7-9 місце серед областей, які мають найнижчі показники (Закарпатська, Луганська, Чернівецька, Тернопільська, Херсонська, Івано-Франківська, Харківська) [132, 62].

В наслідок аварії на Чорнобильській АЕС в Україні постраждало майже 8,0% населення. У Вінницькій області у восьми забруднених районах – Тиврівському, Немирівському, Шаргородському, Тульчинському, Гайсинському, Томашпільському, Тростянецькому та Чечельницькому – 89 населених пунктів стали зоною посиленого радіоекологічного контролю. Це знайшло своє відображення в територіальній та компонентній структурі МК області [106, 183, с.75-77].

Для дорослих та підлітків, постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС характерне поступове погіршення їх здоров'я, про що свідчить щорічне зростання числа захворювань серед цих контингентів [196]. Загальна захворюваність знаходиться на рівні 21281,36 на 10 тисяч чоловік відповідних контингентів (2003 рік), у 1999 році показник був 14578,5. Проте стан здоров'я постраждалого населення, залежить від характеру дії радіоактивних чинників [5]. Рівні загальної захворюваності постраждалих з кожним роком збільшуються і значно перевищують відповідні рівні захворюваності не постраждалого населення області, особливо по класах : новоутворень, хвороб системи кровообігу, органів дихання, травлення; по окремих нозологіях – це вегето-судинна дистонія, гіпертонічна хвороба, ІХС, виразка шлунка та 12-ти палої кишки [71]. У структурі загальної захворюваності найбільшу питому вагу мають хвороби органів дихання – 47,1%, на другому місці (7,3) хвороби ендокринної системи, серед яких 63,6% належить захворюванням щитовидної залози, на третьому – 5,8% належить хворобам крові та кровотворних органів, серед яких питома вага залізодефіцитних анемії становить 89,0% [111, 62].

Проблеми здоров'я, пов'язані з радіоекологічними аваріями, внесли свої корективи до загальної організації РМК [188]. Обласний спеціалізований диспансер радіаційного захисту населення здійснює лікування та реабілітацію хворих відповідних категорій, заклади медико-соціального захисту надають пільги, проте профілактична ланка та доступність до установ такого виду залишаються недосконалими. Крім того, розробка методів медико-географічної та екологічної освіти підніме рівень обізнаності населення з цих питань.

Досить серйозною причиною ризику хвороб у Вінницькій області залишається незадовільна система медичного забезпечення, особливо ПМСД, низька якість медико-оздоровчо-профілактичного обслуговування, територіальна недосконалість організації МК, що веде за собою не своєчасне звернення за медичними послугами.

Звернення до лікарів є основним і досить надійним джерелом виявлення захворювань. Забезпеченість лікарями по Вінницькій області – 43,6 на 10 тисяч населення (по Україні 46,2), що в 1,5 рази вище у порівнянні з регіонами країн ЄС [227, с.115-121]. По районах області показник коливається в межах 16,4 – 33,9 (2003 рік). Тобто при такій доступності лікарської допомоги, можна виявити хвороби за умови своєчасного звертання до медичних установ. На невеликих територіях (сільські райони, дільниці тощо), де забезпеченість лікарями нижча, рівень захворюваності зростає. Облік кількості звертань дає більш вичерпні результати стосовно захворюваності, якщо для аналізу береться не рік, а більший термін часу (3-5 років).

Аналіз кореляційної таблиці 1.2. (с.45), розрахованої за формулами (1.1.) та (1.2.) підтверджує, що наближення медичної допомоги до людей, тобто забезпечення її доступності (зручної територіальної організації) є першою передумовою своєчасного виявлення захворювань. Вже за п'ятикілометровою відстанню від медичного закладу кількість звертань зменшується на 40%, а на відстані 10 кілометрів і більше – понижується втричі.

Проблема своєчасного звертання населення за медичною допомогою – одна з ключових проблем НМК та організації його територіально-регіональних структур. Звертання за лікувально-профілактичною допомогою будь-якого виду відбиває ступінь зацікавленості людини у збереженні власного здоров'я. Суттєво впливає на реєстрацію хвороб під час звертання до лікарів територіальний фактор, адже рівень забезпеченості лікарями, діагностичні можливості медичних установ в міській та сільській місцевостях значно відрізняються між собою.

Підсумком усього вище сказаного є висновок – захворюваність населення є абсолютним індикатором і стимулятором функціонування, розвитку та територіальної організації РМК. Її вплив на суспільство проявляється через значні втрати медико-біологічного, соціального та економічного характеру. Зміни у здоров'ї людей внаслідок захворюваності є екзогенні та ендогенні; керовані та некеровані. Сучасний стан здоров'я населення Вінницької області, який досить суттєво відтворюють показники захворюваності, характеризується такими основними тенденціями:

1. Зростає поширеність та первинна захворюваність за більшістю класів хвороб.

2. Зростає частота переходу гострих захворювань у хронічні.

3. Домінуюче місце в структурі посідають хронічні неінфекційні захворювання, передусім хвороби органів дихання, системи кровообігу, органів травлення.

4. Загроза збільшення частоти вроджених вад і спадкових захворювань зберігається.

5. Підвищується інфекційна захворюваність, особливо туберкульоз, кишкові інфекції, вірусний гепатит. Зростає поширеність соціально обумовлених хвороб, насамперед венеричних, СНІДу, туберкульозу.

6. Відбувається диференціація рівнів захворюваності в основних соціальних групах (суспільних прошарках), зокрема підвищення захворюваності серед малозабезпечених верств населення, серед сільського населення.

Зазначені тенденції відображають погіршення соціально-економічної та екологічної ситуації у Вінницькій області, але особливо вагомим впливом на показники захворюваності відзначається територіальна та компонентно-функціональна структура МК. Низький рівень розвитку профілактичної медицини та ПМСД на сьогодні є головною проблемою охорони здоров'я в усіх регіонах Вінницької області.

2.3. Медико-географічний фактор та суспільно-географічний аналіз екологічної ситуації.

Дослідження медико-географічного фактору це врахування просторової системи зв'язків тих аспектів суспільства і навколишнього середовища, які мають безпосередній вплив на здоров'я його представників в конкретних географічних та просторово-часових координатах (Шевченко В.О. 1997). Причому мова йде і про носіїв здоров'я – людей, а й про форми територіальної організації медичних установ, і про демографічну ситуацію, рівні і структуру захворюваності, екологічні фактори та фактори навколишнього середовища, рівень розвитку процесу надання медичних послуг. Тому медико-географічні фактори взаємообумовлені і екологічним станом території, і захворюваністю населення в даному випадку Вінницької області.

Для Вінницької області, як і для України, характерне найбільше поширення серцево-судинних хвороб, уражень органів дихання, злоякісних новоутворень (в розрізі України Вінницька область відноситься до групи з високими показниками захворюваності), прояв яких залежить від сукупності природно-географічних та соціально-економічних факторів. Провідними є соціально-економічні, адже в цьому плані Вінницька область має не найкращі характеристики. Особливе значення належить і забрудненню середовища. Стан навколишнього середовища області визначається як відносно стабільний. Але головні забруднювачі повітря та водоймищ це Ладижинська ТЕС, підприємства харчової промисловості та цукроварні заводи. Тому в період цукроваріння середовище визначається певною агресивністю. Аграрний характер господарства Вінницької області спричинив забруднення ґрунтів.

Суспільно-географічний аналіз екологічної ситуації у Вінницькій області також дає можливість виявлення основних факторів, які здійснюють вплив на здоров'я населення. Визначальним фактором сьогодні став антропогенний, тому що на території Вінницької області і біотичні й абіотичні фактори зазнали значних змін внаслідок господарської діяльності [9, с. 19-21].

Антропогенний вплив, у даний період існування людства, став найбільш поширеним у природі, і Вінницька область не є виключенням. Суспільство, впливаючи на навколишнє середовище опосередковано і безпосередньо, допустило неконтрольованих змін у його складі, які проявляються через непомірне антропогенне навантаження та крайню межу гранично допустимої концентрації антропогенної речовини [65, 10].

Для НМК і його регіональних підсистем значення медико-географічної та антропогенної складової полягає у наступному: спостерігається тісний зв'язок, який проявляється у тому, що змінене людиною природне (навколишнє) середовище впливає на неї саму, як “добре”, так і “погано” [191, с. 84-100], у вигляді погіршення чи покращення власного самопочуття. Спостерігається процес відхилення від фізичної та моральної норми здоров'я особи. Усе це фіксується спеціальними закладами МК. Одна з підсистем МК – санітарно-протиепідемічна служба, у межах України загалом, та Вінницької області зокрема, вивчаючи основні види змін природного середовища, виділила процеси його подальшого впливу на організм людини. Знаючи їх, з'являється можливість вдосконалення функціонально-компонентної структури МК.

Основні процеси впливу антропогенно зміненого природного середовища на організм людини, що включають медико-географічні характеристики наступні:

1. Прямий вплив на організм людини (виробничій і побутовий травматизм, ускладнення репродуктивних функцій).

2. Непрямий вплив на організм людини:

- погіршення якості умов життя і діяльності населення (склад повітря [66], температура, вологість, інше);

- погіршення якості їжі і питної води (забруднення харчових ланцюгів і питної води).

3. Зниження інформаційної цінності природних систем і психологічний вплив на особистість людини [115, с. 69-73].

Процеси прямого впливу обумовлені безпосереднім контактом населення Вінницької області з техногенними об'єктами (механізмами, машинами) або робочими агентами цих об'єктів (високою температурою, токсичними речовинами, електричним струмом, електромагнітними полями чи іншими формами енергетичного впливу, активними біологічними організмами, ін.), що можуть завдати шкоди здоров'ю людини або навіть призводити до її загибелі. Це має своє відображення у компонентно-функціональній структурі МК області: підвищення долі вузьких спеціалістів та фахівців серед усього медперсоналу, попит на лікарні й амбулаторії спеціалізованої й рідкісної допомоги, підвищення ролі травматологічних, опікових, реанімаційних та реабілітаційних відділень. Крім того фіксується недосконалість територіальної структури комплексу: не завжди відповідні медичні установи наближені до споживача або відносно слабо корелюють з ареалами підвищеної антропогенної діяльності.

Процеси непрямого впливу на організм людини пов'язані з погіршенням умов життєдіяльності людини, вони зумовлюють процеси метаболізму. Щоб зрозуміти природу цих факторів впливу, слід пам'ятати про складність людського організму, як єдиної матеріально-енергетично-інформаційної системи. Зміни будь-якого з безлічі параметрів (хімічних, фізичних, механічних, біологічних), які дуже взаємодіють і взаємопов'язані між собою, буде досить, щоб серйозно погіршити фізіологічні функції організму людини. Збоку медичного комплексу Вінницької області спостерігається дефіцит у мікробіологічних лабораторіях та лаборантах усіх спеціальностей. Територіально установи такого виду не відповідають потребам населення тому, що розташовуються, як правило, в районних та обласному центрах.

Погіршення якості їжі і питної води є однією з найбільш небезпечних форм непрямого впливу. Це пояснюється чутливістю організму до процесів інтоксикації продуктів, у першу чергу тих, що відповідають за стан метаболізму [47 с.39-40]. Звідси виникає потреба у санітарно-протиепідемічному обслуговуванні населення та місць господарської діяльності. Структура цієї

підсистеми МК у Вінницькій області розроблена досить відповідно до потреб і включає структурні елементи у вигляді санітарно-епідемічних станцій районного, міського, обласного, лінійного, портового та басейнового типів.

Інтегральними оцінками медико-географічного фактору та антропогенного впливу на природне середовище, яке далі зворотно впливає на людину є показники захворюваності і смертності населення. Ці показники по усіх районах Вінницької області свідчать про постійне погіршення комплексних характеристик стану здоров'я населення на даній території. У їх структурі провідне місце належить тим захворюванням, що залежать від показників навколишнього середовища: хвороби органів дихання, системи кровообігу, онкологічні захворювання.

Якщо прямий та непрямий процеси впливу зрозумілі, то аспекти зниження інформаційної цінності природних систем і психологічний вплив на особистість людини вивчені значно менше. В небагатьох роботах розглядається, наприклад, дистресивний феномен природи, або питання про те, що позбавлення людини інформаційного контакту з природою може вести до серйозних соціальних наслідків.

Медико-географічна та екологічна ситуація у Вінницькій області мають свої особливості. Поверхневі та підземні води за наявності у воді таких елементів, як кальцій, натрій, магній є помірно-жорсткими та жорсткими [177]. Підвищений вміст вказаних елементів дає підґрунтя для існування небезпеки поширення урологічних хвороб. Недостатній вміст у воді фтору спричиняє імовірність захворювань на флюороз та карієс, що характерно для всіх районів Вінницької області. Йод у ґрунтових водах має вплив на імовірність ендемічного зобу, у області він не великий (4-5 мг \л). Надлишкове або недостатнє надходження хімічних елементів з питною водою може призвести до порушення солевого балансу живих організмів і виникнення специфічних захворювань. Забруднення води може стати джерелом інфекційних хвороб. Це знаходить своє відображення у функціонально-компонентній структурі МК Вінницької області: профілактичні заходи щодо попередження карієсу,

урологічних хвороб, ендемічного зобу; збільшення потужностей урологічних відділень у районних лікарнях тощо. Господарське освоєння ґрунтів в області, внаслідок діяльності людей, по суті, було направлено на їх знищення. Останні 70-80 років здійснювалось шляхом глибокого розорювання, застосування мінеральних добрив і отрутохімікатів. У Вінницькій області у всіх районах, виключаючи Могилів-Подільський, Ямпільський, Чернівецький, мають місце техногенні *геохімічні аномалії* – перевищення, порівняно з природним фоном, вмісту певних хімічних речовин у природному середовищі, що проявляються через вміст важких металів у ґрунтах, природних водах, донних відкладах водойм. У Літинському та Барському районах високий вміст пестицидів і нітратів в ґрунтових водах. Вміст мікроелементів в орному шарі ґрунту на території Вінницької області наступний: марганець (550-900 мг \ кг), молібден (3,2 мг \ кг) та цинк (30-60 мг \ кг) перевищують граничні показники і створюють середню імовірність певних захворювань; нестача міді (0-10) фіксується також по всіх районах; високим є вміст кобальту (15-25 мг \ кг) і бору (20-80 мг \ кг); достатньо високою для негативних змін в організмі є активність (перехід з ґрунтів в рослинність) важких металів і радіонуклідів (0,4-0,6 умовних одиниць) особливо у Ямпільському, Чернівецькому, Могилів-Подільському та Муровано-Куриловецькому районах та середня – свинцю (10-100 умовних одиниць) [177].

Зазначені фактори в поєднанні з антропогенною діяльністю аграрного характеру перетворили природне середовище Вінницької області на сукупність агроландшафтів, натуральні компоненти природи збереглися у мінімальній їх кількості та прояві [49, с.113-114]. Середовище не має змоги регенеруватись. Звісно цей комплекс чинників впливає на організм людини, і не завжди з позитивного боку. Ці ландшафтні характеристики, мають свої допустимі значення, за межами яких знаходиться летальний фактор [216, 9, с. 19]. РМК не може вирішити таку регіональну проблему, що переходить в глобальну. Проте запобігання хвороб через профілактичну діяльність цілком можливе, що в свою чергу ставить високі компонентно-функціональні та територіальні вимоги не

тільки до профілактичної медицини а й до комплексу в цілому. МК своєю діяльністю може стримувати дію летального фактору та підтримувати організм людини, тобто змушувати його до пристосування, як природного, так і штучного (за допомогою фармацевтичних заходів та засобів).

Науковими дослідженнями зібрано великий фактичний матеріал про вплив медико-географічних факторів, екологічної ситуації та антропогенно зміненого (забрудненого) навколишнього середовища на здоров'я населення, що є важливим при дослідженнях РМК (табл.2.9.) [194, с. 227].

Таблиця 2.9.

Характеристика токсичних і напівтоксичних речовин та їх вплив на організм людини (за В.Є. Чайкою, 2002).

Елемент забруднення	Основне джерело надходження до середовища	Основні шляхи надходження до організму	Вплив на здоров'я людини
Ферум	Промислове виробництво	З водою, їжею	Цироз печінки, захворювання кровоносної системи
Оксид карбону	Промисловість, автотранспорт, енергетика	З повітрям	Карбоксигемоглобінемія, ураження центральної нервової системи, порушення вуглеводного, жирового фосфоліпідного обміну, вітамінного балансу.
Кадмій	Виплавляння кольорових металів	З водою, їжею, повітрям	Хвороби нирок, остеопороз (ламкість кісток), канцерогенна дія, хвороба ітай-ітай.
Манган	Виплавляння металів, добрива, рідке паливо, лінолеум, сірники, піротехнічні вироби.	З повітрям	Прогресуюче ураження центральної нервової системи, летаргія. Синдром Паркінсона, пневмонія.
Купрум	Промислове виробництво, спалювання вугілля, добрива, барвники.	З водою, їжею	Пневмонія, гепатити
Арсен	Промислове виробництво, пестициди, пивоваріння	З водою, їжею, пивом	Рак легенів та шкіри, порушення функції шлунка, периферичні неврити, перфорація перегородки носа, ураження ШКТ.
Молібден	Ґрунти, природні води, виплавляння металів, барвники, сплави, скло, мастила	З повітрям, водою, їжею.	Порушення центральної нервової системи (ЦНС), подагра.

Нікель	Промислове виробництво, нікелювання виробів	З їжею, повітрям	Бронхіальний рак, дерматити, інтоксикація, алергія.
Нітрати, нітрити	Добрива, відходи тваринництва, стічні води	З водою, їжею	Порушення транспортування кров'ю кисню, органів травлення (метгемоглобінемія)
Нітрозо - сполуки	Добрива, пестициди, харчові добавки	З водою, їжею	Рак, мутагенна та тератогенна (каліцтва) дії
Меркурій	Добування та виробництво, пестициди, спалювання	З повітрям, водою, їжею.	Інтоксикація, хвороба Манамата, паралічі та психічна неповноцінність новонароджених.
Хром	Промислове виробництво, сплави, барвники, дубильні речовини, вогнетривка цегла.	З повітрям, їжею	Бронхіальний рак
Плюмбум	Виплавка металу, пестициди, двигуни внутрішнього згорання, дорожній піл, ґрунт навколо підприємств	З водою, повітрям, їжею	Ураження ЦНС, печінки, нирок, мозку, статевих органів.
Флуор	Алюмінієва та силікатна промисловість, добрива	З водою, повітрям	Флюороз, зубні хвороби, пневмонія, рак, ураження кісток, сухожиль, специфічні ураження шкіри.
Алюміній	Алюмінієва промисловість, спалювання вугілля	З повітрям	Ураження кісток, флюороз зубів
Ванадій	Спалювання нафти, вугілля, промислове виробництво	З повітрям	Захворювання серцево-судинної системи
Селен	Збагачення руд, спалювання вугілля	З повітрям	Депресії, запаморочення жовтуха, носові кровотечі

Дані таблиці дозволяють розробляти заходи щодо запобігання вказаних хвороб, удосконалювати систему спеціалізованої та професійної (відносно місця роботи) медичної допомоги трудовим ресурсам та населенню, умови проживання якого визначаються ризиком середовища. Звісно усі ці заходи повинні мати загальнодержавний характер та екологічну спрямованість.

Ціна здоров'я населення Вінницької області виглядає досить драматично – смертність населення від інфекційних захворювань значно знижується, а смертність від хвороб, пов'язаних з якістю оточуючого середовища (респіраторні хвороби, рак) настільки ж різко зростає [86, 86].

Територіальний розподіл захворюваності населення Вінницької області, тісно корелює з медико-географічною ситуацією будь-якого району. В складних екологічних умовах відбуваються значні порушення стану здоров'я людей, їх фізичного розвитку. Поступово зростають в структурі захворюваності та смертності населення області хронічні хвороби (патології) [190, 85, 86] і відповідно зменшується доля інфекційних. Серед багатьох причин цих явищ домінують високі темпи життя, прискорення виробничих процесів, забруднення природного середовища, надмірне техногенне та антропогенне навантаження на дану територію [163].

Це викликає необхідність розширеного та поглибленого вивчення медико-географічної складової, позитивних і негативних факторів навколишнього середовища й антропогенної діяльності та визначення на цій основі, насамперед, задовільних показників здоров'я, а також планування заходів по його охороні [192], що є головним завданням МК на всіх ієрархічних рівнях. Дослідження процесів пристосування організму до змін умов середовища, тобто адаптації та акліматизації, дозволить розробити ефективні заходи надання профілактичної, медико-оздоровчої або санітарно-протиепідемічної допомоги на всіх стадіях функціонування МК.

Отже медико-географічна та екологічна ситуація, мають істотний вплив на розвиток МК Вінницької області, тому що від них залежать зрушення у здоров'ї населення. Такі захворювання мають єдину ознаку – вони є породженням останніх віків цивілізації і зумовлені розвитком продуктивних сил та науково-технічного прогресу. Враховуючи це, можна виділити чотири основних групи факторів, які безпосередньо впливають на здоров'я і далі на функціонування МК Вінницької області:

1. Усі види забруднення навколишнього середовища.
2. Технологічні аварії, що все частіше набувають вигляду екологічних проблем.
3. Погіршення соціальних умов існування людей (забруднення їжі, звукове навантаження та інше).

4. Демографічні фактори.

Кожному району Вінницької області властива певна медико-географічна ситуація, а антропогенний вплив проявляється по різному, залежно від характеру усіх видів господарської діяльності на даній території. Досить часто ці чинники визначають розподіл захворюваності людей. Тому, застосовується централізація спеціалізованої допомоги, яка поєднується з наближенням її до населення, передбачаючи взаємозв'язок між спеціалістами вузького профілю і дільничною службою, відповідно до потреб у медичних послугах.

Розробка і реалізація ефективної концепції подальшого розвитку комплексу охорони здоров'я можлива на основі врахування медико-географічного районування регіонів України та областей. При виділенні районів доцільно користуватись показниками захворюваності, народжуваності, смертності, природного приросту населення, даними, що характеризують екологічну ситуацію території [154], забезпеченість населення медичними установами та медичним персоналом.

Районування дасть можливість обґрунтованого й поступового реформування медичного комплексу Вінницької області, перебудова якого сприятиме досягненню головної мети охорони здоров'я – примноження кількості індивідуального і суспільного здоров'я, а значить і збагачення нашої держави. Адже цей капітал є запорукою добробуту і благополуччя майбутніх поколіть.

Підсумовуючи викладене зазначимо, що медико-географічна ситуація виникає на основі зв'язків між здоров'ям населення та навколишнім середовищем і дає можливість визначити географічні особливості захворюваності регіону. Для Вінницької області характерне зниження інфекційних хвороб та зростання соматичних через прискорення темпів суспільної діяльності, незадовільного економічного благополуччя населення та те, що антропогенний вплив набуває всезагальних масштабів. Факт деградації складу і структури екосистем (особливо найбільш продуктивних відносно поглинання вуглекислого газу і виділення кисню) незаперечний. Це спричинило

небувалий ріст захворюваності, перетворило її на одну з глобальних проблем людства. Ліквідувати хвороби неможливо, та їхню кількість можна зменшити, зупинити ріст, тобто позбавити людину страждань через досконалу організацію медичної допомоги. Пріоритетними пунктами у здійсненні медико-оздоровчого процесу повинно бути врахування: особливостей медико-географічної ситуації, природного середовища, видів антропогенної діяльності, демографічних процесів, історичних процесів, соціально-економічного розвитку території, попиту на медичне обслуговування; професійний рівень освіти медичного персоналу; покращення соціальних умов життя та праці населення. Тільки здорове, екологічно обізнане покоління може вивести державу та її регіони на високий рівень розвитку, поставити її на один щабель з передовими країнами світу.

2.4. Рівень соціально-економічного розвитку сільських і міських районів

Під *рівнем соціально-економічного розвитку* слід розуміти інтегральний показник, що характеризує співвідношення між виробничою й невиробничою сферами, узагальнені показники рівня розвитку промисловості, сільського господарства, соціальної інфраструктури (освіта, культура, медицина, комунальні послуги, ін.), ВВП, продуктивність праці, забезпечення різних груп населення продуктами харчування, соціальним забезпеченням, заробітною платнею та ін [76, с.8-28]. Усі ці показники мають безпосередній вплив на здоров'я населення та функціонування МК і надання медичних послуг на будь якій території.

Надання медичних послуг мешканцям сільських та міських районів має певні відмінності. Насамперед слід зазначити, що проблема забезпечення сільського населення кваліфікованою медичною допомогою дуже актуальна не тільки в Україні та її регіонах, а й в усьому світі. Визначається вона соціально-економічним устроєм нашої держави та її областей, особливостями розвитку

села та національної системи охорони здоров'я. Порівняно низькі густота і компактність розселення сільського населення по території, особливий характер умов праці в процесі сільськогосподарського виробництва та постійне проживання в обмеженому соціально-економічному і культурному середовищі є основними факторами, що потребують від національного медичного комплексу пошуку найбільш сприятливих і пристосованих до особливостей сільської місцевості форм забезпечення населення послугами охорони здоров'я.

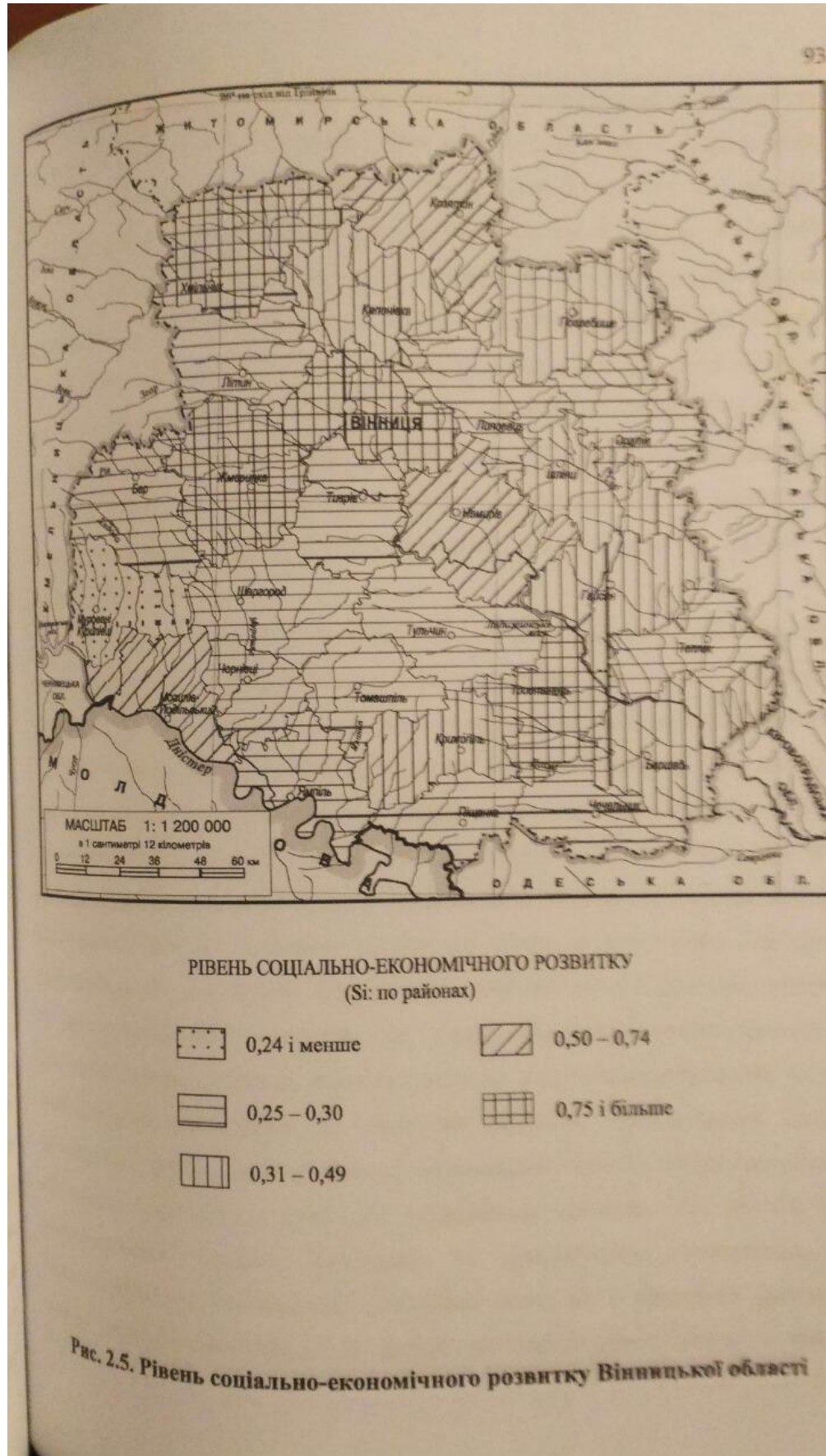
За рівнем економічного і соціального розвитку Вінницька область відноситься до групи областей з нижчим від середнього рівнем розвитку [114 с. 162-163]. Якщо середньо українські показники прийняти за 100%, то національний дохід на душу населення в області становить лише 85%, а валовий суспільний продукт – майже 90 %. На державному рівні основним узагальнюючим показником, який характеризує економічне становище країни є ВВП, на регіональному рівні таким показником є валова додана вартість (ВДВ) [130]. *ВДВ* розраховується як різниця між випуском та проміжним споживанням товарів і послуг і відображається в основних цінах [179, с.45.]. Показник *ВДВ* у Вінницькій області у 2002 році був 5008 млн. грн., по Україні 183296 млн. грн. В розрахунку на душу населення області *ВДВ* була 2812 грн., по Україні 3766 грн. За розміром середньомісячної оплати праці робітників і службовців область відноситься до групи із оплатою, що є значно нижчою за середній рівень по Україні.

Рівень розвитку сфери обслуговування Вінницької області є досить низьким, вартість платних послуг і товарообігу на душу населення є значно нижчою за середні показники і найнижчою по Україні. Достатньою в області є кількість об'єктів торгівлі, громадського харчування, дошкільного виховання та шкільної освіти, бібліотек, забезпеченість лікарями та середнім медичним персоналом. Але територіально ці показники не відповідають потребам і не гарантують високої якості отримання певних видів послуг. Значна кількість інфраструктурних об'єктів на сьогодні не виконує своїх функцій, або не задовольняє потреб споживачів. Забезпеченість населення Вінниччини

житловою площею є однією з найвищих серед областей України. Зазначені тенденції мають значно негативніший характер у сільських районах області.

Розрахунки рівня соціально-економічного розвитку (S_i) районів Вінницької області, що виконані на основі використання 30-ти показників (Додаток 12) та формули (1.5., п. 1.3., с.46), дозволяють говорити про відмінності між міською та сільською місцевостями. Сільські райони мають значно гірші характеристики [185, 64] S_i , що віддзеркалюється на територіальній та компонентній структурах РМК. Для області властиве явище „тяжіння до центрів” – чим більше та потужніше центральне місто (ядро) району, тим вищий у ньому рівень соціально-економічного розвитку, тим кращою є організація процесу надання медичних послуг (рис. 2.5.). Це стосується Вінницького ($S_i=0,81$), Жмеринського ($S_i=0,75$), Хмільницького ($S_i=0,75$), Козятинського ($S_i=0,60$), Могилів-Подільського ($S_i=0,54$), Немирівського ($S_i=0,53$), та Тростянецького ($S_i=0,79$), районів, причому, майже половина показників, взятих для розрахунку S_i припадає на долю самих районних центрів. Звісно, і рівень медичного обслуговування у міських районах області набагато кращий і доступніший.

Медична допомога в сільських районах забезпечується у Вінницькій області за єдиними для всього населення принципами [142, с.51-52]. Але організація цього процесу має певні особливості, які сформувались внаслідок впливу соціальних та економічних факторів. До особливостей надання медичних послуг на селі належать: 1. Відставання в забезпеченні сільського населення якісно рівноцінними (з мешканцями міст) обсягами медико-санітарних послуг. 2. Збереження обмежень у просторовій доступності та існування пов'язаних з ними проблем в територіальній організації РМК. 3. Побудова в сільській місцевості окремої і розгалуженої мережі дільничних закладів. 4. Відмінна від міст якісна структура обсягів ПМСД сільському населенню. 5. Відсутність чіткої регламентації чисельності населення та територіальних параметрів сільської лікарської дільниці. 6. Орієнтація сільської лікарської дільниці на забезпечення медичною допомогою первинного рівня не



тільки мешканців населеного пункту, в якому розташований медичний заклад, але й населення інших сіл, приписаних до цього закладу. 7. Нерівноцінність обсягів і якості медичних послуг, які надаються сільському населенню, що мешкає в пунктах дислокації установ ПМСД, порівняно з іншими населеними пунктами на території діяльності цих установ. 8. Наявність в функціонально-компонентній структурі сільських дільничних закладів ПМСД стаціонарів з цілодобовим і денним перебуванням хворих, які використовуються переважно в разі загострення хронічних хвороб, чи при невідкладних станах. З огляду на ці особливості, втілено в життя рішення МОЗ про заборону скорочення сільських лікарняних закладів, їх ліквідацію чи реорганізацію, що мало місце у зв'язку з трансформацією економіки і скороченням бюджетних коштів у державі та її регіонах [142, 40].

У працях сучасних вчених [9, 90, 208] цілі розділи присвячені дослідженням про вплив рівня соціально-економічного розвитку території на захворюваність населення, а отже й на територіально-компонентну структуру МК. Цей вплив є досить суперечливим тому, що з розвитком продуктивних сил створюються позитивні умови для формування здорового способу життя; з розвитком НТП досягнення медицини іноді творять чудеса, але на противагу цим аргументам виступають інші – з'являється чимало негативних наслідків для здоров'я людей. Соціально-економічна складова дуже тісно пов'язана з антропогенними факторами. Вивчення зв'язків між рівнем розвитку території та організацією МК, наводить на думку про деякі закономірності: 1) зростаючий рівень розвитку підвищує вимоги до функціонування МК та його територіальної організації; 2) швидкий розвиток продуктивних сил та прискорення ритму життя знижує адаптаційну (змога пристосовуватись) можливість організму, веде до збільшення стресів; 3) збільшується розповсюдження хвороб цивілізації та професійних захворювань; 4) удосконалення та ускладнення технічних приладів і пристроїв розширює палітру причин травматизму й аварій на виробництві; разом з тим 5)

економічний розвиток сприяє удосконаленню фармацевтичної промисловості, винайденню нових ліків, які продовжують життя людині.

Трудові ресурси – головна продуктивна сила, основа розвитку господарства, через яку здійснюється соціально-економічний розвиток [195], тому вплив S_i на МК Вінницької області здійснюється безпосередньо через людський фактор, є різним за своїм ступенем і проявами. НМК, як функціонально-компонентна підсистема господарського комплексу та сфери послуг країни, вступає в зв'язки з іншими підсистемами матеріального й нематеріального виробництва, з метою відтворення, оздоровлення та відпочинку трудових ресурсів.

З позицій геопросторової організації суспільства – питання територіальної організації системи закладів МК та медико-оздоровчого процесу вміщують в собі такі економ-географічні категорії, як 1) доступність; 2) віддаленість (відстань між установами МК, між закладами, які здійснюють різні етапи одного оздоровчого процесу); 3) наявність транспортних шляхів і засобів пересування та їх характеристика. Слід також враховувати особливості сфери медичних послуг – користування медичними закладами буває постійним, періодичним, епізодичним а до певних медичних установ людина звертається лише раз в житті.

За дослідженнями В.В.Стецького (1998) на території комплексів обласного рівня просторова доступність до закладів за відстанню і характером її подолання поділяється на дві групи:

- 1) пішохідну;
- 2) транспортну [181, с.31]

Пішохідна доступність, здебільшого, визначає характер розміщення медичних установ в межах населеного пункту, міського району чи дільниці. Відстань між місцем постійного проживання і пунктом або закладом МК долається пішки, що властиве, в більшості, для систем розселення сільського населення. Найбільший вплив чинник пішохідної доступності здійснює на ФАПи, аптеки, молочні кухні, приватні і державні стоматологічні кабінети у

сільській місцевості, пункти охорони здоров'я та дещо менше на дільничні поліклініки (поліклініки у мікрорайонах і частинах міста), характеризується зручністю положення: центральним або периферичним. Проте для сільського населення не менш важливим є транспортна доступність (фактор). Усі види медичних послуг, крім простої діагностики та лікування найпоширеніших видів захворювань, можливо надавати при наявності відповідної медико-санітарної бази та більш широкого кола спеціалістів, що не реальне у ФАПі й змушує сільське населення добиратись до СЛД чи районного центру, а в разі потреби – до обласної лікарні.

У міських населених пунктах, де діє громадський транспорт, роль пішохідної доступності значно знижується.

На організацію і функціонування окремих видів закладів МК (обласні лікарні різних профілів, диспансери, республіканські центри, медичні заклади рідкісної допомоги, санаторії, оздоровчі центри, СЕС, заклади освіти медичного профілю та багато ін.) великий вплив має фактор транспортної доступності. Вибіркове розміщення цих закладів по території області, формування великих просторових зон впливу та великих радіусів обслуговування, пояснює потребу долаття значних відстаней за допомогою різних видів транспорту (як правило, залізничного та автомобільного).

МК – вузькоспеціалізоване міжгалузеве утворення, система, головною ознакою якої є тісні взаємозв'язки з іншими суспільно-географічними утвореннями. У нашому випадку це процес взаємодії з іншими комплексами і складовими елементами господарства Вінницької області, що формують рівень соціально-економічного розвитку сільських та міських районів. Сюди можна віднести освітній комплекс, систему торгівлі та громадського харчування, комунальне обслуговування, рекреаційний комплекс, транспорт та зв'язок та інше.

Важлива роль в соціально-економічному розвитку та проведенні медико-оздоровчо-профілактичного процесу в структурі МК Вінницької області належить закладам освіти медичного профілю. Кожна особа, зайнята в

комплексі охорони здоров'я, отримала спеціальність у відповідних освітніх установах. Рівень проведення оздоровчого процесу великою мірою залежить від якості освіти та кваліфікації фахівців, що його здійснюють (лікарів, медичних сестер, фармацевтів, лаборантів тощо). Мережа закладів медичної освіти є невід'ємним структурним елементом вузькоспеціалізованого МК [123, 119].

На території Вінницької області розміщено Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова, який проводить навчання на шести факультетах (лікувальному, стоматологічному, педіатричному, фармацевтичному, медичної психології, клінічної фармації) та п'ять медичних училищ з підготовки середнього медичного персоналу у містах Гайсин, Бершадь, Могилів-Подільський, Погребище, Вінниця. Спеціалістів з обслуговування медичної техніки готує Вінницький національний технічний університет на кафедрі медико-біологічного обладнання факультету радіоелектроніки. Ряд обласних лікарень здійснює підвищення кваліфікації лікарів. Підготовка спортивних лікарів та фахівців з реабілітації проводиться в комерційному університеті „Україна”.

Проте, сьогодні, медична освіта має низку суперечливих питань. Одне з головних це – підготовка лікарів у непрофільних вузах. Прибічники такої підготовки наводять ряд позитивних рис цієї системи медичної освіти. Але Міністерство Охорони Здоров'я виявляє ряд суттєвих недоліків у такій освіті [139, с.158-165].

По перше, якщо раніше підготовка лікарів здійснювалась у класичних університетах, то з часом медичний ВУЗ став самостійним структурним елементом Національного освітнього комплексу, тому що цього вимагає специфіка освіти майбутніх лікарів.

По-друге, лікувальний і навчальний процеси є нерозривними і здійснюються не в аудиторіях, а у лікарнях, лабораторіях, з добре оснащеною медичною базою.

По-третє, сучасна медична освіта в європейських та американських вузах дійсно проходить у національних університетах, проте, медичний

інститут (університет) хоч і входить до їх складу, але є автономним, незалежним утворенням, він самостійно або окремо фінансується і має відповідну базу та інфраструктуру.

Важливо також зазначити, що навчання лікаря не завершується в інституті протягом шести років, а продовжується в інтернатурі ще 2-3 роки, і лише при успішній здачі іспиту на сертифікат лікар має право на медичну практику. Тому МОЗ України послідовно виступає проти підготовки лікарів у непрофільних вузах.

Соціальним чинником формування МК виступає система підприємств торгівлі, зокрема аптек, магазинів з продажу медичного обладнання та апаратури, магазинів медичної оптики. В умовах ринкової економіки значного обсягу набув приватний та комерційний характер цих закладів.

На території Вінницької області в усіх містах, селищах міського типу та великих селах розміщено як державні, так і комерційні аптеки й аптечні кіоски. Однак велика кількість малих сіл (особливо з населенням менше 5 тисяч чоловік) не мають відповідних закладів і жителі змушені добиратись до районного центру, чи найближчого населеного пункту що має аптеку. А потреба у фармацевтичних препаратах першої необхідності завжди існуватиме.

Просторове розташування усіх торговельних установ, що здійснюють продаж хіміко-фармацевтичних лікарських засобів, зуболікарських, гіпсо-бінтувальних матеріалів, медичної техніки та інше, виступає складовим елементом територіальної організації та компонентом функціональної структури МК Вінницької області.

Висновком, з огляду на особливості медичного обслуговування в міській та сільській місцевостях, що склались під впливом факторів соціально-економічного розвитку районів Вінницької області, буде наступне: диспропорції в наданні медичних послуг населенню сільських та міських районів існують, у містах ситуація значно краща. Медична допомога сільському населенню потребує більш диференційованого ніж у містах вибору і системного впровадження на рівні ПМД її найбільш придатних для села форм. РМК, як той,

що надає послуги у межах сільської місцевості, повинен у своєму подальшому розвитку подолати існуюче відставання рівнів обсягу та якості медико-санітарної допомоги сільському і міському населенню. З точки зору територіальної організації слід збільшити саму СЛД і наблизити лікарську допомогу до сільського населення, створити таку просторову модель, що забезпечить рівноцінну доступність ПМД для мешканців сільських населених пунктів з різними територіальними умовами розташування. Упорядкування мережі медичних закладів має забезпечити пріоритетність розвитку ПМСД в містах та селах на засадах загальної лікарської практики і сімейної медицини. І останнє, приведення територіальної та компонентно-функціональної структур медичних закладів у відповідність до особливостей надання медичних послуг на для сільських та міських районів Вінницької області – це запорука успішного розвитку РМК.

Висновки до II розділу

Аналіз умов та факторів розвитку МК Вінницької області дає змогу зробити такі висновки:

1. Сучасна демографічна ситуація у Вінницькій області характеризується депопуляцією населення, перевищенням кількості померлих над кількістю народжених, збільшенням частки осіб непрацездатного віку, скороченням середньої тривалості життя;

2. Сукупність усіх типів населених пунктів Вінницької області це – складна просторова система, каркас якої слугує основою для територіальної організації об'єктів РМК. Кількість населення в межах території, розташування і величина поселень у районах та їх частка в організації основних форм діяльності людей, відіграють визначальну роль у господарській діяльності, і є вирішальними чинниками територіальної організації МК Вінницької області;

3. Захворюваність – це індикатор та стимулятор формування структури й організації МК. Практично усі контакти населення з закладами МК зводяться

до подолання або профілактики хвороб. Характеристики захворюваності є головними критеріями оцінки функціонування комплексу охорони здоров'я. За останні вісім років рівень загальної захворюваності серед населення Вінницької області збільшився на 53,2%, причому з 1995 по 1999 рр. збільшення становило 16,5 %, а з 1999 по 2003 – 36,7%. Така картина характерна для всіх районів області, та найвищі темпи росту (за період 1995-2003 рр.) захворюваності зафіксовані у Липовецькому (на 104%), Ямпільському (на 96%), Погребищенському (на 80%), Барському (на 86,6%), Крижопільському (на 72%), Могилів-Подільському (на 74,1%) Гайсинському (на 73,4%). Відносно невисокі темпи збільшення захворюваності за той же період зафіксовано у Іллінецькому (16,9%), Шаргородському (19,5%) районах;

4. Медико-географічна ситуація визначає взаємодію тих аспектів суспільства і навколишнього середовища, які безпосередньо впливають на здоров'я людей. Для Вінницької природне середовище відзначається відносною стабільністю щодо впливу на організм людини. Першість належить соціально-економічним факторам які є першопричинами виникнення серцево-судинних хвороб, злоякісних новоутворень, уражень органів дихання;

5. Екологічні фактори в поєднанні з антропогенною діяльністю аграрного характеру перетворили природне середовище Вінницької області на сукупність агроландшафтів, натуральні компоненти природи збереглися у мінімальній їх кількості та прояві. Середовище не має змоги регенеруватись. Звісно цей комплекс чинників впливає на організм людини, це спричинило ріст захворюваності, перетворило її на одну з головних проблем МК Вінницької області;

6. За рівнем економічного і соціального розвитку Вінницька область відноситься до групи областей з нижчим від середнього рівнем розвитку. Соціально-економічний розвиток є головним фактором, що спричиняє диспропорції у медичному обслуговуванні міських та сільських районів області. Основною проблемою залишається недостатній розвиток первинної медико-санітарної допомоги;

7. Важлива роль в соціально-економічному розвитку та проведенні медико-оздоровчо-профілактичного процесу в структурі МК Вінницької області належить закладам освіти медичного профілю. В області історично склалась потужна база підготовки медперсоналу та прогресивний розвиток медичної науки.

РОЗДІЛ III. ТЕРИТОРІАЛЬНА ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОГО КОМПЛЕКСУ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ.

3.1. Місце і роль медичного комплексу в період переходу до ринкових умов

Розвиток РМК залежить від його місця у сфері послуг країни та її регіонів. Дане місце є визначальним і характеризується сьогодні рядом особливостей: по-перше, даний комплекс надає послуги так званого першого рівня, тобто ті які відповідають фундаментальним потребам – самозбереження, збереження здоров'я, підтримання нормального самопочуття та ін. По-друге, послуги МК за своїм змістом є індивідуальними, груповими та суспільними; характеризуються масовістю споживання; надаються постійно, регулярно, епізодично та екстрено. По-третє, МК забезпечує найголовніші процеси життєдіяльності суспільства – відтворення та оздоровлення головної продуктивної сили – населення. По-четверте, прорив науково-технічного прогресу (НТП) і використання новітніх, високих технологій в усіх галузях господарства [167 с. 72-73] надалі буде інтенсивно відбуватись саме в сфері медицини та охорони здоров'я. І по-п'яте, збалансування функцій всіх ланок суспільного комплексу, тобто реалізація концепції сталого розвитку держави та її регіонів, не можлива без здорової нації в усіх розуміннях цього слова.

Місце МК Вінницької області можна характеризувати за обсягом вироблених послуг, які становили у 2002 році 32,5 млн. грн., що в тричі більше ніж освітні та юридичні послуги, майже в десять разів вище за відпочинок, розваги, культуру та спорт. Проте першість за обсягом вироблених послуг належить таким галузям, як торгівля і громадське харчування, транспорт і зв'язок. Споживання медичних послуг у межах обласного регіону має територіальні особливості, міські поселення мають значно вищі показники через більшу кількість населення і різноманітність установ охорони здоров'я. У сільській місцевості рівні споживання і надання медичних послуг значно

знижуються. Тобто поєднання територіальної і компонентно-функціональної структур визначають загальний характер послуг МК, їх місце і роль у господарському комплексі Вінницької області.

Одним з головних показників місця МК у сфері послуг є частка населення зайнятого в охороні здоров'я і соціальному забезпеченні та локалізація зайнятих в медичному обслуговуванні. МК Вінницької області, за показником зайнятості населення, займає третє місце після оптово-роздрібної торгівлі (119,7 тис. осіб) та освітнього комплексу (60, 1 тис. осіб). У галузях охорони здоров'я зайнято 51,1 тисяча осіб, що є одним з найвищих в Україні. [179, с. 553-560].

Послуги взагалі, а особливо медичні – явище історичне [178, 90]. Вони підпорядковуються власним економічним законам, у нашому випадку це економіка охорони здоров'я. Структура попиту на послуги МК (відповідно, і структура самого комплексу), й можливості його задоволення, навіть у рамках однієї суспільної формації, не залишаються незмінними. Вони змінюються в міру розвитку продуктивних сил суспільства у межах просторових, географічних та часових координат. Безперервно з'являються нові й нові види та типи медичних послуг, одночасно частина послуг МК, які застаріли, згодом зникає. В останнє десятиріччя попит саме на медичні послуги стрімко зріс як у Вінницькій області, так по всій Україні [123, 224]. Ця тенденція продовжується підвищуючи тим самим роль РМК. Серед нововведень можна назвати: різноманітні види сучасної вакцинації, лазерну терапію, косметичну хірургію, нові види санітарно-епідеміологічного обслуговування, досягнення хіміко-фармацевтичної промисловості та багато іншого [118, 119].

Усі зрушення в системі охорони здоров'я області, сьогодні, носять переважно економічний характер та спрямованість. Перспектива впровадження системи медичного страхування на державному рівні створює основу формування різноманітного конкурентноспроможного середовища на усіх етапах функціонування МК національного та регіонального рівнів.

Слід зазначити, що сьогодні реформується не тільки МК, змінюється економічне середовище самих медичних працівників і насамперед ключової фігури – практикуючого лікаря, який може: а) бути найманим робітником у державній установі або медичному підприємстві; б) являться кооператором, орендаром, акціонером, фахівцем, що займається індивідуальною приватною медичною практикою; в) поєднувати ці й інші форми господарської діяльності [87].

Дослідження територіальної організації МК Вінницької області, передбачає аналіз просторових відмін у його розвитку. Безперечно, належність МК до комплексу сфери послуг визначає одну головну його орієнтацію – на споживача [147, 148].

Економічна складова проводить функціонування комплексу через призму доступності або попиту та задоволення потреб у медичних послугах, використання допомоги та ресурсів охорони здоров'я. Питання попиту на медичну допомогу є складним тому, що для використання послуг які надаються МК (за винятком профілактичних) споживач має бути хворим, а люди, здебільшого, воліли б цього уникати. Отож, попит на медичну допомогу в певній мірі є похідним, заснованим на бажанні населення мати міцне здоров'я для успішного функціонування в усіх інших сферах виробництва й споживання. Тому суспільна вага МК є особливою.

У 2003 році МК Вінницької області мав інший вигляд ніж у 90-ті роки. Відбулась заміна основних фондів МК через заміну живої праці, менш ефективної на результативнішу. Особливістю цього процесу стало те, що використання в галузі сучасної медичної техніки і обладнання ніяк не пропорційне абсолютному і відносному скороченню медичних кадрів. Науково-технічне удосконалення матеріально-технічної бази суттєво не впливає на скорочення чисельності зайнятих працівників, що пояснюється високим рівнем трудомісткості в галузі охорони здоров'я.

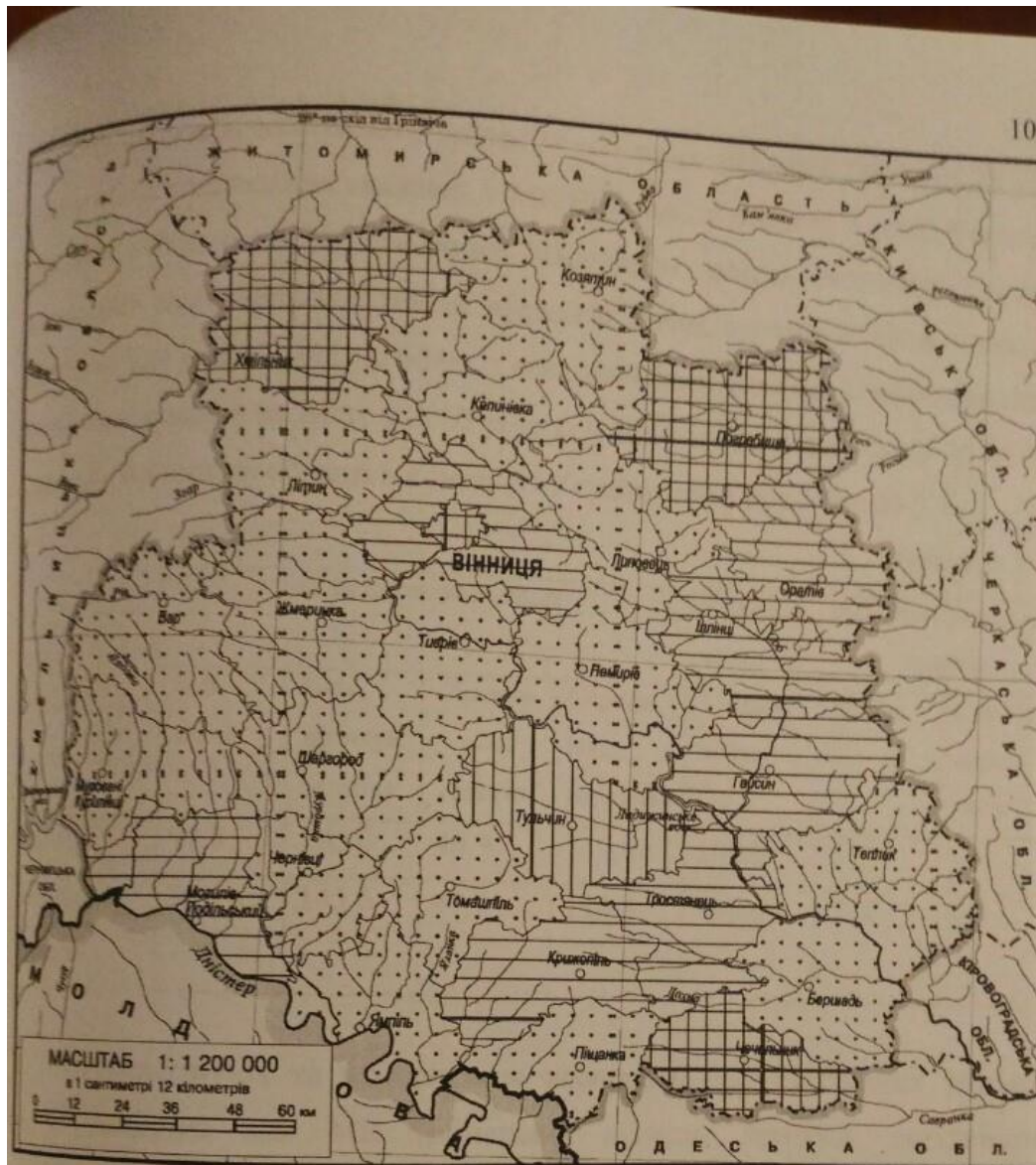
На рахунку МК Вінницької області у 2003 році знаходилось – 1 обласна лікарня, з числом ліжок 736; 1 дитяча обласна лікарня з числом ліжок 390;

міських лікарень – 17 у них ліжок 1754; дві дитячі міські лікарні, у них 90 ліжок; один госпіталь для ІВВ на 220 ліжок; спеціалізованих лікарень – 5, у них 425 ліжок; 27 центральних районних лікарень з 5737 ліжками; районних лікарень – 8, у них ліжок 355; 45 дільничних лікарень з числом ліжок 790; два пологові будинки на 240 ліжок; три психіатричні лікарні на 1990 ліжок; десять диспансерів на 1405 ліжок; 161 амбулаторія, в тому числі сільських – 160; дев'ять стоматологічних поліклінік; чотири лікарські здоров пункти; 46 відділень, що надають швидку медичну допомогу по районах, 22 фельдшерські здоров пункти і 963 ФАП (усі данні стосовно державних закладів) [62, с. 20-29].

Амбулаторно-поліклінічними закладами найкраще забезпечені Бершадський, Калинівський (14), Вінницький, Гайсинський, Козятинський, Могилів-Подільський, Тульчинський, Хмільникський (13), найгірше – Піщанський (4), Іллінецький, Теплицький, Томашпільський, Тиврівський, Чечельницький (6). На території області у 297 сільських населених пунктах не має лікарняних закладів.

На основі формули 1.5, (п.1.3.) було проведено розрахунок *рівня розвитку медичного обслуговування* кожного району Вінницької області. Найвищі показники (*Smd* близький до одиниці) відмічаються у Хмільникському, Погребищенському, Чечельницькому, Могилів-Подільському, Вінницькому, Тульчинському, Гайсинському районах та м. Вінниця (рис.3.1.). Що в принципі є закономірним з огляду на забезпеченість цих територій широким колом медичних установ та кадрами комплексу охорони здоров'я.

Під час економічних реформ важливим стало питання капітальних вкладень [75, с. 5-9], які забезпечують заміну зношених основних фондів, їх приріст, внаслідок чого відбувається якісний розвиток усіх галузей комплексу. Масштаби і темпи капітальних вкладень, які спрямовуються в охорону здоров'я, виступають одним із головних факторів прогресу галузі. Однак обсяг капітальних вкладень у МК Вінницької області, починаючи ще з середини 90-х років і з кожним наступним роком скорочувався, що відповідно сповільнювало темпи введення нових потужностей в охорону здоров'я.



РІВЕНЬ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ
(*Sm_d*: по районах)

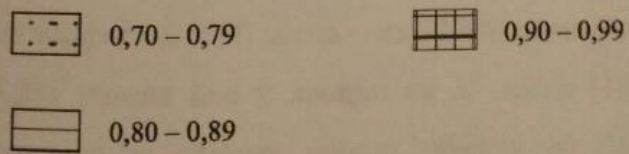


Рис. 3.1. Рівень медичного обслуговування населення Вінницької області

Так у 2001 році по області ліжковий фонд складав 16059 одиниць і 22661 відвідування за зміну у 2003 році кількість ліжок зменшилась до 14132 одиниць. Вінницьку області в контексті України ілюструє таблиця 3.1.

Таблиця 3.1.

	На 10 тисяч населення				Кількість насел. на	Кількість насел. на одного	
	К-ть ліжок	К-ть відвідув. за зміну	Лікарів усіх спеціал.	Середн. Мед. персонал	1 лікарн. ліжко	лікаря	Сер.мед персоналу
Україна	97,3	205,0	46,9	110,0	102,8	213	91
Вінницька область	90,4	145,6	47,2	114,3	110,6	212	88

Реконструкція та модернізація лікувально-профілактичних установ вкрай необхідна для МК Вінницької області, причому вигіднішим виявляється будівля потужних стаціонарів та медичних центрів. Вартість будівництва однієї лікарні на 1000 ліжок на 30-40% нижча, ніж вартість двох лікарень на 400 та 600 ліжок кожна, а вартість обладнання одного лікарняного ліжка в лікарні на 1000 місць – на 32,1% менша, ніж в лікарні на 100 місць, і на 65,2% менша ніж у лікарні на 35 місць [139, с. 155-156]. Нажаль з 1998 року ні в одному районі області не було введено в експлуатацію ні лікарняних ні амбулаторно-поліклінічних закладів, що абсолютно не стосується приватних закладів.

Сьогодні в основі фінансування НМК лежить *державно-адміністративний принцип* (модель Семашка), тобто основним джерелом покриття витрат на охорону здоров'я населення був і є державний бюджет [41, с.30-31]. Дана модель забезпечує не досить високий, зате загальнодоступний рівень медичної допомоги всьому населенню, але вона абсолютно залежна від державних фінансувань. Той же принцип спостерігався в деяких європейських країнах, але себе не виправдав. Це стало основною причиною розробки і проведення реформи в галузях МК: перехід на іншу модель – *обов'язкове*

медичне страхування (модель Бісмарка). Ще одна модель – „ринкова”, протилежна двом попереднім. За нею лікарі і пацієнти взаємодіють як вільні суб’єкти ринку, держава практично не бере участі власними ресурсами у забезпеченні медичної допомоги, оплата реалізується через добровільне медичне страхування [157]. Проте ця модель високо затратна й недостатньо соціально орієнтована. В Україні є багато прихильників обов’язкового медичного страхування [141]. Але потрібно враховувати досвід інших країн за для успіху реформування НМК, головною метою якого є забезпечення реальних соціальних гарантій в галузі охорони здоров’я всього населення [67, с. 35-37].

Важливою складовою розвитку медичного обслуговування та РМК у Вінницькій області є *фінансування* охорони здоров'я. Джерелами фінансування служб МК у розвинутих країнах світу, в залежності від діючої системи охорони здоров'я, можуть бути :

- непрямі фонди бюджетів центрального уряду і місцевих органів влади;
- страхування здоров'я (обов’язкове, добровільне);
- благодійництво;
- прямі (особисті) платежі споживачів (крім страхових внесків).

Одним з принципів охорони здоров'я в Україні, і це ж стосується областей, є „багатоукладність економіки охорони здоров'я і багатоканальність її фінансування, поєднання державних гарантій з демонополізацією та заохоченням підприємництва і конкуренції” [174 с.265-266]. Тому, згідно Основ законодавства України про охорону здоров'я, фінансування РМК Вінницької області здійснюється за рахунок Державного бюджету, бюджетів місцевого та регіонального самоврядування, фондів медичного страхування, благодійних фондів та будь-яких інших джерел, не заборонених законодавством.

Всі установи РМК в Вінницькій області мають право використовувати для підвищення якісного рівня своєї роботи *кошти, добровільно передані* підприємствами, організаціями і окремими громадянами, а також з дозволу власника встановлювати *плату на медичні послуги*. Створення і функціонування системи *медичного страхування* населення забезпечує держава, а здійснюється

воно за рахунок коштів держбюджету, підприємств, організацій і окремих громадян.

Для утворення *альтернативних* установ в медичному обслуговуванні на основі різних форм підприємницької діяльності та приватної і колективних форм власності слід пройти державну реєстрацію в місцевих органах самоврядування і отримати ліцензію на право здійснення медпрактики.

Способами розподілу грошей (*методи фінансування*) [174, 157] з джерела коштів між медустановами або окремими подавачами послуг, можуть бути : 1) бюджет розподілений по окремим видам видатків (заробітна плата, медикаменти, обладнання, харчування, оплата комунальних послуг тощо). Цей метод зручний, але мало ефективний, тому що розрахунки базуються на кількісних показниках, заклади не зацікавлені раціонально використовувати свої ресурси; 2) загальний бюджет (сукупна оплата визначена заздалегідь для покриття витрат медустанови протягом певного періоду часу. Недоліком тут є те, що виділений бюджет може бути недостатнім для покриття потреб; заклади починають уникати надавання різноманітних і дорого вартісних послуг, що веде до зниження якості медичного обслуговування; 3) оплата на душу населення (стала оплата що видається на кожного обслуговуваного для покриття вартості пакету послуг протягом певного часу). Метод досить раціональний, оскільки дає можливість розширити дешеву первинну меддопомогу за рахунок скорочення дорогої вторинної та третинної без зниження доступності медичних послуг. Недоліком є високий фінансовий ризик банкрутства фондотримача, намагання обслуговувати більше і найздоровіших пацієнтів , що також може знизити якість медпослуг; 4) плата за випадок (фіксований тариф, що покриває вартість усіх послуг наданих в процесі лікування одного випадку, або періоду хвороби. Фіксована плата забезпечує зацікавленість закладів МК в наданні допомоги хворим із важкими та складними діагнозами, а відповідно і високою вартістю, в економічному витрачання коштів на медобслуговування, впровадження нових інтенсивних медичних технологій, що сприяють скороченню термінів лікування; 5) по елементна плата за послуги

– гонорар (оплата, що робиться за кожну окрему послугу. Такий метод оплати стимулює активність медперсоналу до збільшення медичних втручань (часто не виправданих), тому, на сьогодні, в світовій практиці він має обмежене застосування за винятком приватної медицини.

Головним розпорядником коштів в лікувально-профілактичному закладі є головний лікар, який разом з головним бухгалтером несе відповідальність за правильне використання асигнувань на певні види видатків за цільовим призначенням, за стан обліку і звітності, за збереження майна, матеріальних цінностей і грошових засобів

Підсумовуючи, слід зазначити, що рівень розвитку, місце та роль медичного комплексу великою мірою залежить від державної політики у галузях та сферах НМК та його регіональних утвореннях, яка враховуючи історичний досвід, господарські складові, та ринкові механізми дасть змогу досягти високого рівня розвитку медичного обслуговування, фізичного, психічного і соціального благополуччя суспільства, а отже виконати головне завдання МК.

3.2. Компонентна структура РМК

Регіональний медичний комплекс Вінницької області характеризується такими особливостями: 1) Компонентна структура РМК поділяється на ряд складових елементів (компонентних підсистем), які мають конкретні *функціональні* призначення; 2) РМК – це така система, що має внутрішню диференціацію своїх складових; 3) кожен елемент функціонально-компонентної структури РМК відповідає видам медичної допомоги (первинній, вторинній, третинній) і залежить від них; 4) для РМК властива взаємопов'язаність усіх структурних компонентів з іншими на основі спільної кінцевої мети, завдання, використання та надання інформації; 5) цілісність охоронно-оздоровчого процесу, яка обумовлює роботу всіх функціонально-компонентних систем як єдиного комплексу, та віддзеркалює системні властивості РМК; 6) функціонально-

компонентна структура РМК завжди знаходиться у відповідності з територіальною структурою, у міських поселеннях та сільській місцевості вона різна; 7) усі РМК формуються на територіях певного рангу (область, регіон, адміністративний район).

Компонентну структуру медичного комплексу Вінницької області представлено на рис. 1.1. (п. 1.1.) Серед його підсистем (галузей) слід виділити як головні а) **в медичній сфері** – *лікувально-профілактичну допомогу, охорону здоров'я матері і дитини, санітарно-епідеміологічну службу, народну медицину, медикаментозну допомогу, медико-соціальну експертизу, санаторно-курортну допомогу, медичну науку і освіту, фармацевтичну галузь* тощо; б) **в медичній промисловості** - *хіміко-фармацевтичну, мікробіологічну, медичне приладобудування, виробництво зуболікарських та зуботехнічних матеріалів, пакування і фасування лікарських засобів.* **Організація та функціонування** РМК здійснюється внаслідок безперервної взаємодії *системи управління, економіки охорони здоров'я, кадрів та роботи медичних закладів і установ, матеріально-технічної бази, інфраструктури, ринкових механізмів та ринку медичних послуг.*

Головною функціонально-компонентною підсистемою медичної сфери РМК Вінницької області є *лікувально-профілактична допомога*, яка забезпечує населення всіма видами послуг профілактичної, лікувально-діагностичної допомоги та відновного лікування (рис. 3.2.). Вона поділяється на позалікарняну та лікарняну стаціонарну медичну допомогу, носить екстрений, спеціалізований, і амбулаторно-поліклінічний характер.

Пріоритетною галуззю також є *охорона здоров'я матері і дитини*, яка включає широкий комплекс медичних послуг та заходів з надання акушерсько-гінекологічної та педіатричної допомоги як профілактичного так і лікувально-діагностичного характеру. Цей вид медичних послуг має більш виражену профілактичну спрямованість і надається поетапно: 1 етап – медична допомога майбутній матері і підготовка її до материнства; 2 етап – комплекс заходів щодо антенатальної охорони плода здійснюється спеціалізованими акушерсько-

гінекологічними закладами, загальною мережею лікувально-профілактичних установ, санаторіями для вагітних; 3 етап – інтранатальна охорона плода, тобто забезпечення допомоги при пологах в акушерських відділеннях пологових будинків чи багато профільних лікарень, або в дільничних лікарнях; 4 етап – лікувальна допомога новонародженим у відділеннях новонароджених, в дитячих лікарнях; 5 етап – охорона здоров'я дітей дошкільного віку, здійснення профілактичних заходів (дитячі поліклініки, відділення, лікарні); 6 етап – охорона дітей шкільного віку [139, с.188-208].

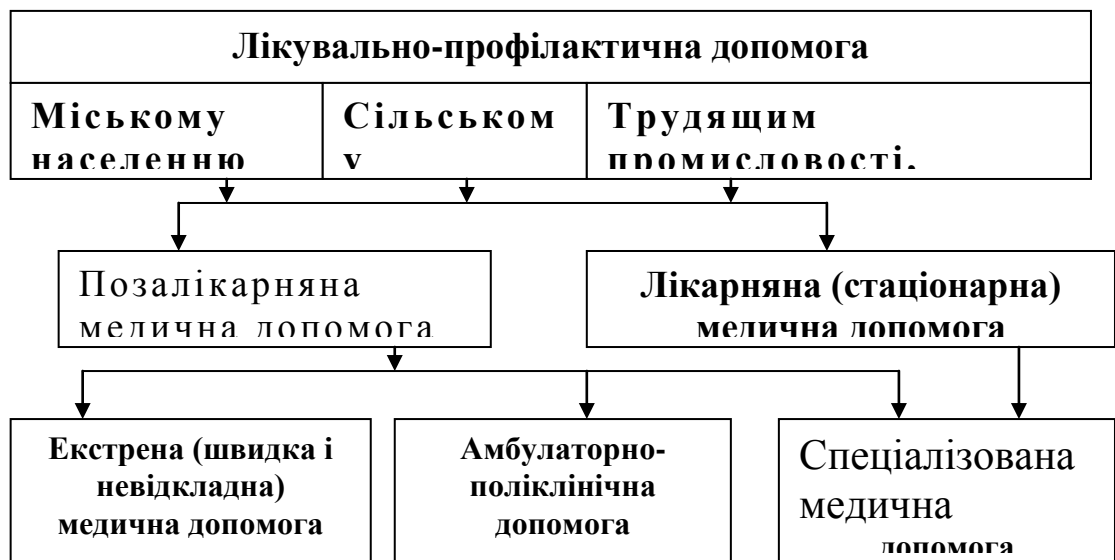


Рис. 3.2. Структура лікувально-профілактичної допомоги у Вінницькій області

ПМД у Вінницькій області надається переважно за територіальною ознакою сімейними лікарями або іншими лікарями загальної практики. У сільській місцевості основними функціональними компонентами ПМД є фельдшерсько-акушерський пункт, сільська лікарська дільниця, сільська амбулаторія. У Вінницькій області сьогодні заборонено реорганізація сільських дільничних лікарень. В лікарських амбулаторіях можуть створюватись денні стаціонари замість цілодобових лікарняних. Такий процес не є оптимальним в умовах сільської місцевості. На таких СЛД ускладнюється забезпечення стаціонарною допомогою переважної більшості мешканців позапунктових сіл,

для яких лікування в умовах відсутності цілодобових ліжок, з огляду на територіальні і демографічні особливості, стало не завжди можливим. Провідні фахівці у галузі соціальної медицини та організації МК [29, 39, 40, 80, 152] наголошують, що саме через це, а також через збільшення кількості хронічних хворих доцільно зберігати невеликі сільські дільничні лікарні, орієнтовані на використання відповідних до медичних показань стаціонарозамінних форм медичної допомоги у вигляді ліжок для денного перебування хворих (переважно мешканців сільського населеного пункту в якому знаходиться медичний заклад) та цілодобового перебування (як правило для мешканців позапунктових сіл).

Населенню яке проживає у містах, ПМД надається переважно у міських поліклініках, консультаціях, діагностичних центрах, міських лікарнях (таблиця 3.1.). Проте значну роль у наданні послуг первинного рівня медичної допомоги відіграє право вільного вибору медичного закладу та лікаря, що для міських мешканців є більш доступним і розширеним ніж для жителів сіл.

Таблиця 3.1.

Економічні показники МК Вінницької області у 2003 році

Назва	Кількість закладів	Число ліжок
Обласна лікарня	1	736
Дитяча обласна лікарня	1	390
Міські лікарні	17	1754
Дитячі міські лікарні	2	90
Госпіталь для ІВВ	1	220
Спеціалізовані лікарні	5	425
Центральні районні лікарні	27	5737
Районні лікарні	8	355
Дільничні лікарні	54	790
Пологові будинки	2	240
Психіатричні лікарні	3	1990
Диспансери	10	1405
Амбулаторії	161	-
в. т.ч. сільські	160	-
Стоматологічні поліклініки	9	-
Лікарські здоровпункти	4	-
Фельдшерські здоровпункти	22	-
Ф А П	967	-

Складено за [62, 179, 111, 122]

Послуги ВМД надаються у лікарняних закладах більш високого рівня ніж послуги ПМД. Це обласні та районні лікарні диспансери, центри медичної допомоги, санаторії, реабілітаційні центри та багато ін.

Третинна (високо спеціалізована) медична допомога надається лікарем або групою лікарів, які мають відповідну підготовку в галузі складних для діагностики та лікування захворювань, що потребують спеціальних методів діагностики та лікування, а також з метою встановлення діагнозу і проведення лікування захворювань, які рідко зустрічаються [139, с. 171-172]. Заклади ТМД – республіканські центри рідкісної медичної допомоги, лікарні Міністерства охорони здоров'я, науково-дослідні інститути, центри лазерної та пластичної хірургії, центр з профілактики та боротьби зі СНІДом, центр реабілітації репродуктивної функції жінки та ін.

Слід зазначити, що саме від видів медичної допомоги залежить не тільки функціонування і компонентна структура РМК, а й локалізація медичних закладів, тобто рівні медичної допомоги визначають територіальну організацію (структуру) медичного комплексу Вінницької області.

Надзвичайно важливу роль у РМК відіграє санітарно-епідеміологічна служба, яка сприяє забезпеченню здорових умов праці, навчання побуту та відпочинку, охорони довкілля, санітарного та епідемічного благополуччя населення, збереженню генофонду українського народу, запобіганню інфекційним хворобам, формуванню здорового способу життя [20] (рис. 3.3.).

Основними засадами СЕС у Вінницькій області є державний характер санітарно-епідеміологічної справи, наукова основа санітарно-профілактичних заходів, єдність санітарних і протиепідемічних заходів, запобіжного і поточного санітарного нагляду, санітарно-епідеміологічних дій у містах та сільській місцевості, спільність управління санітарно-профілактичною і протиепідемічною діяльністю, участь усіх установ РМК у проведенні санітарно-профілактичних і протиепідемічних заходів та участь населення області у санітарно-оздоровчій роботі та пропаганді гігієнічних знань.



Рис. 3.3. Структура санітарно-епідеміологічної служби Вінницької області

Безпосередньо надання медичних послуг населенню забезпечують лікувально-профілактичні, санітарно-профілактичні, санаторно-курортні, аптечні та інші установи із залученням науково-дослідних інститутів медичного профілю та закладів підготовки і перепідготовки медичних кадрів. Їх номенклатура затверджується МОЗ України [175, с. 239-242] (табл. 3.2).

Основними типами лікувально-профілактичних закладів у Вінницькій області є лікарняні заклади і самостійні поліклініки та амбулаторії. Амбулаторно-поліклінічна допомога є основним видом медичних послуг, тому, що в закладах цього типу розпочинають і закінчують лікування близько 80% пацієнтів (Додаток 13). Головна організаційна форма амбулаторно-

поліклінічної роботи – це поліклініка, багато профільний заклад, в якому на догоспітальному етапі надається як первинна, так і спеціалізована медична допомога.

Таблиця 3.2.

Елементи компонентної структури медичної сфери РМК Вінницької області

I.	<i>Лікувально-профілактичні заклади:</i> 1. Лікарняні заклади, в тому числі спеціалізовані лікарні 2. Диспансери 3. Амбулаторно-поліклінічні заклади 4. Заклади швидкої і невідкладної допомоги та переливання крові 5. Заклади охорони материнства і дитинства 6. Санаторно-курортні заклади
II.	<i>Санітарно-профілактичні заклади:</i> 1. Санітарно-епідеміологічні заклади
III.	<i>Заклади судово-медичної експертизи</i>
IV.	<i>Заклади медико-соціального захисту населення</i>
V.	<i>Фармацевтичні (аптечні) заклади</i>

Первинна медична допомога в містах Вінниччини надається терапевтами, педіатрами, акушерами-гінекологами, які працюють за дільничним принципом, та лікарями „першого контакту”, до яких відносять стоматологів, невропатологів, отоларингологів, офтальмологів, дерматологів, хірургів, урологів, ортопедів-травматологів та ін. Сьогодні в області розпочато широке впровадження в практику охорони здоров'я сімейної медицини, яка передбачає надання ПМД лікарями загальної практики, сімейними лікарями. Спеціалізовану ВМД і ТМД надають лікарі „вузьких” спеціальностей, які працюють у поліклініці та стаціонарі міської лікарні або в спеціалізованих лікарнях та диспансерах.

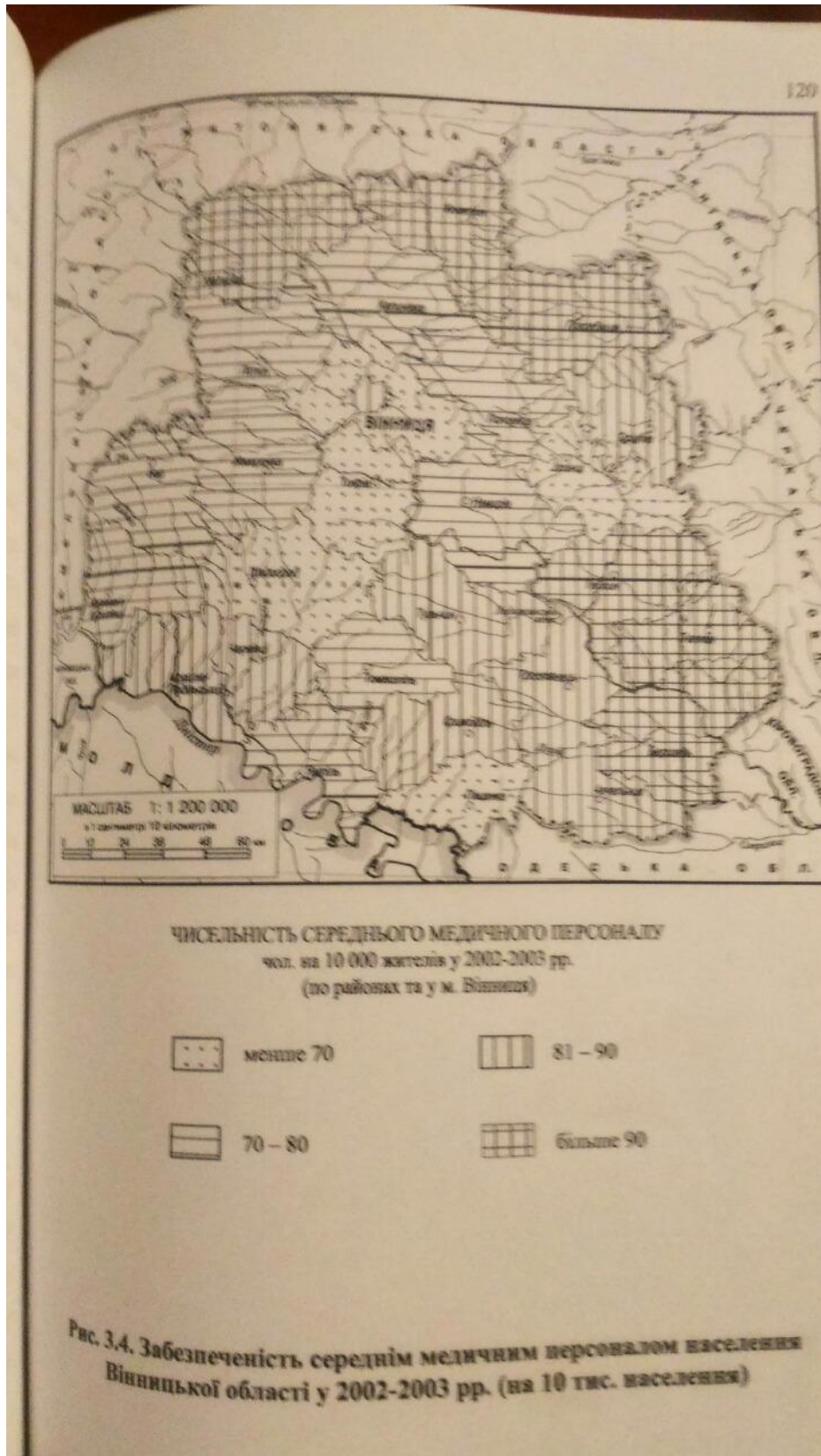
Хворим із найтяжчими захворюваннями, які вимагають комплексного підходу та широкого спектру надання різних видів медичних послуг, надається *стаціонарна медична допомога* у лікарнях, медико-санітарних частинах, диспансерах [29, 30, 39]. Нині стаціонарну медичну допомогу населенню Вінницької області надають 133 лікарняних заклади, ліжковий фонд яких –

16059 стаціонарних ліжок. Основним закладом, що надає стаціонарну медичну допомогу, є лікарня, яка може бути дитячою, для дорослих та спеціальною. Лікарні поділяються на обласні, міські, центральні районні, районні та дільничні. За профілем розрізняють лікарні багатoproфільні, спеціалізовані (інфекційні, травматологічні, лікарні відновного лікування, швидкої медичної допомоги тощо). Лікарні на базі яких працюють кафедри ВНЗ і науково-дослідних установ мають статус клінічних.

Особливості надання медичної допомоги сільському населенню Вінницької області визначаються умовами розселення праці та побуту цих контингентів. Для сільської місцевості характерна ступінчастість, яка відповідає рангу медичної послуги та територіальній структурі, тобто первинна медична допомога надається у територіально-структурних об'єктах найнижчого ієрархічного рівня, спеціалізована та рідкісна – відповідно здійснюється закладами найвищого ієрархічного рівня. Екстрену медичну допомогу у містах та селах області здійснює мережа спеціальних закладів – станції, відділення і лікарні швидкої медичної допомоги та станції переливання крові. Одержати висококваліфіковану медичну допомогу міським та сільським мешканцям можливо в консультативних поліклініках і клініках ВНМУ ім. М.І.Пирогова та науково-дослідних центрах й спеціалізованих консультативно-діагностичних центрах міст Вінниця, Могилів-Подільський, Козятин, Хмільник, Жмеринка, Гайсин. Охорона здоров'я на Вінниччині має великий науковий потенціал. Актуальні проблеми медицини розробляються кафедрами та науково-дослідними центрами ВНМУ ім. М.І.Пирогова [19].

Спеціалізована медична допомога при хворобах, що мають особливе соціальне значення здійснюється в диспансерах: протитуберкульозних, шкірно-венерологічних, психоневрологічному, онкологічному, ендокринологічному, кардіологічному. Для надання медичної допомоги за місцем роботи, переважно на великих підприємствах промисловості, будівництва і транспорту, створено медико-санітарні частини, в утриманні яких бере участь адміністрація підприємства. На менших підприємствах, в закладах освіти часто функціонують

лікарські або фельдшерські здоровпункти та медпункти, які передусім надають невідкладну допомогу і проводять профілактичну роботу.

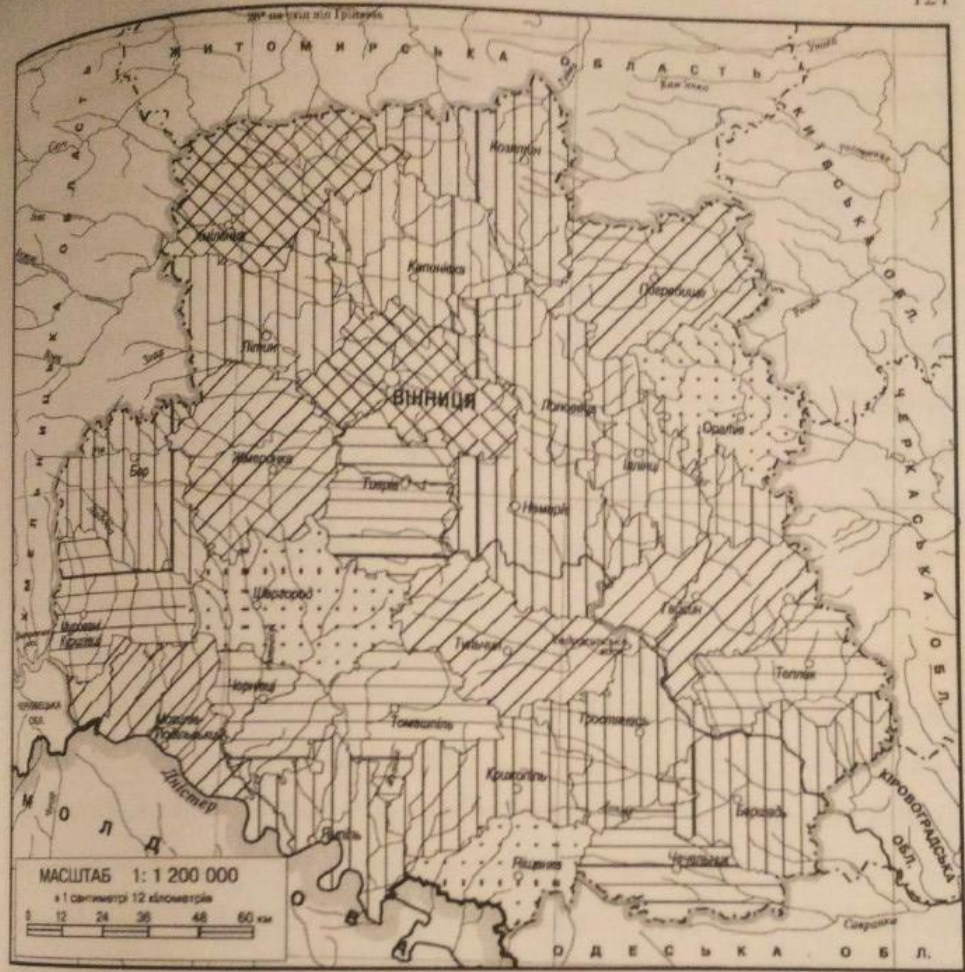


Санаторно-курортну допомогу діти і хворі на туберкульоз одержують безкоштовно в санаторіях області, що належать до системи МОЗ України, інші хворі – в санаторіях профспілок або деяких відомств, часто на пільгових умовах, як правило за рахунок соціального страхування.

Функціонально-компонентними елементами РМК виступають *хіміко-фармацевтичні підприємства*, аптеки, оптики, магазини з продажу медичної техніки та обладнання. Усе частіше вони мають приватний характер власності, залучається іноземний капітал. Так на території Вінницької області функціонує три підприємства фармацевтичної і мікробіологічної промисловості – „Біосан”, „Імунолог” та „Сперко”.

Взагалі слід відмітити, що розвиток підприємництва у Вінницькій області сприяв утворенню великої кількості приватних медичних центрів, клінік та фірм, стоматологічних кабінетів, аптек, реабілітаційних центрів, пансіонатів. Звісно найбільша кількість їх знаходиться у Вінниці, проте в кожному районному центрі приватні об’єкти РМК також існують.

Головну роль в організації та наданні медичної допомоги відіграють лікарі та середній медичний персонал (рис.3.4, 3.5.). Забезпеченість лікарями включно зубних у Вінницькій області зростає: у 2002 році – 42,8 на 10 тис. всього населення, у 2003 році – 43, 7. показників (по Україні 41,6) кількості лікарів (42,1) та середнього медичного персоналу (104,1) по Україні (101,0) на 10 тисяч населення Серед районів, найвищою вона є у: Хмільницькому (33,8), Вінницькому (31,8), Погребищенському (28,3). Забезпеченість населення середнім медичним персоналом за останніх п’ять років знизилась з показника 193,5 до 102,6 проте залишається однією з найвищих в Україні. Особливо високі показники на 10 тис. чол. у Погребищенському (103, 5), Бершадському (97,3), Гайсинському 98,4), Хмільницькому (96,1) районах [132, с. 124-125]. Взагалі, для Вінницької області є характерними найвищі в Україні рівні забезпеченості населення лікарями та середнім медичним персоналом (додаток 14, 15).



ЧИСЕЛЬНІСТЬ ЛІКАРІВ УСІХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ
 чол. на 10 000 жителів у 2002-2003 рр.
 (по районах та у м. Вінниця)

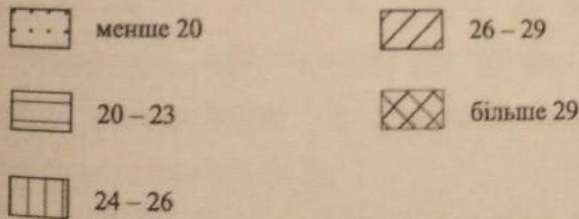


Рис. 3.5. Забезпеченість населення Вінницької області лікарями усіх спеціальностей у 2002-2003 рр. (на 10 тис. населення)

Отже МК Вінницької області має складну функціонально-компонентну структуру. Комплекс представлений всіма типами закладів системи МОЗ України, які тісно взаємопов'язані між собою виробничими (охороно-оздоровчими) зв'язками в умовах безперервного лікувально-оздоровчого та профілактично-реабілітаційного процесу. РМК займає вагоме місце у соціальному розвитку населення і економічних перетвореннях господарства

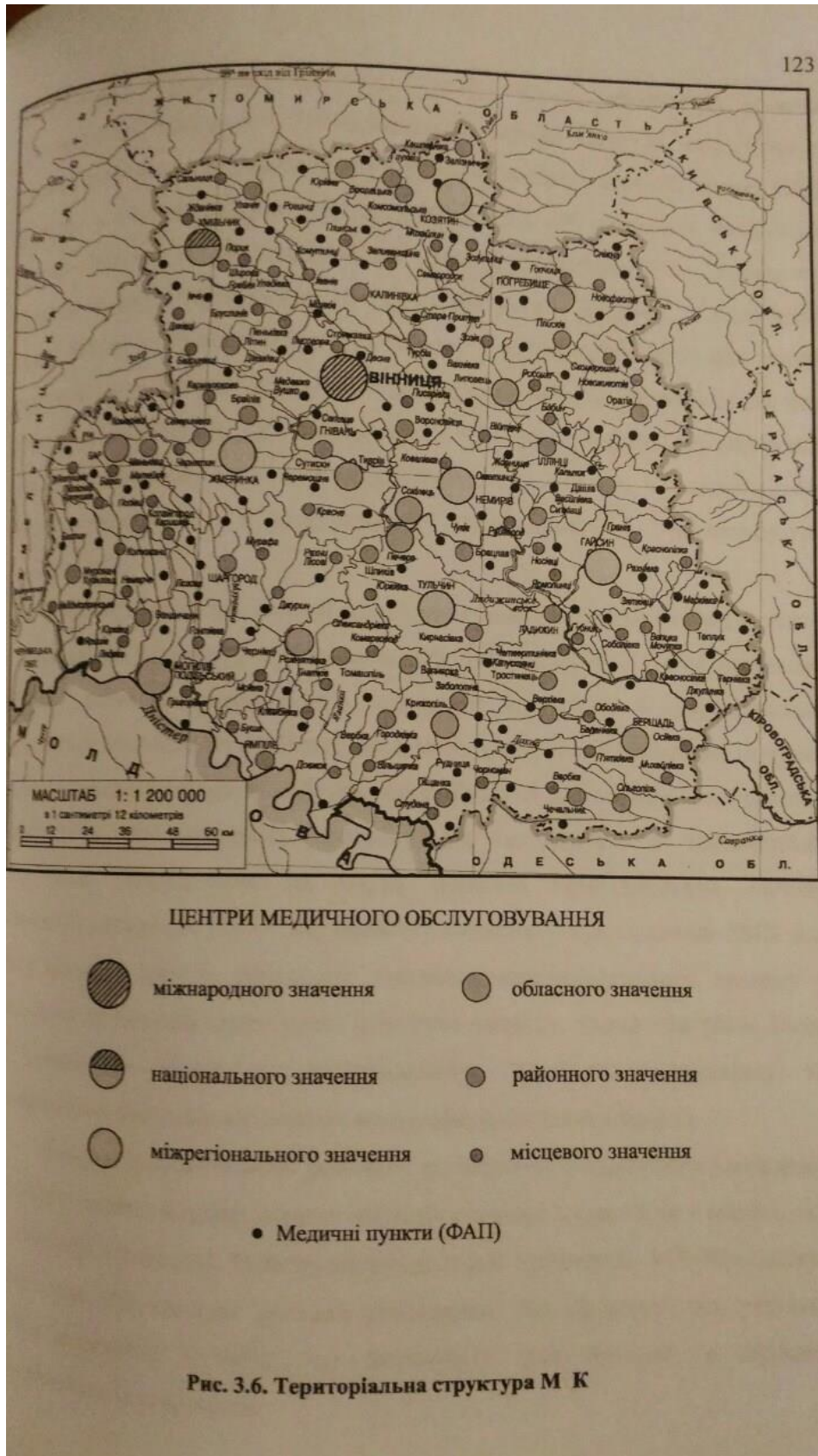
3.3. Територіальна структура

Сукупність підприємств і закладів медичного обслуговування на території Вінницької області утворює мережу обслуговування. Населені пункти, в яких розміщені амбулаторії, поліклініки, ФАПи, фармацевтичні установи, заклади медичної освіти, СЕС та ін., називаються ЦМО різного ієрархічного рівня. ЦМО разом з відповідними зонами медичного обслуговування, підприємствами і закладами МК, що розміщені, на території Вінницької області та її районів, міст, курортно-рекреаційних зон, утворюють територіальну систему обслуговування РМК (рис.3.6.). Найбільш щільною вона є у районах: Бершадському, Вінницькому, Гайсинському, Жмеринському, Калинівському, Козятинському, Могилів-Подільському, Тульчинському, Хмільницькому.

Територіальну структуру МК Вінницької області формують медичні пункти, центри, вузли та райони. Кожен з них має своє ієрархічне значення. Властивим є підпорядкування менших центрів медичного обслуговування більшим. Усі медичні пункти тяжіють до крупних вузлів, тісно пов'язані між собою функціональними зв'язками, взаємодоповнюють один одного, формують системи медичних закладів вищих рівнів організації процесу надання послуг медичної спрямованості.

Територіальна система закладів РМК характеризується певними специфічними рисами: 1) площа території на якій здійснюється лікувально-оздоровчий процес; 2) відмінна функціонально-компонентна структура і

характер розміщення основних типів медичних установ; 3) ступінь територіальної концентрації; 4) демографічні дані території.



За просторовими відмінностями медичні заклади на території Вінницької області належать до сільської та міської систем розселення. Крім того медичним закладам властивий: 1) повсюдний, 2) вибірковий та 3) точковий характер розміщення. До першої групи належать сільські лікарські дільниці, ФАПи, амбулаторії, поліклініки, аптеки, до другої – міські та районні лікарні, диспансери, дитячі лікарні, до третьої – медичні центри рідкісної допомоги, реабілітаційні та оздоровчі центри і санаторії національного та міжнародного значення.

Сучасним основним базовим елементом організації територіальної і компонентної структур при наданні медичних послуг сільському населенню на первинному рівні є *сільська лікарська дільниця (СЛД)*. У Вінницькій області вона розрахована на 4,6 тис. чол. (близько 8 населених пунктів) при середньому радіусі медичного обслуговування 7,2 км. Проте, даний радіус не є оптимальним (формула 1.7.,с.47) [142]. Через обмежений рівень забезпеченості лікарями СЛД Вінниччини мають завеликі, порівняно з містами, параметри за територією і чисельністю населення. На кожному СЛД припадає в середньому 4-5 ФАПів. В області у 297 сільських населених пунктах зовсім немає лікарняного закладу, особливо в Барському, Жмеринському, Шаргородському Немирівському районах. Скорочення мережі ФАПів в області відбулось у зв'язку з організацією на їх базі нових лікарських амбулаторій. Загалом в сільській місцевості Вінницької області функціонує 54 лікарні, 159 амбулаторій і 954 ФАП. Найбільше медичних закладів в Літинському, Немирівському, Козятинському, Жмеринському районах, найменше – в Ямпільському, Чечельницькому, Чернівецькому районах.

Домінуючими факторами повсюдного розміщення медичних установ є демографічні та фактор доступності. Для вибіркової локалізації медичних об'єктів головними виступають галузева структура і територіальні відмінності господарства області, наявність центрів концентрації медико-наукових кадрів, соціально-побутова база. Точкове розміщення, як правило, орієнтується на вигідність географічного положення і транспортне сполучення. Дослідження та

аналіз окремих територіальних систем розселення населення [197, 189] області і наявних у них закладів РМК дав змогу виділити центри організації лікувально-профілактичного процесу з повною чи не повною структурою медичних закладів, визначити роль, місце та функції в обласному, міжобласному, загальнонаціональному та міжнародному суспільному поділах праці сфери охорони здоров'я.

Завдяки екстенсивному розвитку вітчизняного медичного комплексу в Україні створено широку мережу закладів охорони здоров'я як у містах, так і в сільській місцевості. Основу територіальної організації МК Вінницької області (рис.3.6). складає система розселення, що сформувалась різними типами населених пунктів, які виконують ряд функцій в процесі життєдіяльності суспільства.

Слід зазначити, що умови розселення, праці та побуту сільського населення Вінницької області визначають особливості надання йому медичних послуг. Сільські жителі отримують її на засадах етапності. До лікарську допомогу на фельдшерсько-акушерських (фельдшерських) пунктах в селах. У Вінницькій області 967 ФАПів, це найбільша за чисельністю група медичних пунктів. Первинну кваліфіковану медичну допомогу можна отримати у великих селах, де розташовані сільські лікарські амбулаторії (їх у області 161) або дільничні лікарні (54). Спеціалізована (вторинна) медична допомога надається в селищах міського типу та районних центрах у центральних районних (27) та районних лікарнях (8) [111, с. 149-151]. Вузькоспеціалізована і висококваліфікована (третинна) допомога реалізується в Вінницькій обласній лікарні ім. М.І. Пирогова та спеціалізованих лікувально-профілактичних закладах, диспансерах що мають обласне значення і розташовуються в обласному, деяких районних центрах та великих містах. Звісно у цих закладах медичні послуги третинного рівня одержує і міське населення. Первинна і вторинна медична допомога жителям міст надається у міських поліклініках, лікарнях консультаціях, лабораторіях та ін. Для надання екстреної медичної допомоги в містах та сільській місцевості області діє мережа спеціальних

закладів РМК, таких як станції, відділення швидкої медичної допомоги та станції переливання крові. Вони розташовуються переважно в обласному та районних центрах.

Головна відмінність територіальної організації системи медичних закладів у міських і сільських населених пунктах – їх концентрація. Чим більшою є людність населеного пункту, тим ширшим буде коло закладів та установ РМК, тим різноманітнішим буде спектр надання медичних послуг, і нарешті – тим вищий рівень ієрархії буде мати даний пункт (вузол, центр) медичного обслуговування. Вивчення умов розміщення об'єктів РМК [90, 69, 131, 181, 213] дозволило проаналізувати територіальну організацію закладів РМК Вінницької області у розрізі кожного адміністративного району табл. 3.3.

На території кожного району Вінницької області, як правило у районних центрах чи великих селах, функціонують ФАПи, амбулаторії, дільничні лікарні (ДЛ), районні лікарні (РЛ), центральна районна лікарня (ЦРЛ), міські лікарні (МЛ), відділення швидкої медичної допомоги, відділи СЕС, жіночі консультації, дитячі відділення або лікарні, лабораторії, дитячі оздоровчі табори з сезонним режимом роботи, стоматологічні кабінети з державними та приватними формами власності, комерційні та державні аптеки, працюють лікарі приватної практики. Великі промислові підприємства, залізничні вузли, що розташовані в населених пунктах мають медичні або здорові пункти, рідше медичні центри для обслуговування працівників. В 297 (20,3%) сільських населених пунктах області відсутні лікарняні заклади. В процентному відношенні, найбільше сіл що не мають медичної установи в Барському (40,2%), Чернівецькому (35,9%), Шаргородському (29,5%), Ямпільському (28,9%), Оратівському (27,8 %) районах.

Особливої уваги заслуговують наступні об'єкти РМК : Барський тубдиспансер, Маньківський туберкульозний санаторій для дітей (Барський район); Бершадський тубдиспансер, Бершадське медичне училище; Коло-Михайловський пульмонологічний та кардіоревматологічний санаторії для дітей (Вінницький район);

Таблиця 3.3.

**Елементи територіальної структури медичного комплексу
Вінницької області**

<i>Пункти мед. обслуговування та центри місцевого значення.</i>	<i>Центри мед. обслуговування</i>			<i>Вузли мед. обслуговування</i>	<i>Медико-Географічні райони</i>
	<i>Районного</i>	<i>Обласного</i>	<i>Міжрегіонал.</i>		
	<i>значення</i>				
Пункти МО – усі села на території яких розташовано ФАП. (Івча, Мухівці, Черемошне та ін.) Центри МО місцевого значення – ті, у яких розташовано сільську лікарську амбулаторію, чи дільничну лікарню (Балки, Райгород, Соболівка, Губник, Чорномин та ін.)	Калинівка, Городківка, Шаргород, Муровані-Куриловці, Шпиків, Уланів, Дашів, Брацлав, Вороновиця Літин, Турбів, Іллінці, Оратів, Теплик, Томашпіль, Чечельник, Ямпіль, Ободівка, Чернівці, Вендичани, Гнівань Ладижин та ін.	Погребище, Липовець, Бар, Тиврів, Сокілець, Печера, Крижопіль, Бершадь, Рожнатівка	Козятин Жмеринка Немирів Гайсин Тульчин Могилів-Подільський	I Вінницький II Гайсинсько-Немирівський III Могилів - Подільський IV Тульчинський V Хмільницький VI Козятинський VII Бершадський	1. Північний 2. Центральний 3. Південно-Західний 4. Південно-Східний
Місто Хмільник – ЦМО національного значення					
Місто Вінниця є центром медичного обслуговування міжнародного значення.					

Гайсинський тубдиспансер та шкірно венерологічний диспансер, Гайсинське медичне училище; Северинівський туберкульозний санаторій для дорослих (Жмеринський район); Козятинський тубдиспансер та Кашперівський туберкульозний санаторій для дорослих (Козятинський район), Заболотнянський психоневрологічний санаторій для дітей (Крижопільський район); Липовецька фізіологічна лікарня має обласне та міжобласне значення; Могилів-Подільський шкірно-венерологічний та туберкульозний диспансери, Могилів-Подільське медичне училище, туберкульозний санаторій для дітей; лікувально-реабілітаційні санаторії у м.

Немирів (кардіологічна спрямованість) та у с. Сокілець (Немирівський район); Погребищенське медичне училище; Тиврівський будинок престарілих; Рожнятівська психіатрична лікарня у Томашпільському районі має обласне значення; Тульчинський тубдиспансер, Тульчинський дитячий будинок, Тиманівський туберкульозний санаторій для дорослих, Тульчинський ортопедичний дитячий санаторій та Печерська лікарня відновного лікування, що має обласне та міжобласне значення; Хмільницька фізіологічна здравниця обласного, міжобласного та республіканського значення та 6 санаторіїв та пансіонатів з лікуванням Перераховані заклади надають спеціальні та рідкісні медичні послуги для населення Вінницької області та інших регіонів України.

У Вінницькому МК зосереджено 265 різних за значенням центрів медичного обслуговування (ЦМО). Найбільші з них – це єдиний в області ЦМО міжнародного значення (м. Вінниця), ЦМО національного значення – місто Хмільник, та 6 ЦМО міжрегіонального значення, також 9 ЦМО обласного значення, та 31 ЦМО районного значення. Решта ЦМО Вінницького МК мають місцеве значення.

Центральне місто (ядро) РМК Вінницької області – Вінниця зосереджує на своїй території наступні об'єкти МК: три міські лікарні, Міський центр матері та дитини, 2 пологові будинки, 2 дитячі поліклініки, дитячу інфекційну лікарню, дві стоматологічні поліклініки, дитячу стоматологічну поліклініку, аптеки, оптики, магазини медичної техніки та обладнання, приватні медичні

центри та кабінети, станція переливання крові, поліклініка „Промстрой”, МВСУ, міський здоров відділ, міський наркологічний центр, міська станція швидкої допомоги, ; медичні установи обласного значення: обласна лікарня ім. М.І.Пирогова, обласна дитяча лікарня, обласний госпіталь ІВВ, обласна лікарня ім. Ющенко, психіатрична лікарня №2, обласний протитуберкульозний диспансер, обласний онкологічний, шкірно-венерологічний, ендокринологічний, кардіологічний диспансери, об'єднання „Соціотерапія” радіаційного захисту населення, будинок Дитини, будинок пристарілих, обласний відділ охорони здоров'я, обл. санітарно-експертна служба, центр „Здоров'я”, обласна судово-медична експертиза, обл. станція переливання крові, обласний лікувально-фізкультурний диспансер, обласне патологоанатомічне бюро, медичне училище ім. Заболотного, обласна СЕС, обласний центр медичної статистики. Республіканське та міжнародне значення мають ВДМУ ім. М.І. Пирогова, музей Пирогова, ВІЕПРІ, лікувально-реабілітаційний санаторій ВПС України, підприємства мікробіологічної та фармацевтичної промисловості „Біосан”, „Імунолог”, „Сперко”. Найуспішнішими приватними медичними установами є лікувально-діагностичний центр „Вінімед”, Центр стопи, стоматологічні центри „Рapid”, „Вінінтермед”, „Приор” та ін.

Територіальна структура медичного комплексу дуже сильно залежить від демографічних характеристик кожного з районів області. Визначення індексу локалізації (Іл) показало на скільки пропорційною є частка зайнятих у медичному обслуговуванні працівників до частки населення по кожному району Вінницької області. Розрахунок здійснювався на основі зіставлення частки усього медичного персоналу району з часткою області до відповідної кількості населення району та області за формулою :

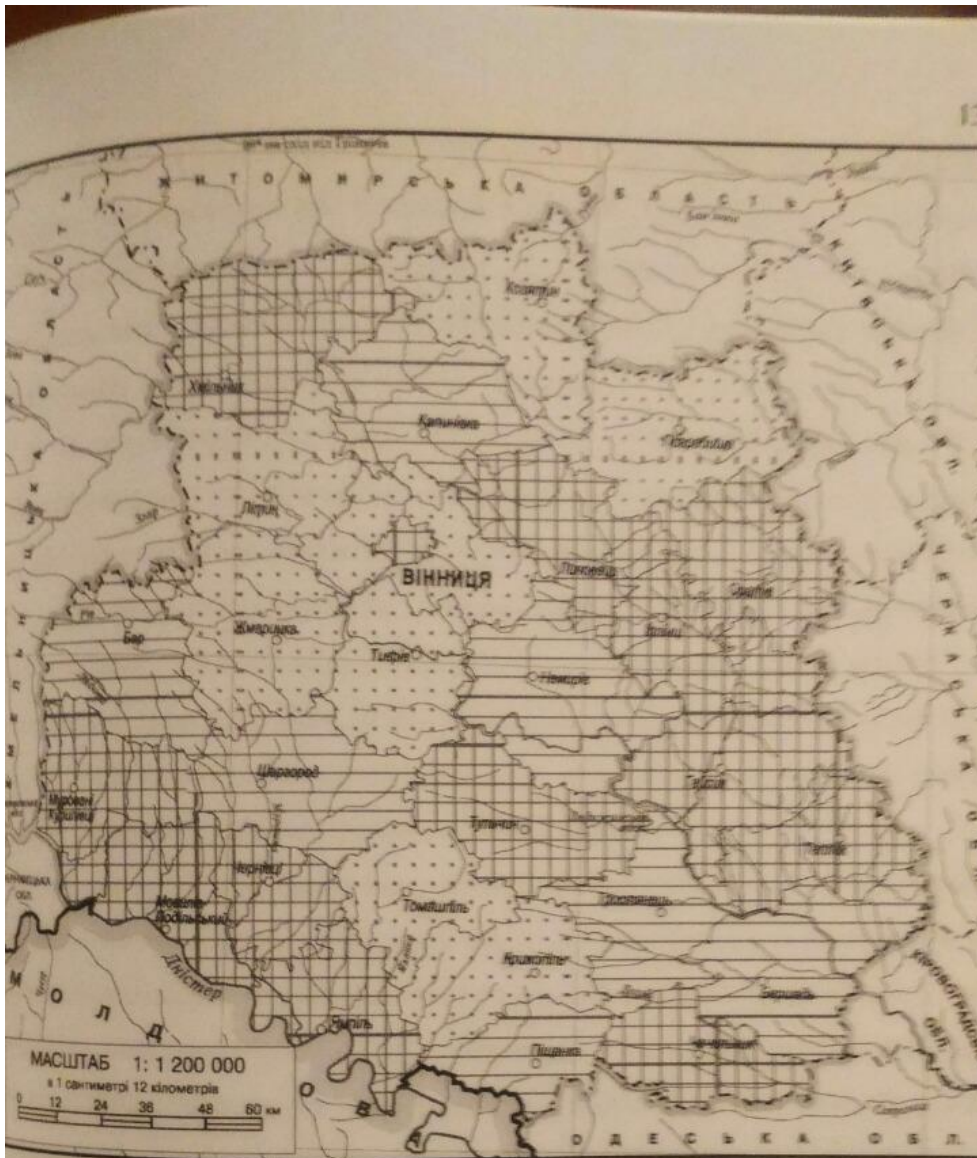
$$I_l = \frac{M_p / M_o}{H_p / H_o} ; \quad (3.1.)$$

Де M_p і M_o кількість зайнятих в медичному обслуговуванні району, області; H_p і H_o кількість населення району, області.

Проведені розрахунки (рис. 3.7.), (додатки 11,13,14) свідчать про високий рівень забезпечення населення Вінницької області ($I_l > або = 1$) медичним персоналом у більшості районів. Спостерігається відповідність у показниках індексів локалізації, рівнів медичного обслуговування по районах з тими територіальними системами РМК, де функціонально-компонентна структура представлена широким колом установ та закладів РМК й надання відповідних послуг (Вінницький (1,7), Могилів-Подільський (1), Хмільникський (1), Гайсинський (1,3), Тульчинський (1), райони). Це дає підстави для виділення центрів, вузлів та районів медичного обслуговування, обґрунтування їх значення та визначення характеру функціонально-територіальної структури МК Вінницької області. Водночас $I_l < 1$ свідчить про недостатній рівень розвитку і надання медичних послуг (Томашпільський, Крижопільський, Літинський, Шаргородський райони), а тому потребує покращення ситуації, що склалась.

На основі територіальної близькості та функціонального тяжіння, а також врахувавши тісні функціонально-просторові зв'язки та близькі медико-географічні передумови розвитку, на території Вінницької області виділено 7 вузлів медичного обслуговування : Вінницький, Гайсинсько-Немирівський, Хмільникський, Могилів-Подільський, Тульчинський, Бершадський та Козятинський (рис.3.8.). Дані вузли, групуючи навколо себе потужні об'єкти РМК та локалізуючи медичний персонал, обґрунтовують високий рівень розвитку медичного обслуговування на їх територіях.

У підсумку слід зазначити, що всі виділені вище центри медичного обслуговування утворюють ієрархічні рівні, яким відповідає конкретний етап організації лікувально-профілактичного та медико-оздоровчого процесу : від первинних (низовинних) ЦМО, що обмежені можливістю, та надають одну або дві медичні послуги, до міжнародного – представленого всіма не тільки основними а й спеціальними типами закладів МК Вінницької області і здатного надавати медичні послуги у найширшому об'ємі.



ІНДЕКС ЛОКАЛІЗАЦІЇ ЗАЙНЯТИХ У МЕДИЧНОМУ ОБСЛУГОВУВАННІ
(по районах)

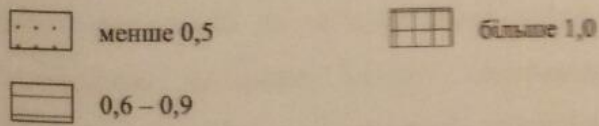


Рис. 3.7. Індекс локалізації зайнятих у медичному обслуговуванні населення по районах Вінницької області

Усі пункти, центри вузли та райони медичного обслуговування перебувають у безперервній взаємодії оснований на зв'язках первинного вторинного та третинного рівнів надання медичних послуг населенню. Найбільшим недоліком територіальної структури є недостатній розвиток доповнюючих, додаткових та розвантажуючих функцій медичного комплексу в периферійній зоні області на відміну від ядра та не оптимальність радіусу медичного обслуговування у сільській місцевості.

Заключним етапом дослідження функціонально-територіальної структури та організації РМК стало медико-географічне районування території Вінницької області.

3.4. Медико-географічне районування території Вінницької області

Повноцінна характеристика територіальної організації МК Вінницької області вимагає поділу її простору на медико-географічні райони. З позицій комплексу сфери послуг, такий поділ є підгрупою галузевого районування, і головним чином формується залежно від населення, як основного споживача медичних послуг, його розміщення і систем розселення [68, 55]. *Район медичного обслуговування* – це територія, якій властиві спільні риси охоронооздоровчих процесів, єдність медико-географічного положення та близькі передумови сталого економічного розвитку. *Медико-географічне положення* – це просторова система зв'язків тих аспектів суспільства і навколишнього середовища, які мають безпосередній вплив на здоров'я його представників в конкретних географічних та просторово-часових координатах. Причому мова йде і про носіїв здоров'я – людей, і про форми територіальної організації медичних установ, і про демографічну ситуацію, екологічні фактори та фактори навколишнього середовища, рівень розвитку процесу надання медичних послуг [160, с.260-300]. Медико-географічне положення визначає однойменну ситуацію даної території. Тому має сенс виділення не просто районів медичного обслуговування, а саме медико-географічних районів.

За В.О. Шевченко (1997) медико-географічне районування відображає стан відповідних територіальних систем за точно зафіксованими характеристиками, якими можуть бути : властивості навколишнього середовища, які мають відношення до нездоров'я людей взагалі; різні конкретні ознаки його прояву (захворюваність, смертність тощо); кількісні або якісні показники зв'язку між середовищем і населенням, якщо цей зв'язок має відношення до стану здоров'я [206, с.16-17]. З позицій РМК, виконуючи медико-географічне районування, враховувались ще і медико-економічні показники (кількість госпіталізованих, медичні кадри та забезпеченість ними, кількість медичних установ тощо).

Будь-яке районування території обов'язково базується на відповідних принципах [68, с. 114-119; 145, с. 105-108; 180, с.200; 114, с. 10-12]. На основі праць С.І. Іщука, М.Д.Пістуна, К.В. Мезенцева, Д.М. Стеченка та досліджень у галузі соціальної медицини та організації охорони здоров'я [41, 175] виділено наступні принципи медико-географічного районування території Вінницької області:

принцип територіальної цілісності, що базується на взаємопов'язаності всіх компонентів суспільства;

принцип єдності суспільно-географічного районування і політико-адміністративного устрою;

принцип перспективності розвитку медичного комплексу території;

принцип історичності, який передбачає урахування історичного розвитку РМК даної території;

принцип медико-соціальної ефективності, що передбачає вирішення медико-соціальних завдань, головним з яких виступатиме поліпшення здоров'я населення області, зниження рівнів захворюваності, удосконалення територіальної організації РМК.

Природно, з принципів виникає потреба визначення основних критеріїв медико-географічного районування :

ефективність функціонування лікувально-профілактичного, оздоровчо-реабілітаційного, науково-медичного процесів та їх просторова локалізація;

урахування районоформуючого значення міст, як ядер медичних вузлів, центрів і пунктів;

рівень здоров'я чи не здоров'я населення;

рівень сформованості та інтенсивності охорано-оздоровчих зв'язків області та її районів;

ймовірність формування нових локальних медико-географічних утворень;

рівень розвитку функціонально-компонентної та територіальної структур РМК;

рівень розвитку існуючих центрів та вузлів медичного обслуговування населення області.

Сьогодні недостатньо розроблена система показників медико-географічного районування території. Якомога краще відображають принципи і критерії районування та медико-географічну ситуацію Вінницької області такі показники, як загальна та первинна захворюваність населення; народжуваність, смертність та природний приріст; рівень соціально-економічного розвитку області; індекс локалізації зайнятих у медичному обслуговуванні; рівень медичного обслуговування населення; рівні забезпеченості населення усіма видами медичних установ; лікарями та середнім медичним персоналом; забезпеченості лікарняними ліжками; рівень госпіталізації; хірургічна активність; показники відвідувань медичних установ населенням області; спеціалізація ліжкового фонду лікарняних закладів; наявність лікарняних закладів у сільській місцевості по районах; показники діяльності стаціонару; чисельність населення, що припадає на одну особу медичного персоналу.

Усі перераховані принципи, критерії та показники були покладені в основу медико-географічного районування території Вінницької області. Тут виділено 4 медико-географічні райони : *1) Північний; 2) Центральний; 3)*

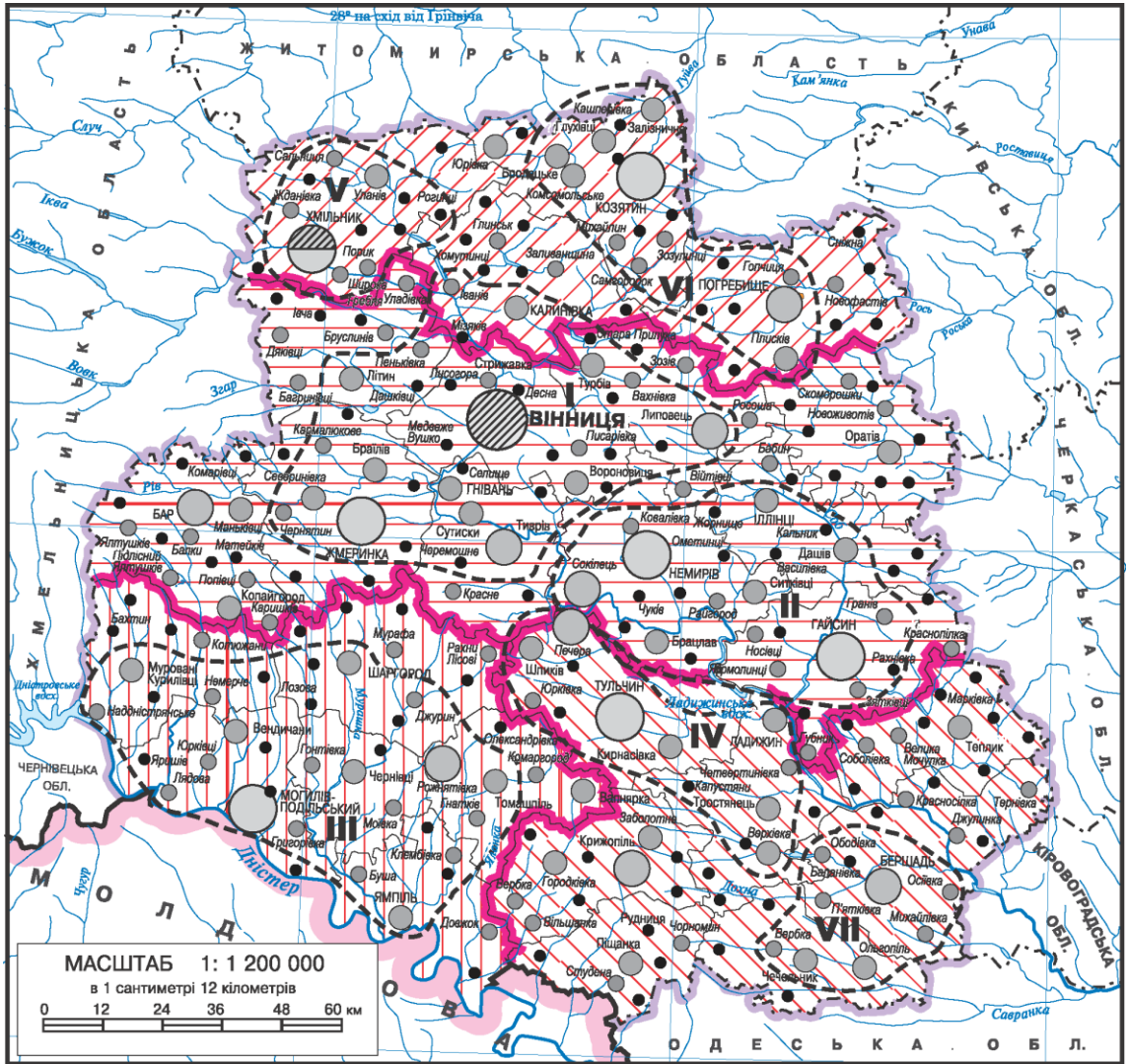
Південно-Західний; 4) Південно-Східний (рис.3.8). Коротка характеристика медико-географічних районів (МГР).

1. Північний медико-географічний район.

Площа охопленої території 4500 км² чи 17 % території Вінницької області. До нього відносяться 4 адміністративних райони: Хмільницький, Козятинський, Калинівський та Погребищенський, а також території міських рад Хмільника і Козятина, як міст обласного підпорядкування. Крім фактору територіальної близькості та відповідності політико-адміністративному устрою для Північного МГР характерна просторова локалізація функціонування різноманітних медичних процесів, основана на їх ефективності. Тут наявні різні за значенням центри медичного обслуговування, що доповнюють один одного, утворюючи однорідну сітку медико-оздоровчих зв'язків.

У Північному МГР зосереджено медичний центр національного значення, найбільша в області фізіологічна санаторно-оздоровча здравниця – м. Хмільник (6 санаторіїв та пансіонатів з лікуванням); центр з підготовки медичних кадрів – м. Погребище; обласний медичний центр – м. Козятин з профілюючими закладами Козятинським тубдиспансером та Кашперівським туберкульозним санаторієм для дорослих. Загалом на території району розташовано 187 ФАПів, 38 амбулаторій, 4 ЦРЛ, 3 РЛ, 2 МЛ, 4 ДЛ, 83 дитячих оздоровчих табори з сезонним режимом роботи, Хмільницька стоматологічна поліклініка, 4 районні відділи СЕС, здоров пункт на Козятинському залізничному вузлі. 41 сільський населений пункт немає лікувальних закладів, що складає 60,7% від кількості сіл Північного МГР.

На території МГР сформувалось два вузли медичного обслуговування (рис.3 8.) Хмільницький та Козятинський. Характерною рисою цього району є дуже висока забезпеченість населення середнім медичним персоналом та висока забезпеченість лікарями усіх спеціальностей, що пояснюється наявністю центру з підготовки медичних кадрів та великих центрів медичного обслуговування населення. Крім того показники захворюваності людей цих районів визначають попит на медичні послуги.



ЦЕНТРИ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ

-  міжнародного значення
-  національного значення
-  міжрегіонального значення
-  обласного значення
-  районного значення
-  місцевого значення
-  Медичні пункти (ФАП)

ВУЗЛИ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ

- I** Вінницький
- II** Гайсинсько-Немирівський
- III** Могилів-Подільський
- IV** Тульчинський
- Межі вузлів медичного обслуговування
- V** Хмельницький
- VI** Козятинський
- VII** Бершадський

МЕДИКО-ГЕОГРАФІЧНІ РАЙОНИ






-  Північний
-  Центральний
-  Південно-Західний
-  Південно-Східний
-  Межі медико-географічних районів

Рис. 3.8. Медико-географічне районування Вінницької області

2. Центральний медико-географічний район.

Найбільший за складом, площею (9360 км² чи 35 % території області), чисельністю населення. До його складу входять 10 адміністративних районів Барський, Літинський, Жмеринський, Вінницький, Липовецький, Тиврівський, Іллінецький, Немирівський, Гайсинський, Оратівський та території міст обласного підпорядкування Вінниці та Жмеринки. Рівень медичного обслуговування (*Smd* 0,7-0,8) визначає, головним чином, медико-географічну ситуацію. Але, локалізація в межах Центрального МГР таких потужних центрів медичного обслуговування, як Вінниця, Немирів, Гайсин, Жмеринка (з *Smd* 0,9) спричиняє тяжіння до них медичних центрів нижчих ієрархічних рівнів, що обумовило дещо периферичне положення таких одиниць, як Оратів, Бар, Піщанка, Теплик та прилеглих до них медичних пунктів.

Головне місто-ядро – Вінниця має міжнародне значення, єдиний в області центр медичної та фармацевтичної промисловості, головний управлінський центр РМК, головний центр з підготовки медичних кадрів та науковців в галузях охорони здоров'я з міжнародними зв'язками. Тут розташовані найважливіші медичні й лікувально-профілактичні установи області.

Крім обласного центра, у межах Центрального МГР знаходяться три центри медичного обслуговування міжрегіонального значення Немирів, Гайсин, Жмеринка, три центри обласного значення – Сокілець, Тиврів, Липовець, Бар, 14 – районного значення, 105 – місцевого значення та 428 медичних пунктів.

Для Центрального МГР характерною є спільна історична риса – з давніх часів тут у містах-замках існували цирульні, фармації, богодільні, притулки, як перші форми медичного обслуговування. Пізніше тут творили видатні лікарі Пирогов, Заболотний, Ролее, Скліфосовський, що не могло не залишити свого сліду у формуванні МК Вінницької області.

У межах центрального району сформувалось два вузли медичного обслуговування Вінницький та Гайсинсько-Немирівський (рис3.8.).

Південно-Західний медико-географічний район.

Площа території 5090 км² (20%), 6 адміністративних районів – Могилів-Подільський, Муровано-Куриловецький, Шаргородський, Чернівецький, Ямпільський, Томашпільський та місто обласного підпорядкування Могилів-Подільський. Показники рівня медичного обслуговування досить високі (*Sm_d* 0.7-0,8), за індексом локалізації зайнятих у медичному обслуговуванні райони дещо відрізняються. Проте, спільною рисою є тяжіння усіх медичних центрів до ядра Південно-Західного району – м. Могилів-Подільський. Тут фіксуються високі показники захворюваності населення та дефіцит медичного персоналу (крім Могилів-Подільського району). Важливим медичним центром є Рожнятівка (психіатрична лікарня обласного значення) , центри районного значення Муровані-Кцуриловці, Ямпіль, Томашпіль, Вапнярка, Шаргород, 47 центрів медичного обслуговування місцевого значення та 171 медичний пункт.

На території району сформувався Могилів-Подільський вузол медичного обслуговування з лікувально-профілактичними, реабілітаційними та медико-освітніми функціями.

Південно- Східний медико-географічний район.

Займає площу 7560 км² (28% території Вінницької області), до його складу входить 7 адміністративних районів – Теплицький, Тростянецький, Тульчинський, Крижопільський, Бершадський, Піщанський, Чечельницький та місто обласного підпорядкування Ладизжин. Для району характерні наступні показники забезпеченості медичним персоналом: на одного середнього медпрацівника припадає близько 110 чоловік, на одного лікаря – 410 чоловік (в середньому по Вінницькій області ці данні для середнього медперсоналу 97 чоловік на одну особу, для лікарів – 231). Рівень медичного обслуговування коливається в межах від 0,7 до 0,9. Найпотужнішим медичним центром Південно-західного району є місто Тульчин, обласне значення мають м. Бершадь і Ладизжин та с.м.т. Печера. Найбільші центри медичного обслуговування районного значення – Чечельник, Теплик, Крижопіль, Шпиків, Ольгопіль, Тростянець (рис. 3.8). Місцевих центрів медичного обслуговування

– 54, медичних пункти – 181. Лікарняні заклади відсутні у 45 сільських населених пунктах.

В межах Південно-Західного МГР сформувались два різні за характером вузли медичного обслуговування населення: Тульчинський з переважанням лікувальних та санаторно-реабілітаційних функцій та Бершадський медично-науковий вузли.

Найбільш розвиненим у медико-географічному та медико-соціальному значеннях є Центральний район завдяки такому значимому районноформуючому ядру медичного обслуговування, як Вінниця; великій кількості медичних центрів високих ієрархічних рівнів й медичних пунктів. Проте не слід недооцінювати такі медичні центри як Хмільник, Могилів-Подільський, Тульчин, які стали основою утворення навколо них досить потужних вузлів медичного обслуговування і досі перебувають в стадії формування.

Медико-географічне районування території Вінницької області – продукт аналізу функціонально-компонентної та функціонально-територіальної структур регіонального медичного комплексу в умовах конкретної медико-географічної ситуації. Розробка і реалізація ефективної концепції подальшого розвитку НМК повинна здійснюватись на основі врахування медико-географічного районування обласних регіонів.

3.5. Управлінська структура

Управлінська структура МК – це управлінські і контролюючі органи, поєднанні на певній території, які виконують певні медико-регулятивні функції. Взагалі не можна говорити про організацію РМК без наукових основ управління, адже „організація” являє собою одну з функцій „управління”, як поняття [2, 159, 128, 175]. Управлінська структура МК Вінницької області складається з трьох основних управлінських систем – ієрархічних рівнів управління: базового, регіонального та державного [59, 41]. Базовий рівень охоплює сільський адміністративний район та місто (рис.3.9).



Рис. 3.9. Управлінська структура МК на базовому рівні (місто, сільський район)

У сільських адміністративних районах Вінницької області базовий рівень управління уособлює головний лікар району, сьогодні – генеральний директор територіального об'єднання. Одночасно він є головним лікарем ЦРЛ та виконує функції, покладені на районну державну адміністрацію в галузі охорони здоров'я населення. У своїй роботі спирається на управлінську підсистему центральної районної лікарні. Керівництво окремими медичними закладами (лікарнями, поліклініками, диспансерами) одноособово здійснюють

головні лікарі, які пройшли спеціальну підготовку з соціальної медицини та організації управління охороною здоров'я.

У містах області базовий рівень управління РМК являє собою наступне: в складі міських державних адміністрацій існують управління охорони здоров'я на чолі з начальником. Також існує група управлінців основу яких складають головні фахівці (терапевт, хірург, педіатр, тощо). Управління спирається на управлінські структури міських лікарень [214]. У зв'язку з адміністративною реформою почалося створення відділів управління РМК райдержадміністрацій.

На державні адміністрації (обласну, районну, міську) покладено такі функції в галузі медицини та охорони здоров'я: управління та розробка прогнозів розвитку територіальної організації закладів РМК [116, с. 240-251]; організація медичної допомоги населенню; організація контролю за санітарним станом навколишнього середовища та додержання правил санітарної охорони; здійснення заходів щодо запобігання інфекційних захворювань; контроль за наданням пільг матерям та дітям; поліпшення умов життя багатодітних сімей; контроль за додержанням правил охорони праці, техніки безпеки, виробничої санітарії, екологічних вимог на підприємствах, в організаціях та установах [122].

Базовий рівень управління – основний в системі медичної допомоги. Від якості та ефективності управління на цьому рівні залежать практично результати діяльності усієї системи РМК [122]. Управлінська діяльність базового рівня спрямовується на розвиток окремих спеціалізованих видів медичної допомоги, за кожен з яких відповідає головний фахівець. Недоліками базового управління є те, що воно не займається соціальними проблемами здоров'я населення, бо не має для цього відповідної інформації і повноважень, та і не займається економічними проблемами РМК через брак відповідних фахівців, необізнаність, тощо. Крім того, адміністративно-командний метод управління комплексом ще досі відіграє провідну роль.

Тому в сучасних умовах ринку неодмінно потрібні зміни управлінської діяльності на базовому рівні. Вони полягають у демократизації управлінської

діяльності, утворенні медичних асоціацій, до складу яких входять медичні заклади. Асоціації в свою чергу зможуть вирішувати питання організації та надання спеціалізованої медичної допомоги. Медичний заклад за аналогією з підприємством, отримує права вирішувати всі свої проблеми в межах існуючого законодавства. Він встановлює свою штатно-організаційну структуру, обґрунтовує економічні засади своєї діяльності, розвиває медичні послуги у відповідності з потребами. [184, с.29].

Збільшення пріоритетів в бік медичного страхування веде до створення між державним органом управління МК та медичною асоціацією проміжної ланки – страхової компанії, яка бере на себе функції асигнування медичної асоціації та контролю за якістю і ефективністю допомоги, яку вона надає. Це забезпечить громадський контроль за діяльністю медичних закладів. Сучасний перехід до родинної медицини ґрунтується на засадах вільного вибору пацієнтами сімейного лікаря. Це створить необхідні передумови, особливо економічні, для поліпшення роботи усієї системи медичної допомоги. Родинна медицина асигнується за рахунок бюджету і безпосередньо підлягає управлінню охорони здоров'я місцевої державної адміністрації.

Регіональний (обласний) рівень управління МК за своєю суттю близький до базового (рис. 3.10). Органами управління галуззю є управління охорони здоров'я обласних та міських державних адміністрацій, (обласний здоров відділ та міський здоров відділ у Вінниці та Вінницькій області) діяльність яких регламентується типовим положенням, затвердженим Постановою Кабінету Міністрів України [41, 122].

Провідними фігурами обласних управлінь також є головні фахівці. Обласні управління МК Вінницької області в своїй роботі спираються на управлінські підсистеми медичних закладів, які забезпечують третинну медичну допомогу. Структура та функції обласного управління РМК зазнають змін (рис. 3. 10.)



Рис. 3.10. Управлінська структура МК на регіональному рівні

Основним його завдання є стратегія розвитку МК Вінницької області, вирішення соціально-медичних та економічних проблем в галузі охорони здоров'я; реалізація цільових програм, спрямованих на покращення здоров'я окремих соціальних прошарків і населення взагалі; прогнозування розвитку територіальної мережі закладів РМК для нормативного забезпечення населення медико-санітарною допомогою; здійснення заходів спрямованих на запобігання інфекційним захворюванням епідеміям та їх ліквідації; організація роботи органів медико-соціальної експертизи, закладів судово-медичної та судово-психіатричної експертизи; виконання вимог, щодо збереження навколишнього середовища і санітарно-епідемічного благополуччя населення та ін.

У складі управлінь функціонують підрозділи організації медичної допомоги, лікувально-профілактичної допомоги дітям і матерям, фінансово-економічний, медичних кадрів тощо. Разом з головними лікарями мають співпрацювати фахівці в галузі соціальної медицини, організації та управління РМК, менеджери, юристи, економісти та спеціалісти з інформаційного забезпечення. У разі потреби при управліннях створюються колегії, наукові ради та комісії.

Державний рівень управління МК уособлюють Міністерство охорони здоров'я та комісія з питань охорони здоров'я Верховної Ради України. Структура міністерства визначається його функціями і відповідно до галузей і служб МК складається з таких підрозділів: Головного управління організації медичної допомоги населенню, Головного санітарно-епідеміологічного управління, Головного управління освіти науки та інформаційного забезпечення, Головного управління медичних кадрів та державної служби, Головного управління економіки, Управління профілактики соціально небезпечних хвороб, СНІДу та формування здорового способу життя, Управління радіаційного захисту населення та медичних проблем аварії на ЧАЕС, Управління медичного страхування, нових медичних технологій та експлуатації медичних закладів, Управління медико-соціальної експертизи, Управління міжнародних зв'язків, юридичного відділу тощо. Для забезпечення управління і контролю за якістю, безпекою та виробництвом лікарських засобів (медикаментів, імунобіологічних препаратів, біоматеріалів, медичної техніки та виробів медичного призначення) ,державного контролю за експортом, імпортом, оптовою та роздрібною реалізацією, обігом, зберіганням, застосуванням, утилізацією та знищенням фармацевтичної продукції, а також для участі в розробленні і реалізації державної політики в сфері виробництва зазначеної продукції та забезпечення нею населення і медичних закладів створено Державний департамент з контролю за якістю, безпекою та виробництвом лікарських засобів медичного призначення. Його очолює голова,

який призначається на посаду та звільняється Кабміном України за поданням міністра охорони здоров'я [139, с. 100; 41, с. 167-169].

Також на державному рівні забезпечується управління медичною наукою. Разом із академією медичних наук встановлюються пріоритети, що впливають із проблем здоров'я населення та його охорони. Особлива увага надається розробці проблем соціальної медицини, організації, управління та економіки МК. Відтворюється історія української медицини, як складової частини Європейської медицини, що дасть можливість зайняти власне місце у світовій науці. Відбувається встановлення рівноправних і взаємовигідних контактів із зовнішнім світом (повноправний член ВООЗ) [215].

На державному рівні створюється медико-статистична та інформаційна служба, яка з одного боку враховує інтереси інформаційного забезпечення усіх рівнів управління МК, з другого – стає підґрунтям для широкого розвитку досліджень в галузі соціальної медицини, організації та управління НМК та його регіональними утвореннями.

Все більшого значення сьогодні набувають ринкові методи управління МК, що мають економічний характер. Дані методи впливають на керовані об'єкти МК шляхом використання заробітної плати, матеріальних стимулів і санкцій, цін, прибутків, рентабельності, фінансів та кредитів, тобто через матеріальну винагороду за результати діяльності в медичній сфері. Управлінською діяльністю у Вінницькій області вважають працю будь якого лікаря, який має у своєму підпорядкуванні персонал, підрозділ чи медичний заклад. Для сучасного функціонування МК став характерним менеджмент охорони здоров'я, та автоматизовані системи управління.

Основними завданнями управління МК на всіх рівнях є забезпечення реалізації державної політики в галузях охорони здоров'я. Для Вінницької області важливим є напрям галузевої політики у сферах РМК. Він передбачає: удосконалення територіальної організації комплексу, пріоритетний розвиток ПМСД на засадах сімейної медицини, реконструкцію галузі охорони здоров'я з метою ліквідації диспропорцій у розвитку різних видів медичної допомоги,

здійснення заходів щодо децентралізації і роздержавлення медичних закладів через автономізацію та приватизацію, сприяння приватній лікарській практиці, створення умов для здорової конкуренції між медичними установами і лікарями, яка сприятиме підвищенню доступності та якості медичної допомоги. Цілями галузевої політики є: впровадження в практику сучасних медичних технологій, зменшення диспропорцій у наданні медичних послуг сільському і міському населенню, поліпшення медичного обслуговування сільського населення, удосконалення охорони здоров'я матерів, дітей та підлітків, осіб похилого віку, працівників промисловості і транспорту в сучасних умовах, поліпшення медикаментозного і матеріально-технічного забезпечення галузі, розширення прав, удосконалення організації і підвищення ефективності роботи СЕС в умовах ринкової економіки, і на решті – удосконалення системи підготовки і використання медичних кадрів, яке полягає передусім у визначенні реальних потреб у кадрах лікарів різних спеціальностей та інших працівників МК [157, с. 29-40].

На основі новітніх телемедичних технологій реорганізується наявна система інформаційного забезпечення, створюються інформаційно-аналітичні системи на всіх рівнях управління МК. Це стосується і національної медичної комп'ютерної мережі комунікаційних каналів, яка забезпечить входження галузевої інформаційної системи до світової комп'ютерної мережі [19, с. 28; 221].

Актуальність оволодіння науковими основами управління обумовлена тим, що майбутнім спеціалістам доведеться працювати в умовах ринкових відносин. А ринок з його непевністю і конкурентністю вимагає від кожного фахівця вміння прийняття науково обґрунтованих управлінських рішень перш за все в межах своєї професійної діяльності. Формування для всієї системи МК не лише лікаря, а й управлінця якісно нового типу – професійного менеджера, потребує відповідного розуміння витоків управління, його критичної оцінки, знань з історії становлення та розвитку галузевої вітчизняної системи,

знайомства з еволюцією світового менеджменту і його придатного використання для України та її регіонів.

3.6. Удосконалення територіальної організації медичного комплексу Вінницької області в умовах переходу до збалансованого розвитку

Для сучасних умов Української держави та її областей збалансований розвиток можна визначити як процес гармонізації продуктивних сил, задоволення необхідних суспільних потреб за умови збереження і поетапного відтворення цілісності навколишнього середовища, забезпечення рівноваги між потенціалом природи та вимогами людей усіх поколінь [11, 27, 153]. Перехідний період, що переживає наша країна, визначив пріоритетні цілі її збалансованого розвитку:

1) Соціальна справедливість – установлення гарантій рівності громадян перед законом, забезпечення рівних можливостей для досягнення матеріального, екологічного і соціального благополуччя.

2) Економічний прогрес – забезпечення можливостей, мотивів і гарантій праці громадян, якості життя, функціонування ефективної економіки та раціонального споживання ресурсів.

3) Відтворення навколишнього природного середовища – створення умов усіма людьми для життя у здоровому навколишньому середовищі з чистим повітрям, землею, водою; захист і відновлення біорізноманіття [28].

4) Раціональне ресурсокористування – створення системи гарантій раціонального використання всіх видів ресурсів на основі дотримання національних інтересів країни та збереження ресурсів для прийдешніх поколінь.

5) Демографічна стабільність – формування ефективної державної політики з метою збільшення тривалості життя та стабілізації чисельності населення України, надання всебічної підтримки молодим сім'ям, охорона материнства і дитинства [126].

Взагалі, принципи „Порядку денного на ХХІ століття” базуються на фундаментальному положенні, що людина є невід’ємною складовою природи, а її діяльність повинна здійснюватись в тісній гармонії з вимогами законів природи і бути підпорядкована цим законам. Реалізація цілей сталого розвитку, перш за все, пов’язана з активною структурною політикою у сферах виробництва. Вона полягає у створенні високотехнологічного народногосподарського комплексу на засадах *ринкового господарства і екологічної безпеки* в усіх територіальних позиціях (країна, регіон, область, район). Для нашої держави положення переходу до сталого розвитку є високопріоритетними і актуальними [70]. Ми маємо грізні наслідки непередбаченого антропогенного тиску на навколишнє середовище регіонів України, виснаження надер та родючості землі, зниження лісистості. Існують численні проблеми з чистою водою та незабрудненим повітрям, суттєвим погіршенням стану здоров’я населення, що є наслідком забруднення навколишнього середовища.

РМК, як складова підсистема господарського комплексу, має конкретні напрямки щодо процесу переходу до сталого розвитку і демократизації в Україні та її областях. Для Вінницької області це перш за все – збільшення тривалості життя, забезпечення безкоштовних базових послуг населенню, доступність медичних послуг, підвищення ролі неурядових організацій у процесі функціонування РМК, поєднання державного впливу і ринкових регуляторів розвитку сфери медичного обслуговування. Важливим є активна співпраця країн і міжнародних організацій з метою досягнення загальної стабільності і злагодженості в усіх галузях охорони здоров’я. Природне навколишнє середовище має визначальний вплив на захворюваність населення, яка сьогодні стала глобальною проблемою людства в планетарних масштабах. Процес призупинення стрімкого росту захворюваності можливий за умов покращення властивостей середовища існування та найвищого рівня ефективності й функціонування МК та його регіональних систем. Коли мова йде вже про процес лікування, на перше місце виходить належна організація

роботи усіх ланок МК, що залежить від досконалості функціональної та територіальної структур комплексу де особливе місце має належати профілактичній медицині – як медицині майбутнього, та ПМД на засадах сімейної медицини.

Сучасний РМК, не тільки в масштабах Вінницької області, а й в Україні стоїть на шляху перетворень, нововведень та подолань недоліків у його функціонуванні. Адже, державна монополія на надання медичної допомоги, недостатня кількість інших форм власності та конкуренції в охороні здоров'я, некваліфіковане, надто централізоване, бюрократичне управління і незацікавленість багатьох медичних працівників у своїй праці призвели до суперечності між принципами і недостатніми засобами забезпечення соціальних та медичних потреб, пов'язаних з неефективною економікою [34]. Такий МК був нездатний до сприйняття науково-технічного прогресу. Поступово втрачали своє значення і переставали діяти принципи профілактичної спрямованості та диспансеризації, тобто активні методи медичного обслуговування. Помітно погіршувалась якість медичної допомоги та рівень задоволення нею населення. Наслідки для області тяжкі – від'ємний природний приріст та депопуляція населення, височезні показники захворюваності, особливо на злоякісні новоутворення, серцево-судинні та хвороби органів дихання, хвороби соціального характеру, високі показники смертності від хвороб. МК перестав відповідати основним вимогам щодо забезпечення збереження і зміцнення здоров'я народу, забезпечення процесів відтворення населення, гарантування доступності і якості кваліфікованої медичної допомоги. Усе зазначене викликало необхідність реформування НМК.

У комплексі державних заходів в умовах переходу до збалансованого розвитку значну роль відведено регіональним програмам в галузі охорони здоров'я та медичного обслуговування населення областей. Основними напрямками реформування МК Вінницької області визнано такі: *1)* визначення пріоритетів медико-санітарної допомоги і встановлення обсягу гарантованого державного рівня безоплатної медичної допомоги населенню Вінницької

області; 2) удосконалення територіальної організації та функціонально-компонентної структури комплексу, адаптування їх до потреб населення області через зменшення фактору периферійності таких районів як Оратівський, Піщанський, Теплицький ; 3) надання переваг розвитку ПМСД на засадах сімейної медицини; 4) реструктуризація комплексу (особливо територіально-функціональної структури, а саме підвищення ролі пунктів медичного обслуговування місцевого значення по всій території області, розвиток доповнюючих і розвантажуючих функцій у територіальних структурах, що не входять до крупновузлових утворень особливо в Крижопільському, Барському р-нах) з метою ліквідації диспропорцій: у розвитку різних видів медичної допомоги, у медичному обслуговуванні в межах міських поселень та сільської місцевості області, раціоналізація спеціалізованої та стаціонарної допомоги; 5) здійснення заходів щодо децентралізації управління та роздержавлення медичних закладів, сприяння індивідуальній лікарській практиці в кожному районі Вінницької області; 6) створення системи правового захисту пацієнтів та медичних працівників; 7) створення сучасної системи інформаційного забезпечення МК Вінницької області на основі розвитку інформаційних мереж, уніфікації методів і засобів інформації, реорганізації медико-статистичної служби, удосконалення управління комплексом на регіональному та місцевому рівнях.

У зв'язку зі змінами політичної та соціально-економічної ситуації в умовах переходу до збалансованого розвитку, що відбулися в роки незалежності, було переглянуто і опрацьовано новий варіант Концепції розвитку охорони здоров'я населення регіонів України. Він був затверджений Указом Президента України від 07.12.2000 р. № 1313/2000 і визначив принципи та шляхи реформування МК на сучасному етапі [63].

Впровадження державних програм в МК Вінницької області і їх виконання дало позитивні результати. Завдяки комплексній дії низки програм та організації мережі сучасних відділень реанімації новонароджених в лікарнях області і районних центрів вдалося досягти сталої тенденції до зменшення

смертності немовлят. Суттєво знизилась і материнська смертність. Національна програма імунопрофілактики дозволила охопити щепленням більше 90% населення і знизити захворюваність на керовані інфекції. Нині в Вінницькій області не реєструється епідемії особливо небезпечних хвороб.

Вінницька область стоїть на порозі запровадження багатоканального фінансування РМК при якому серед позабюджетних джерел провідне місце належатиме загальнообов'язковому державному соціальному медичному страхуванню. До інших джерел належить добровільне медичне страхування, кошти територіальних громад і добродійних фондів, цільові медичні збори, добровільні внески та пожертви юридичних та фізичних осіб, кошти, одержані за надання медичних послуг. Крім того, фонди добровільного медичного страхування та кошти територіальних громад мають забезпечити індивідуальні потреби населення в медичній допомозі понад гарантований державний рівень.

Розпочався процес удосконалення компонентної структури МК Вінницької області, особливо системи медичної допомоги, розвиток якої протягом багатьох минулих років відзначався екстенсивним характером і полягав у постійному збільшенні кількості стаціонарних ліжок і лікарів. Цей шлях розвитку сприяв досягненню одного з найвищих у світі рівнів забезпеченості населення лікарями різних спеціальностей та лікарняними ліжками. Була створена широка мережа лікувально-профілактичних закладів у містах та сільській місцевості що забезпечує доступність кваліфікованої медичної допомоги як дорослим так і дітям. Надмірна спеціалізація медичної допомоги, велика кількість вузьких спеціалістів, мають місце і сьогодні. Тому для МК Вінницької області властиві елементи звуження функцій, зменшення ролі, авторитету і престижу дільничного лікаря-терапевта і педіатра. Відмічається втрата комплексності і наступності в наданні медичних послуг населенню, зниження ефективності профілактичних та диспансерних функцій РМК, непропорційний розвиток більш дорогих видів медичної допомоги – спеціалізованої, стаціонарної, швидкої. Проте сучасний досвід показує

недостатню економічну та організаційну обґрунтованість і стратегічну неспроможність такого напрямку.

Реорганізація компонентної структури МК області направлена на подолання диспропорцій в розвитку амбулаторно-поліклінічної і стаціонарної, первинної, вторинної та третинної медичної допомоги. Збільшення ролі медичного обслуговування населення в бік ПМД та профілактики веде до перспективного впровадження сімейної медицини на Вінниччині.

Такий принцип збалансованого розвитку, як пріоритетність охорони материнства і дитинства визначив процеси щодо: удосконалення роботи дитячих поліклінік, відділень, лікарень та санаторіїв, утворення центру медико-генетичної консультації, розвитку служб планування сім'ї, безпечного материнства, перинатальної допомоги. Удосконалюється структура родопомічних і дитячих медичних закладів, проводиться оснащення їх сучасною лікувально-діагностичною апаратурою, що має місце у кожній районній лікарні, дитячому відділенні, пологовому будинку Вінницької області.

Крім профілактичної галузі у Вінницькій області набуває обертів розвиток реабілітаційного і санаторно-курортного лікування основаного на власних родовищах природних лікувальних ресурсів. Підтримується відновлення дитячих оздоровчих таборів та профілакторіїв при навчальних закладах. Негайного залучення інвестицій для відновлення діяльності потребують дитячі літні табори у Тиврівському, Ямпільському, Могилів-Подільському, Козятинському та ін. Райони області.

Вкрай необхідна модернізація будинку для літніх людей у Тиврові, дитячого будинку в Тульчині.

Унаслідок поступального розвитку суспільства і цивілізації, урбанізації, хімічного виробництва, енергетики, транспорту та фізико-географічних особливостей території Вінницької області виникають різноманітні передумови виникнення різноманітних видів надзвичайних ситуацій (НС). Виходячи з потреб гарантії безпеки населення і території створено єдину систему медичної

допомоги під час НС – Державну службу медицини катастроф (ДСМК) [139, с. 180-181]. В Вінницькій області ДСМК організована на територіальному рівні в системі управління охорони здоров'я області, керується координаційною комісією, що утворена облдержадміністрацією. До її складу входить Вінницький територіальний центр екстреної медичної допомоги, медичні бригади постійної готовності ДСМК першої та другої черги, медичні формування, лікувальні заклади адміністративно-територіальних органів охорони здоров'я всіх міністерств і відомств розміщених в області та призначених для участі у ліквідації медико-санітарних наслідків НС на території Вінницької області.

В галузі стаціонарної допомоги запроваджено відділення (палати) денного перебування хворих та відділення сестринського догляду. В лікарнях області та районів удосконалюється технологія надання стаціонарної допомоги, активніше використовуються стаціонарозамінні форми медичної допомоги, такі як денний та домашній стаціонар. У Вінницькій області створена одна з найпотужніших мереж різнопрофільних домашніх стаціонарів в складі амбулаторно-поліклінічних закладів.

Удосконалення територіальної організації МК Вінницької області в умовах переходу до збалансованого розвитку передбачає подолання територіальних невідповідностей мережі медичних закладів у сільській місцевості через зменшення історичного відставання забезпеченості сільського населення якісно рівноцінними з мешканцями міст обсягами медико-санітарної допомоги. Сьогодні розпочато процес упорядкування просторової мережі лікарень і їх ліжкового фонду переважно за рахунок скорочення малопотужних, економічно нерентабельних лікарень у міській місцевості. На відміну від міст, для сільської місцевості потрібна побудова окремої розгалуженої мережі дільничних закладів, які мають забезпечувати самодостатність ПМСД у всіх її основних формах [153, с.88-95]. Слід зазначити що недавно мало місце масове закриття СЛД, але з огляду на особливості медичної допомоги на селі та її

територіальної організації, набуло чинності рішення про заборону скорочення сільських лікарняних закладів, їх ліквідації та просторової реорганізації.

Оптимальна функціонально-територіальна структура МК Вінницької області повинна виключати дублювання під час надання медичної допомоги населенню певних територій. Цьому сприятиме ефективне забезпечення і концентрація центрів та пунктів медичного обслуговування відповідно до потреб у медичній допомозі. 297 сільських населених пунктів області і досі не мають лікарняного закладу. Для зацікавленості медперсоналу в роботі у сільській місцевості потрібна їх фінансова і соціальна підтримка.

Проблеми територіальної організації МК на всіх трьох рівнях надання медичної допомоги можливо вирішити завдяки усуненню обмежень у просторовій доступності чи при урахуванні пішохідної та транспортної доступності. Надання уваги розвитку медичних пунктів з периферичним положенням сприяє утворенню на території області нових вузлів медичного обслуговування населення. Оптимізувати радіус медичного обслуговування до 3 кілометрів. У територіальному і функціонально-компонентному аспектах значної активізації процесів реорганізації потребують Оратівський, Піщанський, Теплицький, Крижопільський райони. Особливу увагу слід приділити розвитку профілактичної медицини.

Внаслідок економічних перетворень відбулося суттєве доповнення територіальної організації РМК приватними закладами, особливо стоматологічного та діагностичного та фармацевтичного профілю.

Взагалі згідно „Декларації Ріо 1992” кожна людина має право на забезпечення безкоштовних базових медичних послуг. Тому територіальна організація РМК, на сам перед, повинна мати таку структуру, яка могла б задовольнити потреби населення у базовій, первинній допомозі без труднощів і перешкод в отриманні медичної послуги.

Підсумовуючи сказане слід зазначити, що найближчим кроком переходу до збалансованого розвитку МК Вінницької області є формування такої територіальної організації, де буде зменшено до мінімуму дублювання

паралельних медичних служб, оптимізовано радіуси медичного обслуговування, рівень організації надання медичної допомоги має ґрунтуватися на єдиній правовій, соціально-економічній, фінансовій, технологічній, матеріально-технічній, інформаційній та управлінській базі. Цей рівень має забезпечувати доступність, якість та ефективність надання кваліфікованих медичних послуг всьому населенню території.

Висновки до III розділу

1. Місце і роль МК у сфері послуг обласного регіону є визначальними, тому що даний комплекс надає послуги першого рівня, які забезпечують найголовніші процеси життєдіяльності суспільства – відтворення та оздоровлення головної продуктивної сили – населення. Розвинута сітка медичних послуг сприяє збільшенню вільного часу та здоров'я населення. Стан розвитку медичного обслуговування населення Вінницької області у період трансформації економіки України відзначається: комерціалізацією охорони здоров'я, розвитком маркетингових операцій в МК; збільшенням обсягу платних медичних послуг, впровадженням різних форм підприємництва та приватизації, правом вільного вибору медичної установи та лікаря, тенденціями переходу до страхової медицини, пріоритетним розвитком ПМД та сімейної медицини.

2. У формуванні функціонально-компонентної структури МК Вінницької області вирішальну роль відіграють наступні галузі : лікувально-профілактична допомога, охорона здоров'я матері і дитини, санітарно-епідеміологічна служба а також медикаментозна допомога, медична промисловість, медико-соціальна експертиза, санітарно-курортна допомога, медична наука і освіта.

3. Основними типами лікувально-профілактичних закладів у Вінницькій області є лікарняні заклади і самостійні поліклініки та амбулаторії. Амбулаторно-поліклінічна допомога є основним видом медичних послуг, тому,

що в закладах цього типу розпочинають і закінчують лікування близько 80% пацієнтів. Особливості надання медичної допомоги населенню Вінницької області визначаються умовами розселення праці та побуту. Характерна етапність, яка відповідає територіальній структурі, тобто первинна медична допомога надається у територіально-структурних об'єктах найнижчого ієрархічного рівня, спеціалізована та рідкісна – відповідно здійснюється закладами найвищого ієрархічного рівня. Найширшою функціонально-компонентною структурою характеризуються Могилів-Подільський, Хмільникський, Немирівський, Козятинський, Тульчинський райони та міста Вінниця, Жмеринка, Гайсин, Тульчин, Бершадь, Погребище.

4. Запобіжний і поточний санітарний нагляд, організацію протиепідемічної роботи здійснює санітарно-епідеміологічна служба. Її основними закладами є санітарно-епідеміологічні станції різних рівнів і категорій, що функціонують у кожному районі та місті Вінницької області.

5. Функціонально-територіальну структуру МК Вінницької області формують медичні пункти, центри, вузли та райони які сьогодні значно доповнені приватними медичними установами. Основу територіальної організації МК Вінницької області складає система розселення, що сформувалась різними типами населених пунктів, які виконують ряд функцій в процесі життєдіяльності суспільства. У Вінницькому МК зосереджено 265 різних за значенням центрів медичного обслуговування. Найбільші з них – це ядро, єдиний в області ЦМО міжнародного значення м. Вінниця, ЦМО національного значення – Хмільник та 6 ЦМО міжрегіонального значення – міста Немирів, Могилів-Подільський, Гайсин, Жмеринка, Тульчин, Козятин. Виділяється також 7 ЦМО обласного значення (Бар, Бершадь, Крижопіль, Липовець, Погребище, Печера Тульчинського р-ну і с. Рожнатів Томашпільського р-ну), та 30 ЦМО районного значення. Решта ЦМО мають місцеве значення.

6. Управлінська структура МК Вінницької області складається з трьох основних управлінських систем – ієрархічних рівнів управління: базового,

регіонального та державного. Найбільшою проблемою є відсутність професійних менеджерів у сферах охорони здоров'я.

7. Врахувавши тісні функціонально-просторові зв'язки та близькі медико-географічні передумови розвитку, у Вінницькому МК виділено 7 вузлів медичного обслуговування : Вінницький, Гайсинсько-Немирівський, Хмільницький, Могилів-Подільський, Тульчинський, Бершадський та Козятинський. Основою медико-географічного районування території Вінницької області стали відповідні критерії, принципи та показники, внаслідок чого виділено 4 медико-географічні райони 1) Північний; 2) Центральний; 3) Південно-Західний; 4) Південно-Східний.

8. Визначальним кроком до удосконалення територіальної організації Вінницької області є ліквідація невиправданого дублювання в діяльності паралельних медичних служб і закладів різних відомств. Рівень організації надання медичних послуг повинен ґрунтуватись на базі, доступності, якості та ефективності кваліфікованої медичної допомоги всьому населенню Вінницької області. Значної активізації процесів реструктуризації, як територіальної, так і функціональної структур РМК потребують Оратівський, Піщанський, Теплицький, Крижопільський райони на основі профілактичної ланки медичного обслуговування.

ВИСНОВКИ

У результаті проведеного дослідження можна сформулювати такі висновки :

1. Проблеми територіальної організації МК адміністративної області, як ключової ланки державного регіонального управління та індикативного планування, на сучасному етапі є особливо актуальними. *Медичний комплекс* формується на основі складної поліструктурної системи взаємозв'язків між компонентами природи і господарства певного району. *Територіальна організація РМК* – це просторове поєднання підприємств медичної сфери, охорони здоров'я, виробництва, сфери послуг, об'єктів інфраструктури та компонентів навколишнього природного середовища, яке виникає на основі взаємообумовленості медико-географічних і господарських процесів даного регіону та спрямоване на досягнення оптимального рівня здоров'я населення, запобігання захворювань, попередження передчасної смерті, забезпечення активної життєдіяльності, працездатності людини, і відтворення майбутніх поколінь. Територіальній організації РМК властиві функціонально-компонентна, функціонально-територіальна, функціонально-управлінська види структур.

2. Територіальна і функціональна організація РМК ґрунтується на єдиних принципах надання послуг медичного характеру. Медична допомога населенню включає: *первинну медико-санітарну допомогу, вторинну спеціалізовану медичну допомогу, третинну високо спеціалізовану медичну допомогу, санітарно-протиепідемічне забезпечення, фармацевтичну допомогу.* Види надання медичних послуг перебувають в прямій залежності від просторової локалізації об'єктів РМК.

3. Вирішальний вплив на територіальну організацію РМК адміністративної області справляють *медико-географічне положення, суспільно-географічні, екологічні фактори, належність МК до комплексу сфери послуг.* Під медико-географічним положенням розуміємо просторову систему зв'язків

тих аспектів суспільства, які мають безпосередній вплив на здоров'я його представників в конкретних географічних та просторово-часових координатах. Причому мова йде і про носіїв здоров'я – людей, і про форми територіальної організації медичних установ, і про демографічну ситуацію, екологічні фактори та фактори навколишнього середовища, особливості територіальної диференціації природних умов та ресурсів, рівень розвитку процесу надання медичних послуг. До суспільно-географічних факторів відносяться особливості соціально-економічного розвитку, сучасний стан, структура і територіальна організація господарського комплексу регіону, сучасні системи розселення населення, характер демографічної ситуації, рівень розвитку надання медичних послуг та рівень розвитку міжнародного співробітництва в галузях медицини та охорони здоров'я. Дослідження РМК, як підсистеми комплексу сфери послуг дозволяє розглядати його територіальну організацію під кутом зору теорії „центральных місць”.

4. Система факторів територіальної організації МК Вінницької області відзначається: відносною несприятливістю у порівнянні з іншими регіонами України стосовно а) демографічних показників (висока смертність, від'ємний природний приріст, і як наслідок, природне зменшення населення, переважання частки осіб непрацездатного віку); б) показників захворюваності (відзначається загрозна тенденція збільшення за всіма класами хвороб, висока захворюваність на злоякісні новоутворення, серцево-судинні та хвороби органів дихання); в) рівня соціально-економічного розвитку (Вінницька область відноситься до групи областей з нижчим від середнього рівнем соціально-економічного розвитку, серед районів області відносно кращі показники у Вінницькому ($S_i=0,81$), Жмеринському ($S_i=0,75$), Хмільницькому ($S_i=0,75$), Козятинському ($S_i=0,60$), Могилів-Подільському ($S_i=0,54$), Немирівському ($S_i=0,53$), та Тростянецькому ($S_i=0,79$), районах, (причому, майже половина показників, використаних для розрахунку рівня S_i припадає на долю самих районних центрів). Відносна сприятливість факторів належить високому рівню медичного обслуговування населення S_{md} (0,7-0,9), високій забезпеченості

населення медичним персоналом, широкій мережі лікувальних закладів, задовільній екологічній ситуації, високим рівням індексу локалізації *Іл* зайнятих у медичному обслуговуванні населення особливо у Вінницькому (1,7), Хмільницькому (1), Гайсинському (1,3), Могилів-Подільському (1), Тульчинському (1) районах.

5. У компонентній структурі МК Вінницької області виділяються: медична сфера та її галузі: лікувально-профілактична допомога, охорона здоров'я матері і дитини, санітарно-епідеміологічна служба а також медикаментозна допомога, медико-соціальна експертиза, санаторно-курортна допомога, медична наука і освіта; медична промисловість та функціональні ланки. Основними типами лікувально-профілактичних закладів у Вінницькій області є лікарняні заклади і самостійні поліклініки та амбулаторії. Амбулаторно-поліклінічна допомога є основним видом медичних послуг, тому, що в закладах цього типу розпочинають і закінчують лікування близько 80% пацієнтів. Головна організаційна форма амбулаторно-поліклінічної роботи – це поліклініка. На території області діє 1 обласна лікарня, 1 дитяча обласна лікарня, 17 міських лікарень, 2 дитячі міські лікарні, госпіталь для інвалідів ВВВ, 5 спеціалізованих центрів, 27 центральних районних лікарень, 8 районних і 54 дільничних лікарень, 2 пологові будинки, 3 психіатричні лікарні, 10 диспансерів, 161 амбулаторія, 9 стоматологічних поліклінік, 4 лікарські здоров пункти, 22 фельдшерські здоров пункти, 967 ФАПів, обласна та міська СЕС та 27 районних відділів СЕС, 31 санаторій, 350 дитячих оздоровчих таборів, три підприємства фармацевтичної і мікробіологічної промисловості – „Біосан”, „Імунолог” та „Сперко”, 5 медичних училищ, Національний медичний університет.

6. Територіальну структуру МК Вінницької області формують медичні пункти, центри, вузли та райони. Медичним закладам властивий: 1) повсюдний, 2) вибірковий та 3) точковий характер розміщення. У Вінницькій області зосереджено 265 різних за значенням *центрів медичного обслуговування (ЦМО)*. Найбільші з них – це єдиний в області ЦМО міжнародного значення м. Вінниця,

ЦМО національного значення – Хмільник, та 6 ЦМО міжрегіонального значення – міста Немирів, Могилів-Подільський, Гайсин, Жмеринка, Тульчин, Козятин. Виділяється також 7 ЦМО обласного значення (Бар, Бершадь, Крижопіль, Липовець, Погребище, Печера Тульчинського р-ну і с. Рожнатів Томашпільського р-ну), та 30 ЦМО районного значення. Решта ЦМО Вінницького МК мають місцеве значення. Врахувавши тісні функціонально-просторові зв'язки та близькі медико-географічні передумови розвитку, на території Вінницької області виділено 7 вузлів медичного обслуговування : Вінницький, Гайсинсько-Немирівський, Хмільникський, Могилів-Подільський, Тульчинський, Бершадський та Козятинський. У області є райони з незадовільним станом територіальної та функціонально-компонентної структур: Оратівський, Піщанський, Теплицький, тому що на території даних районів відсутні потужні медичні центри, а ті що є, мають районне або місцеве значення та недостатньо широке коло медичних послуг. Крім того, вони мають дещо периферичне положення, що вимагає інтенсивного розвитку тут доповнюючих та розвантажуючих функцій. Відмічається недостатній розвиток первинної та профілактичної медицини. В певній мірі недосконалість структури пов'язана з периферичним положенням районів та їх віддаленістю від центроформуючих територіальних систем та ядер медичного комплексу Вінницької області.

7. Управлінська структура Вінницького РМК формується на основі поєднання на території області управлінських і контролюючих органів, що виконують певні медико-регулятивні функції. Ієрархічних рівнів управління МК три: *базовий, регіональний та державний*. У сільських адміністративних районах Вінницької області базовий рівень управління уособлює головний лікар району, сьогодні – генеральний директор територіального об'єднання. У містах області базовий рівень управління МК являє собою наступне: в складі міських державних адміністрацій існують управління охорони здоров'я на чолі з начальником. Також існує група управлінців основу яких складають головні фахівці (терапевт, хірург, педіатр, тощо). Управління спирається на управлінські структури міських лікарень. На державному рівні забезпечується

управління медичною наукою, контроль за якістю, безпекою та виробництвом лікарських засобів медичного призначення. Головним функціонально-управлінським центром області є місто Вінниця. В ньому діє обласний здоров'я відділ – головна управлінська структура та міський здоров'я відділ. Облздоров'я відділу підпорядковуються усі районні здоров'я відділи, що розташовані у районних центрах Вінницької області. Управлінню обласного здоров'я відділу охорони здоров'я підлягають і міста обласного підпорядкування Козятин, Жмеринка, Ладижин, Могилів-Подільський, Хмільник. Успішне функціонування в нових умовах ринку можливе при наявності високопрофесійних менеджерів в сферах надання медичних послуг.

8. На території Вінницької області виділено *4 медико-географічних райони* – Північний, Центральний, Південно-Західний та Південно-Східний. В основі їх виділення лежать спільні риси охоронооздоровчих процесів, єдність медико-географічного положення та близькі передумови сталого економічного розвитку. Виділення медико-географічних районів базується на принципах : територіальної цілісності, єдності суспільно-географічного районування і адміністративного устрою, перспективності розвитку РМК території. Кожен з виділених районів має районоформуєчі центри до яких тяжіють менші за значенням центри медичного обслуговування. Територіям що виділені у медико-географічні райони властиві спільні риси забезпеченості медичним персоналом, специфіки надання медичних послуг, показники захворюваності населення, рівень розвитку медичного обслуговування.

9. Безперечним лідером медичного обслуговування населення області є Вінниця, яка приймає не тільки місцевих пацієнтів, а й хворих з усієї області. Нижчими за рангом центрами є міста області. Але проблема не в кількості медичних центрів, а в недосконалості територіальної організації взагалі, наслідками якої є ускладнення умов звернення та потрапляння пацієнтів до лікарняної установи (далека відстань, незручність положення), як наслідок цього не бувало високі рівні смертності від хвороб і захворюваність, що виявляється у занедбаному стані, чи вже набула хронічного характеру. Це

стосується усіх без винятку районів Вінницької області. Тому негайного практичного втілення потребує реструктуризація комплексу з метою ліквідації диспропорцій: у розвитку різних видів медичної допомоги, у медичному обслуговуванні в межах міської та сільської місцевості області, у відстанях до медичних установ. У сільській місцевості Вінницької області більшість медичних пунктів мають радіус обслуговування 1-7 км. Без спеціального транспорту такий радіус медичного обслуговування не є оптимальним і ні в якому разі не визначає позитивної особливості функціонування та територіальної структури самого медичного закладу та РМК в цілому.

У незадовільному стані сьогодні перебуває матеріально-технічна база РМК Вінницької області, а інфраструктура комплексу набагато відстала у своєму розвитку, мало сприяє не тільки оздоровленню населення, а й прогресивності самого медичного процесу.

Впроваджено в дію раціональну систему акредитації медичних установ і ліцензування діяльності лікарів. Проте, такий важливий в умовах ринку та переходу до медичного страхування аспект, як система правового захисту пацієнтів та медичних працівників залишає бажати кращого, мало того, більшість з учасників медико-оздоровчого процесу не знають про свої права.

10. В умовах трансформаційних процесів економіки України з позицій нових прогресивних орієнтирів суспільного розвитку, медичний комплекс Вінницької області потребує запровадження принципово нової моделі територіальної організації. Вона повинна базуватись на : чіткому розмежуванні медичної спеціалізації окремих територіальних елементів комплексу; максимальній підтримці в центральному ядрі (Вінниця) медичних, медико-географічних, медико-соціальних та медико-економічних функцій міжрегіонального й міжнародного значення; інтенсивному розвитку додаткових, доповнюючих та розвантажуючих функцій в периферійній зоні; підвищенні ролі пунктів медичного обслуговування місцевого значення; оптимізації радіусу медичного обслуговування, особливо для сільських лікарських дільниць та ФАПів; впровадження нових засад медичного

обслуговування в усі ланки та галузі НМК та його регіональних утворень. Досягнення комплексно-пропорційного розвитку РМК Вінницької області ґрунтується на формуванні високоефективного ринку медичних послуг, потужного розвитку комунікаційного та інформаційного забезпечення підсистем РМК, поширенні взаємодоповнюваності та функціональної зв'язаності окремих територіальних утворень та суб'єктів задіяних у медичному обслуговуванні, що об'єднані у Вінницькій області. Такий підхід сприятиме збалансованому розвитку РМК Вінницької області, як одному з елементів НМК, а також посилить процеси медико-географічної інтеграції.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абалкина И.Л., Новиков С.М., Сковоронская С.А., и др. Экономическая оценка ущербов здоровью населения, обусловленных воздействием факторов окружающей среды // Гигиена и санитария. – 2003. – № 6. – С. 95-99.
2. Алаев Э.Б. Социально-экономическая география: Понятийно-терминологический словарь. – М.: Мысль, 1983. – 350 с.
3. Александров В.Л. Опыт региона в формировании законодательства в области здравоохранения. // Здравоохранение : Журн. для руководителя и главного бухгалтера. – 2002. – № 7. – С. 159-161.
4. Анучин В.А. Теоретические основы географии. – М.: Мысль, 1972. – 430 с.
5. Балабанов Г.В., Горленко І.О. та ін. Дослідження проблем Чорнобильської катастрофи в Інституті географії АН України. // Український географічний журнал. – 1993. – № 2. – С. 36-43.
6. Балабанов Г.В., Кавецький І.Й., Качаєв Ю.Д., Нагірна В.П., Підгрушний Г.П., Ясню Т.Є. Розвиток теоретичних засад суспільної географії в умовах ринкових перетворень // Укр. географ. журнал. – 2001. – № 3. – С. 69-80.
7. Барановський В.А. Екологічна географія і екологічна картографія. – К.: Фітосоціоцентр, 2001. – 252 с.
8. Барановський В.А. Територіальна модель дослідження сталого екологічного розвитку України // Економіка України. – 1998. - № 8. – С. 76-83.
9. Барановський В.А. Екологічний атлас України. – К.: Видавнича фірма „Географіка”, 2000. – 40 с.
10. Барановський В.А. Еколого-географічний аналіз і оцінювання території України на основі картографічного моделювання (теорія, методи, практика) : Дис... д-ра. географ. наук : 11.00.11. – Київ, 2001. – С. 117-205.

11. Барановський В.А. До концепції переходу України на модель сталого розвитку // Економіка України. – 2001. - № 7. – С.78-83.
12. Барановський М.О. Про методичні підходи до оцінки рівня розвитку сфери обслуговування населення України // Економічна та соціальна географія: Міжвід. науков. збірн. – К., 1995. – Вип. 47. – С. 92-96.
13. Баранский Н.Н. Избранные труды. Научные принципы географии. – М.: Мысль, 1980. – 239 с.
14. Бардов В.Г. Гигиеническая оценка влияния факторов природной окружающей среды на здоровье населения : Авторефер. дис... д-ра мед. наук: 14.00.07 / Медицинский институт им. А. А. Богомольца . – К., 1983. – 48 с.
15. Бачинский Г.А. Социоекология : теоретические и прикладные аспекты. – К : Наукова думка, 1991. – 152 с.
16. Белов С.И. Медицинская география Белоруссии. – Минск : Беларусь, 1977. – 160 с.
17. Беляева Н.Н. Морфологические критерии риска вредного воздействия факторов окружающей среды на организмы. // Гигиена и санитария – 2002. – № 6. – С. 75-76.
18. Бейдик О.О. Географія : Короткий тлумачний словник. – К.: Либідь, 2001. – 191с.
19. Бичков В.В., Гриценко В.І., Коваленко О.С. Сучасний погляд на процес інформатизації системи охорони здоров'я м. Києва // Охорона здоров'я України – 2001. – № 3. – С. 27-29.
20. Бобильова О.О. Діяльність санітарно-епідеміологічної служби України у 2000 році : завдання щодо подальшого її розвитку (Доповідь на підсумковій колегії МОЗ України 12.02.2001 року) // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2001. – № 2. – С. 10-14.
21. Бойчак М.П., Голик Л.А., Радиш Я.Ф. Формування єдиного медичного простору як важливої складової реформування охорони здоров'я України // Охорона здоров'я України. – 2001. – № 3. – С. 39-44.

22. Бояр А.О. Територіальна організація еколого-економічного комплексу Волинської області : Дис... канд. геогр. наук : 11.00.02. – Луцьк, 2003. – С. 8-48.
23. Буравльов Є.П. Загальні риси національної програми дій // Довкілля та здоров'я. – 2001. – № 1. – С. 6-10.
24. Василюшин Р.Й. Експертні оцінки якості і медичні стандарти – головний важіль реформування охорони здоров'я сьогодні // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2001. – № 1. – С. 29-32.
25. Вітте М.К. Розвиток медичної науки на Україні. – К., 1965. – С. 5-39.
26. Возіанов О.Ф. Медична наука і практика на зламі тисячоліть // Doctor. – 2001. – № 1 (5). – С.3-8.
27. Волошин В.В., Горленко О.І., Кухар В.П. і інші. Підходи до концепції стійкого розвитку та її інтерпретації стосовно України // Український географічний журнал. – 1995. – № 3. – С. 3-10.
28. Волощук В.М., Гродзинський М.Д., Тищенко П.Г. Географічні проблеми сталого розвитку України // Український географічний журнал. – 1998. – № 1. – С. 13-18.
29. Галієнко Л.І. Наукове обґрунтування діяльності денних стаціонарів загального профілю в умовах переходу до сімейної медицини : Авторефер. дис... канд. мед. наук: 14.02.03 / КМУ ім. О.О.Богомольця. – К., 2004. – 20 с.
30. Галієнко Л.І. Характеристика основних особливостей реформи первинної медико-санітарної допомоги в нових незалежних державах // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 1999. – № 1. – С. 95-102.
31. Географічна наука та освіта в Україні : Збір. наук. праць / КНУ ім. Т.Г.Шевченко та ін.; редкол. Я.Б. Олійник (голова) та ін. – К.: Махаон-Україна, 2000. - 40 с.
32. Географія агропромислових комплексів : Навч. посібник / М.Д. Пістун, В.О. Гуцал, Н.І. Проводар. – К.: Либідь, 1997. – С. 15-48.

33. Географія і сучасність : Збірник наукових праць Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. – К : Видавництво НПУ ім. Драгоманова, 2003. – вип. (1) 10. – 359 с.
34. Герасимчук З.В. Регіональна політика сталого розвитку: методологія, формування, механізми реалізації. – Луцьк : Вид-во Надстир'я, 2001. – 528 с.
35. Гичев Ю. Экологическая медицина и ее основные направления // Медицина Украины. – 1996. – № 3. – С. 28-29.
36. Гладкий О.В. Територіальна організація і комплексно-пропорційний розвиток Київської господарської агломерації : Автореф. дис... канд. геогр. наук : 11.00.02 / КНУ ім. Т.Шевченка. – К., 2002. – 23 с.
37. Голіков А.П., Олійник Я.Б., Степаненко А.В. Вступ до економічної і соціальної географії. – К.: Либідь, 1996. – 320 с.
38. Голубчиков М.В., Орлова Н.М. Стратегія регіоналізації системи охорони здоров'я // Медичний всесвіт. – 2002. – Том 2. – № 1/2. – С. 96-99.
39. Голяченко А.О. Деякі економічні проблеми української здоровоохорони на мікрорівні // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2001. – № 1. – С. 41-43.
40. Голяченко О.М. Первинна медико-санітарна допомога на селі : пройдені шляхи і перспективи // Социальная гигиена, организация здравоохранения и история медицины : Республ. межведомств. сборник. – К.: Здоров'я, 1996. – № 49 (185). – С.3-5.
41. Голяченко О.М., Сердюк А.М., Приходський О.О. Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я. – Тернопіль : Джура, 1997. – 328 с.
42. Горленко І.О., Руденко Л.Г., Барановський В.А. та ін. Проблемно-орієнтоване районування територій та його реалізація в Україні // VII з'їзд УГТ : Тези доповідей. – К., 1995. – С. 7-9.

43. Гоц Т.Ю. Захворюваність населення України на бронхіальну астму і поширеність алергенних чинників повітря // Довкілля та здоров'я. – Київ – 2004. – № 3 (30). – С. 8-10.
44. Грицай О.В. Центр и периферия в региональном развитии. – М.: Наука, 1991. – 128 с.
45. Грузева Т.С. Обґрунтування та розробка системи досягнення рівності в охороні здоров'я населення в сучасних умовах стратифікації суспільства: Автореферат дис. ... д-ра мед. наук : 14.02.03 / КНМУ ім. О.О. Богомольця. – К., 2004. – 39 с.
46. Дебс М. Системно-структурний аналіз економіко-географічного району // Економічна географія. – К., 1991. – № 43. – С. 23-28.
47. Дев'ятка Д.Г., Ковальчук Л.В., Сергета І.В., Вихристюк Г.І. Вміст деяких важких металів у харчових продуктах Вінницької області // Довкілля та здоров'я. – Київ – 2004. – № 3 (30). – С. 38-42.
48. Демографический понятийный словарь / Под ред. Рыбаковского Л.П. – М.: Центр соц. Прогнозирования, 2003. – 351 с.
49. Денисик Г.І. Природнича географія Поділля. – Вінниця: ЕкоБізнесЦентр, 1998. – 184 с.
50. Дзенис З.Е. Методология и методика социально-экономических исследований. – Рига: Знание, 1980. – 262 с.
51. Діяльність галузі охорони здоров'я за 2002 рік, завдання щодо подальшого її розвитку та покращення рівня здоров'я населення України : Доповідь Міністра охорони здоров'я України В.Ф. Москаленка на підсумковій колегії МОЗ. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2001. – 129 с.
52. Дмитриевский Ю.Д. Медицинская география и экология // Известия РГО. – 1995. – Т. 127. – Вып. 2. – С. 25-29.
53. Дудник И.Н. Комплексное развитие сельского района. Географические основы управления. – Полтава: Астроя, 1993. – С. 106-126
54. Дудник І.М., Панасенко Т.В. Низова демогеографічна система. – Полтава : Полтавський філіал Укр. геогр. тов-ва, 1996. – 199 с

55. Дудник І.М. Суспільно-географічні системи низовинного рівня (теоретичні та методичні аспекти) – Полтава : Полтавський літератор, 1997. – 248 с.
56. Еколого-географічні дослідження території України./ Л.Г. Руденко, І.О. Горленко, Л.М. Шевченко, В.А. Барановський. – К.: Наукова думка, 1990. – 32 с.
57. Еколого-географічне картографування території (досвід робіт, обґрунтування структури і змісту атласу) / Л.Г.Руденко, А.І. Бойківська та ін. – К.: Препринт, 1992. – 32 с.
58. Ефективність впровадження навчального курсу „Валеологія”. – К.: Укр. інститут соціальних досліджень, 2001. – 33 с.
59. Жуков Г.М., Ринда Ф.П. Практичні та теоретичні аспекти управління здоров'ям населення // Охорона здоров'я України. – 2002. – № 1(4). – С. 35.
60. Жупанский Я.И. Картографический метод исследования в медицинской географии. // Второе научное совещание по проблемам медицинской географии – Ленинград, 1965. – С.231-232.
61. Жупанський Я.І., Сухий П.О. Соціально-економічна картографія : Підручник для студентів географічних, топографо-геодезичних, економічних спеціальностей вищих і середніх навчальних закладів. – Тернопіль, 1997. – 274 с.
62. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення Вінницької області : Статистичний бюлетень – Вінниця, 2000. – 30 с.
63. Закони України про охорону здоров'я : Збірник нормативно-правових актів / Під ред В.Ф. Москаленка, В.В. Костицького. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2000. – 464 с.
64. Запорожан В.М., Журавель В.І. Стан і основні напрямки розвитку системи охорони здоров'я України // Одеський мед. журнал. – 2002. – № 4 (72). – С. 4-8.

55. Заставний Ф.Д. Географія України : У 2-х книгах. – Львів : Світ, 1994. – 427с.
66. Здоров'я населення України та діяльність лікувально-профілактичних закладів системи охорони здоров'я : Щорічна доповідь. – К., 1999. – 594 с.
67. Иваненко А.В., Хизгилев В.И., Сафонкина С.Г., Иродова Е.В. Формы, методы и объекты контроля за особенностями санэпидемиологического благополучия населения // Гигиена и санитария. – 2003. – № 2. – С. 67-68.
68. Іщук С.І. Розміщення продуктивних сил (теорія, методи, практика). – вид. 4-те, доп. – К.: Європейський ун-т., 2001. – 216 с.
69. Іщук С.І. Розміщення продуктивних сил і територіальна організація виробництва : Навч. посіб. для студ. екон. та геогр. спец. вищ. навч. закл. – К.: Вид. Паливода А.В., 2002. – 260 с.
70. Іщук С.І., Гладкий О.В. Екстремальні процеси і явища в Українському суспільстві : географічний підхід // Український географічний журнал. – 2000. – № 1. – С. 25-29.
71. Картиш А.П. Радіаційно-гігієнічні наслідки аварії на ЧАЕС як основа системи управління медичним забезпеченням постраждалого населення : Автореф. дис... д-ра мед. наук : 14.00.06 / НМУ им. А. А. Богомольца. – К., 1995. – 32 с.
72. Кальниш В., Москалець Г., Лещу Н. Сучасний стан нормативно-правової бази системи охорони здоров'я України // Ліки України. – 2002. – № 10. – С. 54-58.
73. Климова В.И. Человек и его здоровье. – 2-е изд. переработ. и дополн. – М.: Знание, 1990. – 224 с.
74. Коваленко Ю.Н. Условия выхода украинского здравоохранения из кризиса // Журнал практичного лікаря. – 2002. – № 6. – С. 5-6.
75. Колоденко В.О. Політика в області фінансової підтримки регіональних систем охорони здоров'я України. Міфи та реальність // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2001. – № 1. – С. 5-9.

76. Коломійчук В.С. Соціально-економічний розвиток адміністративного району в умовах перехідної економіки. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2001. – 439 с.
77. Курманова Л.В. Опыт зарубежных стран в развитии здравоохранения в условиях рынка // Проблемы управления здравоохранением. – 2002. – № 2. – С. 34-38.
78. Куролап С.А. Медицинская география : современные аспекты // Науки о земле. – 2000. – № 4. – С. 3-8.
79. Куценко В.І. з соавт. Соціальний фактор розвитку суспільства і держави. – К.: РВПС НАН України, 1997. – 230 с.
80. Лакунин К.Ю., Филатов В.Б. К вопросу о термине "сельское здравоохранение" // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2002. – № 5. – С. 44-45.
81. Лапушенко О.В. Проблеми підвищення ефективності діяльності державної санітарно-епідеміологічної служби України. Пріоритети 2004 року // Довкілля та здоров'я. – Київ – 2004. – № 2 (29). – С. 3-5.
82. Лебідь Н.П. Якість життя населення: підходи до вивчення та практика дослідження України // Український географічний журнал. – 1993. – № 3. – С.34-36.
83. Леонтьева Г.Г. География сферы обслуживания населения (факультативный курс) : Учебное пособие. – Суми : Слобожанщина, 1998. – 64 с.
84. Лехан В.М. Стан і напрямки розвитку системи охорони здоров'я в Україні: 10 років пошуків та випробувань // Урологія. – 2002. – Том 6 – № 3. – С. 11-20.
85. Литвинова О.Н., Антомонов М.Ю. Оцінка впливу екологічних чинників на показники захворюваності // Довкілля та здоров'я. – 2002. – № 3. – С. 68-69.
86. Литвинова О.Н. Поєднаний вплив чинників довкілля на захворюваність жителів великого міста(на прикладі міста Тернополя): Автореферат дис.

- ... канд. мед. наук : 14.02.01. – Київ Ін-т гігієни та мед. екології ім. О.М.Марзєєва АМН України, 2003. – 22 с
87. Литвинова О.Н., Перебийніс П.Л. Соціальна, психологічна та професійна характеристика керівників системи охорони здоров'я України базового рівня // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2001. – № 1. – С. 49-51.
 88. Луцишин П.В. Вступ до економічної і соціальної географії (основи теорії). – К.: НМКВО, 1993. – 160 с.
 89. Луцишин П.В., Клімонт Д., Луцишин Н.П. Територіальна організація суспільства (основи теорії) : Навч. посібник. – Луцьк : Ред.-вид. від. „Вежа” Волин. держ. ун-ту ім. Лесі Українки, 2001. – 334 с.
 90. Любіцева О.О. Ринок туристичних послуг (геопросторові аспекти) . – Київ: АльтерПрес, 2002. – С. 115-159.
 100. Любченко В.Є., Космина А.С. Географія Вінницької області. – Вінниця : ЕкоБізнесЦентр, 1996. – С. 8-25.
 101. Маергойз М.М. Методика мелкомасштабных экономико-географических исследований. – М.: Изд-во Мос. Ун-та, 1981. – 158 с.
 102. Мартыненко А.В. Паблик рилейшнз в деятельности органов и учреждений системы здравоохранения // Лікарська справа. – 2002. – № 1. – С. 150-152.
 103. Мартусенко І.В. Сучасний стан, проблеми та перспективи медичної географії України // Матеріали всеукраїнської студентсько-аспірантської наукової конференції „Сучасний стан, проблеми та перспективи розвитку досліджень з географічних дисциплін та картографії в Україні”. – Тернопіль : ТДПУ. – 2000. – С.99-103.
 104. Мартусенко І.В. Структурні і територіальні особливості розвитку медичного комплексу Вінницької області // Наукові записки Тернопільського державного педагогічного університету. Серія : Географія. – Тернопіль: ТДПУ ім. В. Гнатюка, 2002. – № 2. – С. 169-172.

105. Мартусенко І.В. Передумови та фактори формування медико-географічної ситуації у Вінницькій області // Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету ім. М. Коцюбинського. Серія : Географія. – Вінниця. – 2002. – Вип. 3. – С.146-152.
106. Мартусенко І.В. Геоекологічні проблеми Вінницької області // Регіональні проблеми розвитку агропромислового комплексу України : сучасний стан і перспективи вирішення. – К.: Стафед-2, 2002. – С.63-65.
107. Мартусенко І.В. Сутність і структурні особливості медичного комплексу як територіальної системи // Географія і сучасність : Збірник наукових праць Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. – К : Видавництво НПУ ім.. Драгоманова, 2003. – вип. (1) 10. – С.236-246.
107. Мартусенко І.В. Антропогенна діяльність як фактор формування та функціонування медичного комплексу// Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету ім. М. Коцюбинського. Серія : Географія. – Вінниця. – 2003. – Вип. 6. – С.162-167.
108. Мартусенко І.В. Методика суспільно-географічного дослідження медичного комплексу обласного регіону // Економічна та соціальна географія : Наук. зб./ Ред. кол.: С.І. Іщук (відп. ред.) та ін. – К., 2003. – вип. 54. – С.139-145.
109. Медико-географічний атлас України (випуск перший) / Барановський В.А., Пироженко К.Г., Шевченко В.О. – К.: Вид-во газети „Зелений Світ” та Інституту географії НАН України, 1995. – 32 с.
110. Малхазова С.М., Тикунов В.С. Медико-географический подход к оценке кризисных экологических ситуаций // География : (Программа «Университеты России»). – М.: Изд-во МГУ, 1993. – С. 171-181.
111. Медицина Вінниччини / За ред. Приходського О.О., Миронюка О.В., Железняка В.Д. – Вінниця : Обласний медичний. Статистичний інформаційно-аналітичний центр, 2000. – 224 с.

112. Медицинская география: Сборник статей. / Научный ред. А.Д.Лебедев. – М., 1972. – 164 с.
113. Медицинская география и экология человека в Сибири и на Дальнем Востоке / Отв. ред. В.А. Снытко, С.В. Рященко ; Российская академия наук, Сибирское отделение, Институт географии. – Иркутск : Изд-во Ин-та географии, 2002. – 139 с.
114. Мезенцева Н.І., Мезенцев К.В. Суспільно-географічне районування України: Навчальний посібник. – К.: Видавничо-поліграфічний центр „Київський університет”, 2002. – 228 с.
115. Мельник Л.Г. Екологічна економіка : Підручник. – Суми : ВДТ Університетська книга, 2002. – 346 с.
116. Місцеве самоврядування: становлення, розвиток, проблеми (Вінницька обласна державна адміністрація) / Під ред. Калетніка Г.М., Вдовцова М.Л., Гуцола А.О. та ін. – Вінниця : Логос, 2001. – 272 с.
117. Мороз С.А., Онопрієнко В.І., Бортник С.Ю. Методологія географічної науки: Навч. посібник. – К.: Заповіт, 1997. – 333 с.
118. Москаленко В.Ф. Основні здобутки у сфері охорони здоров'я за роки незалежності України // Охорона здоров'я України. – 2001. – № 3. – С. 4-12.
119. Москаленко В.Ф. Охорона здоров'я та медична освіта в Україні: стан та перспективи // Проблеми медичної науки та освіти. – 2002. – № 4. – С. 5-9.
120. Москаленко В.Ф. Підсумки законодавчої діяльності у галузі охорони здоров'я України // Проблеми медичної науки та освіти. – 2002. – № 2. – С. 5-11.
121. Москаленко В.Ф. Програма діяльності кабінету міністрів України: завдання охорони здоров'я на межі століть // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2000. – № 2. – С. 17-19.
122. Москаленко В.Ф., Пономаренко В.М. Рейтингова оцінка діяльності органів управління охорони здоров'я регіонального рівня // Вісник

- соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2000. – № 2. – С. 31-34.
123. Москаленко В.Ф. Сучасний стан охорони здоров'я та медичної освіти в Україні // Проблеми медичної науки та освіти. – 2002. – № 1. – С. 5-8.
124. Москаленко В.Ф., Майоров О.Ю., Пономаренко В.М. Інформаційні технології для охорони здоров'я населення // Матеріали міжнародного конгресу „Україна – інформаційне суспільство”. – К., 2000. – С. 3-12.
125. Никулина Е.В. Управление в сфере здравоохранения : разработка и планирование медицинских услуг // Вісник стоматології. – 2002. – № 3. – С. 41-43.
126. Олійник Я.Б., Степаненко А.В. Вступ до соціальної географії : Навчальний посібник. – К.: Знання, КОО, 2000. – 204 с.
127. Організація забезпечення медичним майном військових частин і медичних установ в умовах надзвичайного стану : Навч. посіб. для студ. вищ. мед. і фарм. навч. закладів III-IV р.а. / П.С. Сирота, В.В. Трохимчук, В.І. Гридасов та ін. – Харків: НФаУ; Золоті сторінки, 2002. – 320 с.
128. Орлова Н.М., Сіренко В.І. Регіоналізація, реструктуризація, маркетинг та сегментація – шляхи формування регіональної системи охорони здоров'я // Вісник Вінницького держ. мед. ун-ту. – 2001. – Том 5 – № 2. – С. 570-571.
129. Основи загальної екології: Підручник / Г.О. Білявський, М.М. Падун, Р.С. Фурдуй. – К.: Либідь, 1993. – С. 104-290.
130. Основи економічної теорії : Підручник / За ред проф. С.В. Мочерного. – Тернопіль : АТ „Тарнекс” за участю АТ „НОЙ” та вид-ва „Світ”, 1993. – С. 151-165.
131. Основы научных исследований. География / Под ред. Н.Д. Пистуна, Г.И. Швевса. – К.: Вища школа, 1988. – 190 с.
132. Основні показники діяльності установ охорони здоров'я Вінницької області за 1999 – 2003 роки. – Вінниця : Обл. Медико-статистичний інформаційно-аналітичний центр, 2004. – 248 с.

133. Основні показники промисловості Вінницької області : Статистичний бюлетень – Вінниця : Облстат управління, 2000. – 52 с.
134. Охорона здоров'я в Україні : проблеми та перспективи / За ред. В.М. Пономаренка. – Тернопіль : Укрмедкнига, 1999. – 310 с.
135. Охорона здоров'я на Вінниччині : Статистичний збірник. – Вінниця : ДКСУ ВОУС, 2002. – 72 с.
136. Охорона здоров'я України : результати діяльності (щорічна доповідь, 2000 рік) . – Київ : МОЗ, 2001. – 512 с.
137. Паламарчук А.М. Общественно-территориальные системы (логико-математическое моделирование). – К.: Наукова думка, 1992. – 272 с.
138. Паламарчук М.М., Паламарчук О.М. Економічна і соціальна географія України з основами теорії : Посібник для викладачів економічних і географічних факультетів вузів, наукових працівників, аспірантів. – К. : Знання, 1998. – 416 с.
139. Панорама охорони здоров'я населення України / Під ред А.В. Підаєва, О.Ф. Возіанова, В.Ф. Москаленка, В.М. Пономаренка. – К. : „Здоров'я”, 2003. – 396 с.
140. Пантелей В. Проблеми становлення географії стоматологічного здоров'я як перспективного напрямку медичної географії // Матеріали всеукраїнської студентсько-аспірантської наукової конференції „Сучасний стан, проблеми та перспективи розвитку досліджень з географічних дисциплін та картографії в Україні”. – Тернопіль : ТДПУ. – 2000. – С.59-62.
141. Парамонов З.М., Парій В.Д., Мишківський В.С. Лікарська каса – прообраз добровільного медичного страхування в Україні // Довкілля та здоров'я. – Київ – 2004. – № 2 (29). – С. 22-25.
142. Парій В.Д. Фельдшерсько-акушерський пункт у спектрі перебудовчих процесів первинної медико-санітарної допомоги на селі // Довкілля та здоров'я. – Київ – 2004. – № 3 (30). – С. 50-53.

143. Пащенко В.М. Методологія постнеокласичного ландшафтознавства. – К., 1999. – С. 46-50.
144. Персональный менеджмент : Учебник / С.Д. Резник и другие. – 2-е изд., перераб. и дополн. – М.: ИНФРА-М (Серия «Высшее образование»), 2004. – С. 16-60.
145. Пістун М.Д. Основи теорії суспільної географії : Навч. посібник. – К.: Вища школа, 1996. – 321 с.
146. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 1999-2000 роки. – К.: МОЗ України та Центр мед статистики, 2001. – 322 с.
147. Полунина Н.В., Нестеренко Е.И., Васильев А.Ю. Законодательные и экономические основы организации платных медицинских услуг в ведомственных лечебно-профилактических учреждениях // Российский медицинский журнал. – 2004. – № 3. – С. 3-6.
148. Поляков И.В., Чернов А.Е., Зеленская Т.В. Основные развития маркетинга медицинских услуг в коммерческих организациях // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2004. – № 3. – С. 32-36.
149. Порохняк-Гановська Л. Хто і як здійснюватиме реформування охорони здоров'я в Україні? // Нова медицина. – 2004. – № 4. – С. 10.
150. Потіш А.Ф., Медвідь В.Г., Гвоздецький О.Г., Козак З.Я. Екологія : основи теорії і практикум. Навчальний посібник для студентів ВНЗ. – Львів : Новий Світ 2000, Магнолія плюс, 2003. – С.157-181.
151. Права людини в системі взаємовідносин "лікар – пацієнт" в відкритому суспільстві : Бібліотека сімейного лікаря. – Київ: Медицина України, 2000. – 268 с
152. Проблеми сталого розвитку України / Наук. ред. Волошин В.В. – К.: БМТ, 1998. – 402 .
153. Проблеми сталого розвитку України : Збірник наукових доповідей. – 3-тє вид., перероб. і доповн. – К.: БМТ, 2001. – 423 с.

154. Прохоров Б.Б. Медико-экологическое районирование и региональный прогноз здоровья населения России. – М.: МНЭПУ, 1996. – 72 с.
155. Райх Е. Л. Моделирование в медицинской географии. – М. : Наука, 1984. – 157 с.
156. Развитие экономических отношений в здравоохранении : Сборник научных трудов. – М. : Минздрав СССР, Всесоюзный научно-исслед. и-т соц. гигиены и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко, 1991. – С.87-92.
157. Регіональна політика в галузі охорони здоров'я : шляхи формування та реалізації: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції. – Одеса : ОРІДУ УАДУ, 2003. – 316 с.
158. Реорганізація первинної медико-санітарної допомоги населенню на засадах загальної лікарської практики (сімейної медицини): інструктивно-методичні матеріали для сімейного лікаря / За заг. ред. В.М. Пономаренка. – К., 2001. – 172 с.
159. Розміщення продуктивних сил і регіональна економіка : Підручник / За ред. В.В. Ковалевського, О.Л. Михайлюка, В.Ф. Семенова. – 6-те видання, випр. – К: Знання, КОО, 2004. – 350 с.
160. Руководство по медицинской географии / Под ред. А.А. Келлера и др. – СПб.: Гиппократ, 1993. – 352 с.
161. Руденко В.П. Довідник з географії природно-ресурсного потенціалу України. – К. : Вища школа, 1993. – 180 с.
162. Руденко Л.Г. Сталий розвиток : пошуки моделей для України // Проблеми сталого розвитку. – К. : НАН України, 1998. – С.125-138.
163. Сабирова З.Ф., Фаттахова Н.Ф., Пинегин М.А. Оценка потенциальной опасности для здоровья населения загрязнения окружающей среды // Гигиена и санитария. – 2003. – № 2. – С. 74-76.
164. Садовник О., Грухіна Т. Економіко географічні підходи та аспекти оцінки якості життя населення // Наукові записки Тернопільського державного

- педагогічного університету. Серія : Географія. – Тернопіль: ТДПУ ім. В. Гнатюка. – 2002. – № 2. – С. 123-128.
165. Саушкин Ю.Г. Экономическая география: история, теория, методы, практика. – М.: Мысль, 1973. – 559 с.
166. Саушкин Ю.Г. Географическая наука в прошлом, настоящем, будущем: Пособие для учителей. – М.: Просвещение, 1980. – С.212-232.
167. Світове господарство в умовах глобалізації: Монографія / За ред. Я.Б. Олійника, Б.П. Яценка, В.К. Бабарицької. – К.: Видавничо-поліграфічний центр „Київський університет”, 2004. – 145 с.
168. Сердюк А.М. Медична екологія і проблеми здоров'я дітей // Журнал АМН України. – 2001. – т 7. – № 3. – С. 437-440.
169. Сидоренко Г.И., Можаяев Е.А. Санитарное состояние окружающей среды и здоровье населения. – М.: Медицина, 1987. – С. 2-40.
170. Скачков М.В., Скачкова М.А., Верещагин Н.Н. Механизмы формирования предрасположенности к острым респираторным заболеваниям в регионах с высокой антропогенной нагрузкой // Гигиена и санитария. – 2002. – № 5. – С. 39-42.
171. Советский энциклопедический словарь / Научно- редакционный совет : Прохоров А.М. (председатель). – М.: Советская энциклопедия, 1991.– 1600 с.
172. Соціально-економічна географія України / За ред. проф. О.І. Шаблія. – Львів: Світ, 1994. – 608 с.
173. Соціально-економічна географія України : Навчальний посібник / О.І. Шаблій, М.І.Білецький, Б.І. Заставецький та ін.; За ред. О.І. Шаблія. – 2-ге вид., перероб. та доповн. – Львів: Світ, 2000. – 679 с.
174. Соціальна медицина і організація охорони здоров'я : Підручник / За ред. Н.І. Кольцової, О.З. Дерик. – 2-е вид., перероб. і доповн. – Івано-Франківськ, 2000. – 304 с.
175. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Під заг. ред. Ю.В. Вороненка, В.Ф. Москаленка. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2000. – 680 с.

176. Социальные и экономические проблемы экологии и состояния здоровья населения / Н.И. Фашевский, Т.М. Палий, Т.А. Крицук, О.В. Марун. – К., 1991. – 43 с.
177. Стан навколишнього природного середовища Вінницької області в 2000 році: Доповідь. – Вінниця : Державне управління екології та природних ресурсів у Він. обл., 2001. – 15 с.
178. Становлення медичної науки на Поділлі / В.М. Мороз, В.С. Компанець, І.М. Азарський та ін. – Хмельницький-Вінниця: Поділля, 1999. – С. 4-22.
179. Статистичний щорічник Вінниччини за 2002 рік / За ред. С.Н. Ігнатова. – Вінниця : Держкомстат України та Вінницьке обл. управ. статист., 2003. – 628 с.
180. Стеченко Д.М. Розміщення продуктивних сил і регіоналістика : Навч. посібник. – 2-е вид., виправ. і доповн. – К.: Вікар, 2002. – 374 с.
181. Стецький В.В. Освітній комплекс Львівської області : соціально і економіко-географічне дослідження. – Львів : ЛОНМІО, 1998. – 112 с.
182. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні / Під заг. ред. В.М.Лехан. – К. : Сфера, 2001. – 176 с.
183. Сучасні екологічні проблеми Українського полісся та суміжних територій (до 15-ти річчя аварії на ЧАЕС) : Матеріали міжнародної науково-практичної конференції. – Ніжин : НДПУ, 2001. – 156 с.
184. Тишук Е.А., Щепин В.О. Актуальные вопросы управления здравоохранением // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2003. – № 1. – С. 28-30.
185. Тимчук М.Ф. Город и район. Регулирование комплексного развития. – Москва: Экономика, 1980. – 160 с.
186. Тимчук М.Ф., Шатихін Л.Г. Системний аналіз соціально-економічних процесів. – К.:ІММБ, 1998. – 126 с.
187. Тойн П., Ньюби П. Методы географических исследований. – М.: Прогресс, 1977. – 270 с.

188. Топчієв О.Г. Екологічна безпека і раціональна територіальна організація суспільства // Український географічний журнал. – 1993. – № 2. – С. 3-8.
189. Топчієв О.Г. Основи суспільної географії: навчальний посібник. – Одеса: Астропринт, 2001. – С. 526-551.
190. Трахтенберг И.М., Коршун М.Н. Медицина и экология взаимодействие – тенденция современного этапа развития // Довкілля та здоров'я. – 2001. – № 4. – С. 3-6.
191. Україна та глобальні процеси : Географічний вимір : Збірник наукових праць / Укр. геогр. тов-во., ВДУ; редкол.: П.Г. Шищенко (відпов. ред.) та ін. – К.; Луцьк : РВВ „Вежа”, 2000. – Т. 3. – 382 с.
192. Федотов В.И., Куролап С.А. Региональная оценка эколого-гигиенической комфортности территории в системе социально-гигиенического мониторинга // Социально-гигиенический мониторинг в Воронежской области : Информационно-аналитические аспекты. – Воронеж : ВГУ, 1997. – С. 314-345.
193. Чаклин А.В. Медицинская география. – М.: Знание, 1977. – 127 с.
194. Чайка В.Є. Екологія. – Вінниця : Книга-Вега, 2002. – 408 с.
195. Чернюк Л.Г., Клиновий Д.В. Економіка та розвиток регіонів (областей) України : Навчальний посібник. – К : ЦУЛ, 2002. – С.5-45.
196. Чорнобиль і здоров'я України : Медико-екологічний атлас. – Випуск 2-ий / Шевченко В.О., Барановський В.А., Молочко А.М. та інші. – К.: Вид-во газети „Зелений Світ”, 1996. – 32 с.
197. Шаблій О.И. Межотраслевые территориальные системы (проблемы методологии и теории). – Львов: Вища школа, Изд-во при ЛГУ, 1976. – 100 с.
198. Шаблій О.І., Ровенчак І.І. Атласне картографування комплексного розвитку області // Економічна і соціальна географія. – К.: Вища школа, 1992. – Вип.. 44. – С.98-103.

199. Шаблій О.І. Суспільна географія: теорія, історія, українознавчі студії. – Львів : Львівський національний університет імені І. Франка, 2001. – 744 с.
200. Шаблій О.І., Шевчук Л.Т. Регіональні особливості виснаження населення як актуальна проблема медичної географії. // I Всеукраїнський семінар по географії населення „Сучасні проблеми географії населення України”. – Луцьк, 1993. – С. 3-10.
201. Швєбс Г.І. Системні дослідження в географії. Географічна енциклопедія України : В 3-х томах / Редкол.: О.М. Маринич та ін. – К.: „Українська Радянська Енциклопедія” ім. М.П. Бажана, 1989-1993. – Т. 3: П-Я. – 480 с.
202. Шевченко В.А. Людина і природа з погляду медичної географії // Україна. Наука і культура. – К.: Знання, 1986. – Т. 20. – С.312-316.
203. Шевченко В.О. Медицина плюс географія // Наука і суспільство. – 1988. – № 12. – С. 10-12.
204. Шевченко В.О., Паламарчук Л.Б. Програма факультативного курсу „Медична географія” (10 або 11 клас) // Шкільна географія в Україні. – К.: Хрещатик. – 1994. – С. 78-81.
205. Шевченко В.А. Медико-географическое картографирование территории Украины. – К.: Наукова думка. – 1994. – 158 с.
206. Шевченко В.О. Теоретико-методичні основи медико-географічного аналізу території України : Автореф. дис... д-ра географ. наук : 11.00.11 / Київський університет ім. Т.Шевченка. – К., 1997. – 33 с.
207. Шевченко В.О., Гуцуляк В.М. та соавт. Загальна медична географія світу. – Київ, 1998. – 178 с.
208. Шевчук Л.Т. Основи медичної географії : Текст лекцій. – Львів, 1997. – 168 с.
209. Шепотько О.Л., Прокопа І.В, Гудзинський С.О. та ін. Сільський сектор України на рубежі тисячоліть. Том 1. – К.: інститут економіки НАН України, 2000. – 396 с.

210. Шишацький В.Б, Мезенцев К.В. Використання математичного моделювання при викладенні суспільно-географічних спецкурсів // Географічна освіта в Україні. Тези доп. на наук.-практ. конф. – К., 1995. – С.23-24
211. Шищенко П.Г. Методи географічних досліджень. Географічна енциклопедія України : В 3-х томах / Редкол.: О.М. Маринич та ін. – К.: „Українська Радянська Енциклопедія” ім. М.П. Бажана, 1989-1993. – Т. 2: З-О. – 480 с.
212. Юрковский В.М. География сферы обслуживания : Учебное пособие. – Киев: УМК ВО, 1989. – 82 с.
213. Юрківський В.М. Проблеми структури і територіальної організації невиробничої сфери народного господарства Київської області // Економічна та соціальна географія: Міжвід. науков. збірн. – К., 1995. – Вип. 47. – С. 88-92.
214. Berwick D., Enthoven A., Bunker J. Quality management in the NHS : the doctor's role – 1 // British medical journal. – 1992. – V.25, January. – P. 304-308.
215. Heysse M.D., Robert M. The year book of health care management. – St. Louis : Mosby, 1991. – 238 p.
216. Holton W. Trusting in a better future : the global environment facility. (ENG includes abstract) // Environmental health perspectives. – 2000 jul. – 108 (7). – P. 9-16.
217. Kelvyn Jones, Grahan Moon. Health, Disease and Society : An introduction to Medical Geography. – Rout ledge, 1987. – 256 p.
218. Kuchuk A.A., Krzyzanowski M., Huysmans K. The application of who's health & environment geographic information system (HEGIS) in mapping environmental health risks for the European region // J. Hazardous Mater. – 1998. – V. 61. - № 1-3. – P. 287-290.
219. Medical Geography : Second Edition / Melinda S. Meade & Robert J. Earickson. – Baltimore : Univ. of Maryland Baltimore, County, 2000. – 480 p.

220. Negotiation health development : A guide for practitioners / Drager N., McClintock E., Moffitt M. – Cambridge – Geneva : Conflict management group & World Health Organization, 2000. – P.30-41.
221. Raghupathi W. Health care information systems // Commune. ACM. – 1997. – V.40. – № 8. – P. 81-82.
222. Rais Akhtar. Environment and health : Themes in Medical Geography. – Hardcover : South Asia Books, 1991. – P.5-24.
223. Residency assistance program for family practice. Developing a new residency program in family practice / Warren A., Heffron M. – Kansas City, Missouri : AAFP, 1996. – P.10-16.
224. Rick Weiss. War on Disease // National Geographic. – 2002. – February.– P.5-25.
225. Shevshuk L.T. Contamination of the Environment and Public Health: Arguments for International Collaboration / Hazardous Waste : Impacts on Human Ecological Health. Princeton Scientific Publishing Co. Inc., USA – P. 10-21.
226. Szabliij O. I., Shevshuk L.T. Regionalne osobliwosci „ wyczerpania” ludnosci Jako problema geografij medycznej (na przykladzie obwody Lwowskego) // Materialy konferencji naukowej z geografij medycznej „Zdrowie a srodowisko” (Lublin, 14-15.09. 1993) – S. 85-87.
227. The work of who in the European Region : Annual Report of the regional director world health organization. – Copenhagen : Regional office for Europe, 1990. – 174 p.

Перелік закладів НМК.

1. Лікувально-профілактичні заклади. 1.1. Лікарняні заклади.

Республіканська лікарня
 Обласна лікарня
 Центральна міська лікарня
 Територіальне медичне об'єднання
 Міська лікарня
 Центральна районна лікарня
 Районна лікарня
 Дільнична лікарня
 Українська дитяча лікарня Міністерства охорони здоров'я
 Дитяча обласна лікарня
 Дитяча міська лікарня
 Дитяче територіальне медичне об'єднання
 Дитяча районна лікарня
 Перинатальний центр із стаціонаром
 Міська лікарня швидкої медичної допомоги
 Лікарня на водному транспорті (центральна басейнова, басейнова, портова)
 Лікарня на залізничному транспорті (центральна, шляхова, відділкова, вузлова, лінійна, дитяча)
 Медичний центр
 Лікарня нафтопереробної промисловості України
 Український госпіталь інвалідів Вітчизняної війни
 Госпіталь для інвалідів Вітчизняної війни
 Український госпіталь для воїнів-інтернаціоналістів
 Медико-санітарна частина
 Спеціалізована медико-санітарна частина
 Лікарня „Хоспіс”
 Спеціалізовані лікарні
 Лікарні відновного лікування
 Дитяча інфекційна лікарня
 Дитяча дерматологічна лікарня
 Дитяча лікарня відновного лікування
 Дитяча психіатрична лікарня
 Дитяча туберкульозна лікарня
 Інфекційна лікарня
 Дерматовенерологічна лікарня
 Травматологічна лікарня
 Отоларингологічна лікарня
 Наркологічна лікарня

Офтальмологічна лікарня
 Психоневрологічна лікарня
 Психіатрична лікарня
 Туберкульозна лікарня
 Фізіотерапевтична лікарня
 Косметологічна лікарня
 Пологовий будинок
 Колгоспний пологовий будинок

1.2. Лікувально-профілактичні заклади особливого типу

Центр з профілактики та боротьби зі СНІДом
 Центр реабілітації репродуктивної функції жінки
 Українська алергологічна лікарня
 Український спеціалізований диспансер радіаційного захисту населення
 Обласний спеціалізований диспансер радіаційного захисту населення
 Міський спеціалізований диспансер радіаційного захисту населення

1.3. Диспансери

Гастроентерологічний
 Ендокринологічний
 Кардіологічний
 Дитячий кардіоревматологічний
 Лікарсько-фізкультурний
 Наркологічний
 Онкологічний
 Протитуберкульозний
 Психоневрологічний
 Трахоматозний
 Шкірно-венерологічний

1.4. Амбулаторно-поліклінічні заклади

Центральна районна поліклініка
 Міська поліклініка
 Студентська поліклініка
 Дитяча міська поліклініка
 Амбулаторія
 Пункт охорони здоров'я
 Фельдшерсько-акушерський пункт
 Український консультативно-діагностичний центр матері і дитини
 Діагностичний центр
 Жіноча консультація
 Консультація „Шлюб і сім'я”
 Фізіотерапевтична поліклініка
 Стоматологічна поліклініка
 Дитяча стоматологічна поліклініка
 Поліклініка на водному транспорті (центральна, басейнова, портова, лінійна)

Поліклініка на залізничному транспорті (центральна, дорожня, відділкова, вузлова, лінійна)

Лінійна амбулаторія на залізничному транспорті

Наркологічна амбулаторія

1.5. Заклади переливання крові, швидкої та екстреної медичної допомоги

Обласна станція переливання крові

Міська станція переливання крові

Республіканська станція переливання крові

Станція швидкої медичної допомоги

Українська станція виїзної екстреної консультативно-медичної допомоги

Територіальний центр екстреної медичної допомоги

Республіканський територіальний центр екстреної медичної допомоги

1.6. Санітарно-курортні заклади

Бальнеологічна лікарня

Грязелікарня

Дитяча бальнеологічна лікарня

Курортна поліклініка

Санаторій

Санаторій-профілакторій

Спеціалізований санаторій

Дитячий спеціалізований санаторій

Санаторій для дітей з батьками

Дитячий оздоровчий центр

2. Санітарно-профілактичні заклади.

2.1. Санітарно-епідеміологічні заклади

Центральна санітарно-епідеміологічна станція

Республіканська санітарно-епідеміологічна станція

Обласна санітарно-епідеміологічна станція

Державне обласне об'єднання захисту здоров'я населення

Міська санітарно-епідеміологічна станція

Міське територіальне медичне об'єднання „Санепідслужба”

Районна санітарно-епідеміологічна станція

Санітарно-епідеміологічна станція об'єкта з особливим режимом роботи

Протичумна станція

Дезінфекційна станція

Дезінфекційна станція з профілактичної дезінфекції

Міське об'єднання „Меддезінфекція”

Обласне об'єднання „Меддезінфекція”

Обласне об'єднання (підприємство) „Профдезінфекція”

Міське об'єднання (підприємство) „Профдезінфекція”

Санітарно-епідеміологічна станція цивільної авіації

Санітарно-епідеміологічна станція на водному транспорті (басейнова, портова, лінійна)

Санітарно-епідеміологічна станція на залізничному транспорті (Центральна санітарно-епідеміологічна станція на залізничному транспорті України, санітарно-епідеміологічна станція на залізницях, лінійні санітарно-епідеміологічні станції)

2.2. Заклади санітарної просвіти

Український центр здоров'я

Республіканський центр здоров'я

Обласний центр здоров'я

Міський центр здоров'я

Районний центр здоров'я

3. Фармацевтичні (аптечні) заклади

Аптека

Аптечна база (склад)

Контрольно-аналітична лабораторія

База (склад) медичної техніки

Магазин медичної техніки

Магазин медичної оптики

4. Інші заклади

Патологоанатомічний центр України

Республіканське патологоанатомічне бюро

Обласне патологоанатомічне бюро

Міське патологоанатомічне бюро

Обласне дитяче патологоанатомічне бюро

Головне бюро судово-медичної експертизи України

Республіканське бюро судово-медичної експертизи

Обласне бюро судово-медичної експертизи

Центр медичної статистики МОЗ України

Обласний центр медичної статистики

Молочна кухня

Авто підприємство санітарного транспорту

5. Заклади медико-соціального захисту

Обласне бюро (центр) медико-соціальної експертизи

Будинок дитини

Будинок пристарілих

Додаток 2

Заклади охорони здоров'я по районах Вінницької області
(Міністерство охорони здоров'я України) (одиниць)

	Кіл-ть лікарняних закладів	в них ліжок	Кіл-ть лікарських амбул. полікл. закладів	Планова ємність амбул.- полікл. закладів (кіл-ть відвід. за зміну)	На 10000 населення		Кіл-ть населення на одне лікарняне ліжко
					К-ть ліжок	Кіл-ть відвід. за зміну	
Вінницька область	126	14745	285	22601	81,8	125,3	122,3
м. Вінниця	7	1620	13	3210	42,1	83,4	237,6
Обласні заклади	15	4951	11	2032	х	х	х
Барський	3	365	12	700	56,0	107,4	178,6
Бершадський	8	410	14	955	57,4	133,8	174,1
Вінницький	6	380	13	770	54,8	111,1	182,4
Гайсинський	3	365	13	825	55,3	125,0	180,8
Жмеринський	5	370	10	665	43,5	78,2	229,7
Іллінецький	3	230	6	490	55,4	118,1	180,4
Калинівський	2	360	14	1160	55,6	179,0	180,0
Козятинський	5	365	13	767	48,1	101,1	207,9
Крижопільський	2	225	8	580	53,4	137,8	187,1
Липовецький	5	250	9	460	56,4	103,8	177,2
Літинський	4	235	9	336	57,3	82,0	174,5
Мог.-Подільський	10	450	13	935	61,2	127,2	163,3
Мур.Куриловецький	4	200	7	420	57,0	119,7	175,5
Немирівський	4	330	11	535	57,1	92,6	175,2
Оратівський	3	155	7	425	57,0	156,3	175,5
Піщанський	3	185	4	345	72,0	134,2	138,9
Погребищенський	3	220	11	670	56,7	172,7	176,4
Теплицький	2	200	6	318	57,1	90,9	175,0
Томашпільський	2	230	6	450	57,2	111,9	174,8
Тростянецький	4	389	7	700	60,9	109,5	164,3
Тульчинський	5	365	13	745	56,4	115,1	177,3
Тиврівський	4	270	6	795	56,8	167,4	175,9
Хмільницький	3	420	13	1008	57,6	138,3	173,6
Чернівецький	1	165	8	345	55,9	116,9	178,8
Чечельницький	2	160	6	610	56,3	214,8	177,5
Шаргородський	4	365	11	810	55,8	123,9	179,2
Ямпільський	3	265	11	540	57,0	116,1	175,5

Додаток 3.

Групування районів Вінницької області (сільська місцевість) за показником народжуваності на 2002 рік (у розрахунку на 1000 наявного населення).

Групи районів	Кількість районів	Показник народжуваності	Райони
I	6	8,8 і вище	Козятинський – 8,8 Калинівський – 9,3 Крижопільський – 8,9 Томашпільський – 8,8 Чернівецький – 9,0 Шаргородський – 10,4
II	16	7,7 – 8,7	Барський – 8,3 Бершадський – 8,5 Вінницький – 8,4 Жмеринський – 8,3 Іллінецький – 8,5 Липовецький – 7,9 Літинський – 7,9 Мог -Подільський – 7,7 Мур.-Куриловецький – 8,1 Оратівський – 8,4 Піщанський – 7,9 Тиврівський – 8,3 Тростянецький – 7,9 Хмільницький – 8,4 Чечельницький – 8,4 Ямпільський – 7,9
III	5	7,6 і менше	Гайсинський – 7,6 Немирівський – 7,2 Погребищенський – 7,4 Теплицький – 7,2 Тульчинський – 7,1

Додаток 4

**Групування районів Вінницької області за показником смертності,
2002 рік (сільська місцевість), у розрахунку на 1000 жителів.**

Групи Районів	Кількість районів	Показник смертності на 1000 чоловік	Райони
I	4	Менше 20,0	Іллінецький – 19,8 Вінницький – 16,9 Шаргородський – 17,3 Тростянецький – 19,1
II	18	20,1 – 23,0	Барський – 22,3 Бершадський – 20,7 Гайсинський – 21,7 Козятинський – 20,7 Калинівський – 20,3 Липовецький – 20,3 Літинський – 20,6 Мог.-Подільський – 21,2 Оратівський – 20,4 Піщанський – 22,5 Теплицький – 20,9 Тиврівський – 22,5 Томашпільський – 21,8 Тульчинський – 20,9 Хмільницький – 20,1 Чернівецький – 20,2 Чечельницький – 21,4 Ямпільський – 20,7
III	5	Більше 23,1	Немирівський – 23,1 Жмеринський – 23,3 Мур.-Куриловецький – 24,5 Погребищенський – 23,7 Крижопільський – 23,7

Додаток 5

**Коефіцієнти смертності з основних причин смерті по регіонах області у
2002 році.**

(на 100 тисяч наявного населення)

Райони	Всього померло	У тому числі від хвороб			
		системи кровообігу	новоутворення	нещасних випадків, отруєнь і травм	органів дихання
Вінницька область	1667,3	1156,4	183,4	126,4	65,8
Барський	1933,5	1254,5	197,7	139,4	82,7
Бершадський	1930,8	1483,1	161,0	159,6	38,1
Вінницький	1639,3	1103,6	188,4	183,0	41,7
Гайсинський	1789,1	1322,5	169,0	131,8	65,1
Жмеринський	2262,6	1753,4	210,0	137,0	73,1
Іллінецький	1727,5	1082,9	173,0	128,0	187,2
Калинівський	1765,9	1172,1	223,3	134,9	89,9
Козятинський	2031,7	1498,9	186,0	169,1	59,2
Крижопільський	2044,4	1508,6	187,7	125,9	118,5
Липовецький	1751,7	1264,2	189,1	129,8	61,5
Літинський	1926,0	1358,0	188,5	107,4	138,4
Мог.-Подільський	2055,4	1448,4	161,2	168,8	98,2
Мур.Куриловецький	2213,0	2213,0	1642,0	225,3	83,3
Немирівський	2006,8	1472,0	205,4	180,0	66,2
Оратівський	1959,4	1472,3	177,1	51,7	70,1
Піщанський	2182,2	1538,5	170,0	161,9	64,8
Погребищенський	2037,5	1450,4	185,0	107,2	45,6
Теплицький	1891,1	1406,9	203,4	120,3	63,0
Томашпільський	1893,6	1470,3	146,0	160,9	17,3
Тростянецький	1747,0	1257,7	170,2	94,6	61,5
Тулчинський	1849,6	1310,1	196,9	127,1	54,3
Тиврівський	2059,1	1463,1	249,0	173,0	46,4
Хмільницький	2013,7	1457,7	235,7	68,6	105,3
Чернівецький	1947,0	1484,1	187,3	102,5	127,2
Чечельницький	2033,5	1394,1	215,6	130,1	104,1
Шаргородський	1670,3	1179,6	176,5	105,3	109,9
Ямпільський	1875,3	1306,6	196,6	141,6	103,6
м. Вінниця	992,4	565,2	166,3	103,6	30,5
м. Жмеринка	1534,9	1024,2	182,8	142,5	56,5
Козятин (міськрада)	1378,2	923,6	134,5	120,0	25,5
Ладизин (м/р)	1000,0	559,8	123,9	64,1	68,4
Мог.Подільський	1230,3	748,5	172,7	97,0	51,5
м. Хмільник	949,8	569,9	147,0	86,0	32,3

Додаток 6

Групування районів Вінницької області за показником природного приросту в 2002 році у розрахунку на 1000 жителів (усе населення).

Групи районів	Кількість районів	Показник природного приросту	Райони
I	7	(- 9,9) і менше	Вінницький – (- 7,8) Гайсинський – (- 9,9) Іллінецький – (- 8,4) Калинівський – (- 8,4) Липовецький – (- 8,9) Тростянецький – (- 9,8) Шаргородський – (- 6,2)
II	13	від (- 10,0) до (- 11,9)	Барський – (- 11,1) Бершадський – (- 10,7) Козятинський – (- 11,2) Крижопільський – (- 11,5) Літинський – (- 11,1) Оратівський – (- 11,0) Теплицький – (- 11,3) Томашпільський – (- 10,1) Тульчинський – (- 10,5) Хмільницький – (- 11,7) Чернівецький – (- 10,3) Чечельницький – (- 11,1) Ямпільський – (- 10,7)
III	7	більше (- 12,0)	Жмеринський – (- 13,7) Мог.-Подільський – (- 13,0) Мур.-Куриловецький – (- 14,1) Немирівський – (- 12,6) Піщанський – (- 13,5) Погребищенський – (- 12,6) Тиврівський – (- 12,0)

Додаток 7.

Показники загальної захворюваності населення Вінницької області.

(на 10 тисяч населення)

	1995	2000	2003	Збільшення в % з 1995 по 2003	Середньо річний показник (1999-2003)
Вінницька обл.	13106,7	17549,9	20091,0	53,2	18632,2
Барський	10506,0	16072,4	19606,2	86,6	17534,7
Бершадський	13073,7	16104,8	19164,4	46,5	17036,2
Вінницький	15256,1	18226,7	19435,8	27,4	18771,4
Гайсинський	12289,1	18999,5	21317,2	73,4	20056,6
Жмеринський	12681,9	16711,6	19835,2	56,4	17972,4
Іллінецький	13941,2	16544,8	16301,8	16,9	16806,4
Калинівський	14080,5	16733,2	18572,7	32,0	17723,7
Козятинський	12940,8	16630,4	18534,8	43,2	17004,7
Крижопільський	11489,6	17786,4	19766,4	72,0	18512,1
Липовецький	9734,9	17554,1	19860,6	104,0	18579,9
Літинський	12608,6	18201,7	21350,1	69,3	19499,7
Мог.- Подільський	10917,2	16230,5	19002,9	74,1	16957,5
Мур-Куриловецьк.	10764,6	14929,6	17964,2	66,8	16374,2
Немирівський	13636,1	18939,3	19609,2	43,8	18723,4
Оратівський	11036,8	15852,6	18374,8	66,4	17701,7
Піщанський	13147,4	16286,1	18655,2	42,0	17070,8
Погребищенський	14838,0	20291,0	26713,2	80,0	22848,8
Теплицький	12578,9	16237,3	19428,9	54,4	19972,5
Томашпільський	12415,9	15822,9	17760,5	43,0	16324,8
Тростянецький	12117,6	14250,7	16524,6	36,3	15094,6
Тульчинський	15376,0	17489,4	20676,4	34,4	18707,6
Тиврівський	13038,7	17876,7	19250,2	47,6	18598,2
Хмільницький	13594,5	14876,7	18159,7	33,5	17000,0
Чернівецький	11397,2	14333,5	17656,4	54,9	15667,9
Чечельницький	11147,9	14828,0	14917,1	33,8	14879,7
Шаргородський	14192,9	14959,1	16960,9	19,5	15955,2
Ямпільський	10223,4	17600,7	20032,7	86,0	19221,8

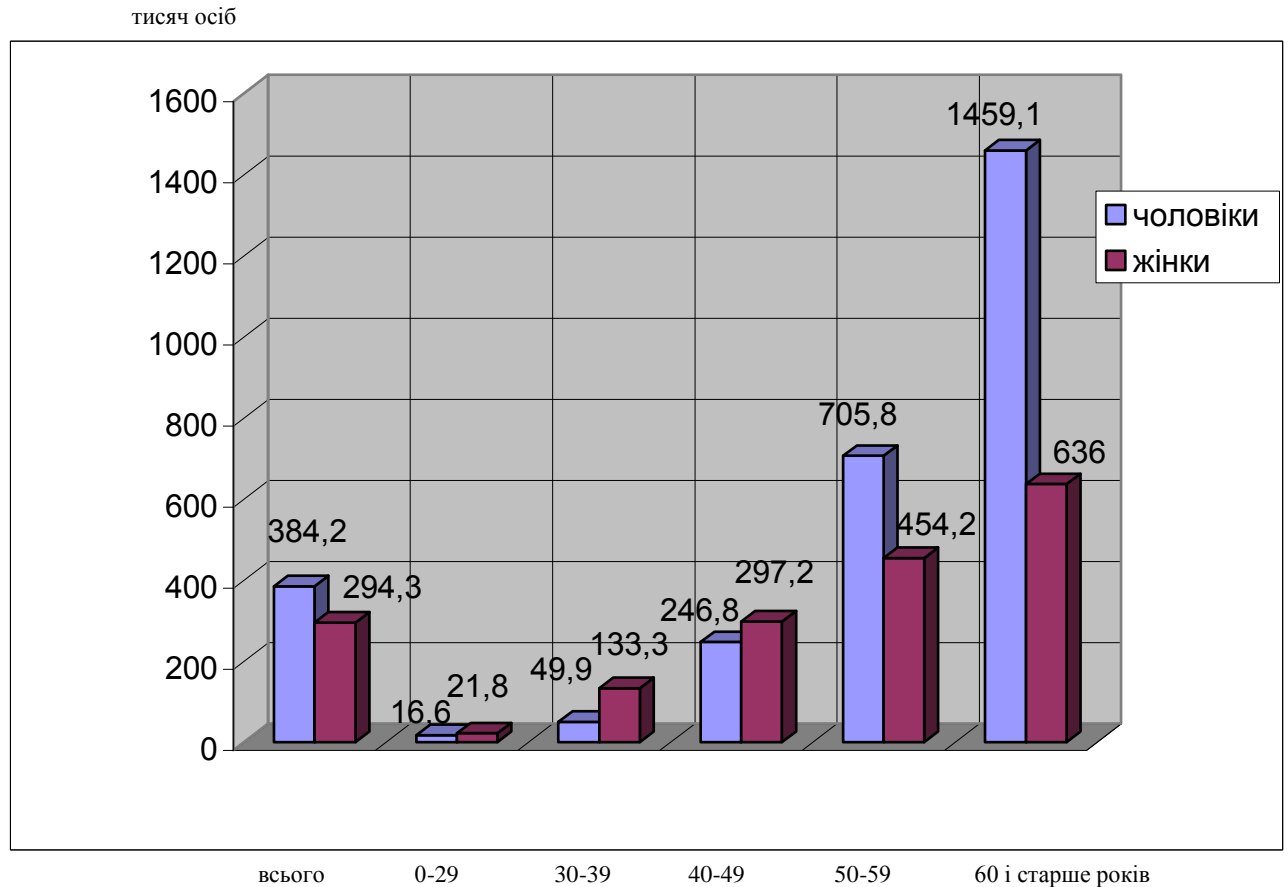
Додаток 8.

**Динаміка захворюваності населення Вінницької області за класами хвороб
(кількість уперше зареєстрованих випадків захворювань на 100 тисяч населення).**

	1990	1995	2000	2001	2002
Усі захворювання у тому числі	62043,2	64038,7	76813,9	82419,4	80599,0
Деякі інфекційні і паразитні хвороби	2199,2	2230,1	2407,3	2644,4	2600,8
Новоутворення	577,3	582,2	782,2	841,3	820,0
Хвороби крові і кровотворних. органів та окремі порушення з залученням імунного механізму	319,4	715,5	1039,1	1091,6	1059,6
Хвороби ендокринної системи, розлади харчування та поруш. обміну речовин	1149,4	1115,0	1827,9	1960,9	1980,0
Розлади психіки та поведінки	341,8	439,6	472,8	433,9	453,2
Хвороби нервової системи	6321,1	7018,3	2659,0	2922,6	2822,8
Хвороби ока та його придаткового апарату	3500,8	3610,7	3527,9
Хвороби вуха соскоподібного відростку	2327,7	2631,8	2559,2
Хвороби системи кровообігу	3605,0	3536,8	5886,3	7119,9	7738,2
Хвороби органів дихання	28891,6	27427,5	33330,8	35761,1	33925,9
Хвор. органів травлення	2468,5	3182,6	3683,7	3849,6	3717,5
Хвор. шкіри та підшкірної клітковини	3157,1	3966,8	3776,2	4196,2	4010,6
Хвор. кістково-м'язової системи та сполучної тканини	3311,8	3606,9	4168,2	4166,1	4188,0
Хвор. сечостатевої сист.	3088,6	3439,0	4401,8	4755,7	4796,5
Вагітність, пологи, післяпологовий період (на 100 тис. жінок фертильного віку 15-49 років)	5591,9	7638,2	7407,3	7879,8	7900,3
Уроджені аномалії (вади розвитку) хромосомні порушення	90,9	93,5	113,7	117,9	117,2
Травми, отруєння, наслідки дії зовнішніх причин	4777,2	4393,8	3994,5	3916,6	3939,3

Додаток 9.

**Захворюваність населення Вінницької області на злоякісні новоутворення
за статтю та віком у 2001-2002 роках
(на 100 тисяч населення відповідного віку і статі)**



Наведено чисельність хворих з уперше в житті встановленим діагнозом.

Додаток 10

Захворюваність на активний туберкульоз по районах Вінницької області
(чисельність хворих з уперше в житті встановленим діагнозом на 100 тисяч населення)

	1999	2000	2001	2002	2003
м. Вінниця	39,3	49,1	58,3	64,0	68,7
Вінницька область	45,8	55,6	60,7	65,4	69,7
Барський	50,3	27,8	64,0	59,2	47,4
Бершадський	43,2	43,6	49,1	70,1	56,9
Вінницький	63,2	115,3	84,8	110,5	166,9
Гайсинський	33,2	56,2	60,2	60,1	53,0
Жмеринський	58,5	62,7	68,8	104,3	119,3
Іллінецький	35,9	43,6	40,0	80,8	71,6
Калинівський	52,2	83,7	81,5	69,2	60,8
Козятинський	53,5	63,7	62,4	73,2	87,3
Крижопільський	56,7	45,3	58,9	61,1	54,7
Липовецький	47,1	47,5	63,2	60,9	70,9
Літинський	58,0	86,0	85,5	85,1	67,3
Мог.-Подільський	67,6	75,2	60,0	71,0	74,5
Мур.Куриловецький	39,7	25,9	42,8	54,8	46,7
Немирівський	43,0	50,6	55,6	58,8	53,0
Оратівський	39,9	33,3	43,9	43,9	63,4
Піщанський	31,0	55,1	55,8	87,5	78,3
Погребищенський	33,2	49,4	66,3	77,1	73,4
Теплицький	38,0	63,4	51,0	79,3	66,3
Томашпільський	22,2	50,1	63,7	44,1	57,2
Тростянецький	45,2	43,7	46,9	63,3	54,7
Тульчинський	52,3	70,1	56,8	52,2	65,6
Тиврівський	56,5	74,2	66,9	77,4	99,5
Хмільницький	47,9	42,8	77,8	68,0	64,5
Чернівецький	33,8	58,0	41,8	41,8	57,1
Чечельницький	42,0	31,9	47,8	36,7	41,0
Шаргородський	36,5	64,5	50,8	60,0	82,5
Ямпільський	59,7	26,0	56,8	41,9	44,6

Додаток 11.

**Захворюваність з тимчасовою втратою працездатності
(число випадків на 100 працюючих та кількість днів на 100 працюючих)
показники по районах Вінницької області.**

	2002	2002	2003	2003
	випадки	кільк. днів	випадки	кільк. днів
м. Вінниця	86,00	1133,92	91,26	1128,51
Вінницька область	29,19	398,26	32,14	425,28
Барський	23,35	292,82	23,68	295,11
Бершадський	16,88	262,94	19,39	311,62
Вінницький	25,50	384,45	24,96	370,61
Гайсинський	24,34	332,19	26,74	349,43
Жмеринський	23,89	326,87	25,80	359,59
Іллінецький	30,10	442,46	31,41	462,01
Калинівський	32,29	369,97	30,69	367,69
Козятинський	31,63	379,54	32,17	402,58
Крижопільський	22,03	295,44	29,57	362,67
Липовецький	23,48	304,81	24,18	319,23
Літинський	19,03	262,64	17,88	244,71
Мог.-Подільський	34,89	437,09	40,22	516,69
Мур.Куриловецький	20,42	311,07	31,82	412,31
Немирівський	23,26	361,22	26,13	377,96
Оратівський	17,37	220,376	19,67	237,77
Піщанський	20,63	321,68	22,69	338,26
Погребищенський	13,59	187,34	13,71	189,28
Теплицький	13,92	235,80	11,51	187,88
Томашпільський	22,55	367,89	24,02	349,48
Тростянецький	21,65	269,51	28,37	374,56
Тульчинський	18,89	279,13	20,47	293,70
Тиврівський	25,59	352,21	39,47	492,77
Хмільницький	19,27	227,65	20,59	249,40
Чернівецький	10,14	168,30	10,73	192,13
Чечельницький	11,45	151,98	8,74	123,27
Шаргородський	18,49	287,72	22,45	369,82
Ямпільський	20,50	258,00	21,64	256,83

Додаток 12

**Перелік показників, що використовувались при розрахунках рівнів
соціально-економічного розвитку районів Вінницької області
(2002 рік)**

1. Індекси промислової продукції у %.
2. Виробництво товарів народного споживання, частка в загальному обласному виробництві, %.
3. Посівні площі с/г культур (тис. га).
4. Інвестиції у основний капітал (тис. грн.).
5. Введення в експлуатацію житлових будинків в м² загальної площі.
6. Кількість підприємств роздрібною торгівлі (одиниць).
7. Обсяг вироблених послуг підприємствами сфери послуг (млн. грн.).
8. Рівень зареєстрованого безробіття в %.
9. Середньомісячна заробітна плата працівників (грн.).
10. Забезпеченість населення житлом на одного жителя м² загальної площі.
11. Кількість дошкільних закладів (одиниць).
12. Кількість загальноосвітніх навчальних закладів (одиниць).
13. Заклади культури та мистецтв (музеї, бібліотеки, кіноустановки, клуби).
14. Книжковий фонд бібліотек (примірників).
15. Забезпеченість лікарями усіх спеціальностей на 10 тис. чол.
16. Забезпеченість середнім медичним персоналом на 10 тис. чол..
17. Кількість амбулаторно-поліклінічних закладів (одиниць)
18. Кількість лікарняних закладів (лікарні, амбулаторії, ФАП) у сільській місцевості.
19. Надання субсидій населенню по житлово-комунальним послугам та газу (тис. грн.).
20. Кількість приватних автомобілів у приватній власності (одиниць).
21. Кількість домашніх телефонних апаратів.
22. Оптовий товарообіг (тис. грн.).
23. Роздрібний товарообіг (тис. грн.).

Додаток 12 (продовження)

24. Кількість дитячих оздоровчих закладів з сезонним режимом роботи.
25. Кількість селянських фермерських господарств.
26. Будівельні та монтажні роботи у тис. грн.
27. Реалізація послуг в розрахунку на одного чоловіка (грн.)
28. Зайнятість населення, середньорічна кількість працівників (тис. чол.).
29. Придатність до військової служби в %.
30. Забезпеченість лікарняними ліжками (на 10 тис. чол.).

		1	2	3	4	5	6
	Вінницька область	64,0	100	1233,2	319492	273467	3383
1	Барський	44,3	3,6	40,0	7328	9276	119
2	Бершадський	131,6	3,3	70,4	11576	10750	134
3	Вінницький	99,7	4,5	33,5	17340	31955	154
4	Гайсинський	39,1	2,6	52,	6397	6854	118
5	Жмеринський	86,3	1,8	40,7	1798	3098	33
6	Іллінецький	90,9	3,6	43,9	4559	11810	88
7	Калинівський	129,7	4,3	53,5	8647	4472	125
8	Козятинський	134,9	1,8	66,5	7587	5163	40
9	Крижопільський	66,2	2,0	44,7	4035	6143	76
10	Липовецький	43,8	1,1	53,0	7889	11647	107
11	Літинський	57,4	1,9	34,0	6033	3409	72
12	Мог.-Подільський	148,9	0,4	33,0	2576	3898	80
13	Мур.-Куриловецький	31,2	0,3	28,6	1906	1905	71
14	Немирівський	394,7	15,6	63,7	31374	12513	190
15	Оратівський	1,4	0,0	46,4	2104	3325	78
16	Піщанський	20,5	0,0	23,3	1446	1492	32
17	Погребищенський	41,9	1,0	65,2	2483	933	110
18	Теплицький	12,9	0,3	48,5	4424	4188	66
19	Тиврівський	28,4	0,1	36,9	4226	4841	92
20	Томашпільський	44,5	1,7	44,3	6942	6636	81
21	Тростянецький	43,4	2,3	46,9	5735	4387	76
22	Тульчинський	56,2	6,2	50,3	8971	9839	98
23	Хмільницький	24,7	1,1	63,3	3417	4390	64

Додаток 12 (продовження)

		1	2	3	4	5	6
24	Чернівецький	6,1	0,0	29,7	1873	3125	60
25	Чечельницький	56,8	0,6	22,5	1533	1348	36
26	Шаргородський	95,6	1,8	54,1	4906	9981	145
27	Ямпільський	37,4	1,0	43,1	2101	3577	55
	м. Вінниця	51,2	27,2	0,2	82411	63713	580
	м. Жмеринка	142,9	1,3	-	3899	5569	109
	м. Козятин	-	4,6	-	1546	1901	139
	м. Ладижин	-	1,4	-	3349	4880	25
	м. Мог.-Подільський	60,4	0,9	-	12633	5216	58
	м. Хмільник	132	1,7	-	8435	11173	72

		7	8	9	10	11	12
	Вінницька область	692,1	4,4	265	24,7	673	1068
1	Барський	1,6	5,2	202	25,3	24	41
2	Бершадський	5,8	4,1	190	31,1	44	42
3	Вінницький	7,5	3,2	275	24,7	12	49
4	Гайсинський	6,4	5,8	121	28,4	23	39
5	Жмеринський	-	3,3	197	27,1	14	41
6	Іллінецький	0,6	5,5	214	26,1	30	41
7	Калинівський	7,0	4,5	221	25,4	20	40
8	Козятинський	2,4	3,4	242	30,4	21	44
9	Крижопільський	4,1	5,7	228	28,1	26,29	
10	Липовецький	2,4	5,7	202	28,1	15	37
11	Літинський	2,2	6,3	184	28,1	15	40
12	Мог.-Подільський	0,7	4,6	206	24,9	23	41
13	Мур.-Куриловецький	1,5	5,1	174	27,6	14	38
14	Немирівський	2,9	5,2	233	28,5	24	61
15	Оратівський	1,0	6,3	181	32,2	15	31
16	Піщанський	1,0	5,3	180	26,2	13	19
17	Погребищенський	1,7	4,3	197	29,0	14	43
18	Теплицький	0,7	4,7	174	20,1	27	30

19	Тиврівський	2,1	5,5	224	26,1	28	38
-----------	-------------	-----	-----	-----	------	----	----

Додаток 12 (продовження)

		7	8	9	10	11	12
20	Томашпільський	1,5	3,2	226	26,5	26	25
21	Тростянецький	1,1	7,3	215	27,8	24	26
22	Тульчинський	5,5	3,1	199	26,4	38	38
23	Хмільникський	0	1,8	168	31,6	37	50
24	Чернівецький	0,5	6,6	160	29,3	7	23
25	Чечельницький	0,6	5,8	177	30,0	15	18
26	Шаргородський	2,8	4,7	175	25,2	17	42
27	Ямпільський	3,1	5,3	208	25,4	24	30
	м. Вінниця	122,1	3,8	358	17,4	52	44
	м. Жмеринка	154		314	19,0	7	7
	м. Козятин	4,8		526	19,2	6	7
	м. Ладижин	212,2	10,8	459	29,0	9	5
	м. Мог.-Подільський	0,9		275	20,0	6	5
	м. Хмільник	29,4		281	21,3	3	4

		13	14	15	16	17	18
	Вінницька область	3093	1054	42,8	101,2	297	1193
1	Барський	158	1288	24,3	74,1	13	55
2	Бершадський	135	1064	23,7	97,6	16	41
3	Вінницький	92	984	30,9	64,0	13	47
4	Гайсинський	123	971	27,1	99,0	13	48
5	Жмеринський	132	1507	26,7	77,2	11	55
6	Іллінецький	104	1284	22,6	96,2	6	44
7	Калинівський	102	935	25,0	73,6	13	48
8	Козятинський	135	1518	24,3	87,0	14	67
9	Крижопільський	89	1048	23,4	82,0	8	33
10	Липовецький	106	1220	23,0	84,2	9	42
11	Літинський	107	1292	23,8	73,5	9	55
12	Мог.-Подільський	135	1715	28,1	81,1	14	51
13	Мур.-Куриловецький	128	1073	22,2	74,3	7	46

14	Немирівський	170	1502	24,5	70,0	11	76
15	Оратівський	95	1827	16,4	89,3	7	39

Додаток 12 (продовження)

		13	14	15	16	17	18
16	Піщанський	58	1352	18,0	67,3	5	23
17	Погребищенський	138	1717	29,1	97,3	12	55
18	Теплицький	113	1339	22,6	90,3	6	41
19	Тиврівський	92	1138	22,8	62,7	6	45
20	Томашпільський	86	975	22,6	78,0	6	27
21	Тростянецький	80	1305	24,0	86,0	7	32
22	Тульчинський	101	949	27,1	82,0	13	42
23	Хмільницький	146	1507	33,6	98,0	13	64
24	Чернівецький	78	1573	21,6	83,6	7	25
25	Чечельницький	61	1480	20,5	88,6	5	22
26	Шаргородський	129	832	15,8	69,1	11	43
27	Ямпільський	85	1198	24,0	75,4	12	27
	м. Вінниця	74	715	55,2	78,1	18	-
	м. Жмеринка	3	225	29,8	85,5	-	-
	м. Козятин	8	203	-	-	-	-
	м. Ладижин	10	471	-	-	-	-
	м. Мог.-Подільський	12	372	-	-	--	-
	м. Хмільник	8	313	-	-	-	-

		19	20	21	22	23	24
	Вінницька область	34548,9	174421	212221	1720779,5	1014658	350
1	Барський	1034,4	4864	5384	7765,7	21411	12
2	Бершадський	1303,8	8816	6466	3066,6	21956	17
3	Вінницький	1068	6399	77544	61867,4	44924	21
4	Гайсинський	1617,8	6555	9033	1032,9	23761	2
5	Жмеринський	1602,6	6411	8136	3228,7	5287	1
6	Іллінецький	1392,7	3150	4811	3881,9	9925	10
7	Калинівський	1051,3	5193	3984	16176,5	10498	16

8	Козятинський	887,4	5577	6543	46545,9	12245	17
9	Крижопільський	718,4	5049	4449	2709,8	19368	5
10	Липовецький	1015,8	3628	4921	2304,6	17840	16
11	Літинський	1650	3327	3744	9326,9	10638	11

Додаток 12 (продовження)

		19	20	21	22	23	24
12	Мог.-Подільський	919	8829	7861	804,4	9284	19
13	Мур.-Куриловецький	1036,4	2651	3206	3012,2	9262	8
14	Немирівський	2181	6276	6090	173429,0	30325	9
15	Оратівський	931,4	2096	2665	1612,1	5271	9
16	Піщанський	617	2116	2713	601,8	5751	6
17	Погребищенський	1291,1	2346	3253	7380,6	8366	15
18	Теплицький	1073	3266	2716	1712,6	6734	15
19	Тиврівський	765,9	5074	4973	3030,7	6405	10
20	Томашпільський	970,3	3496	6032	8173,6	12294	17
21	Тростянецький	1049	6783	7891	10128,2	16364	7
22	Тульчинський	1589,7	6369	8124	786,0	20859	2
23	Хмільницький	1251,8	6617	5857	-	5058	32
24	Чернівецький	842,7	1896	2056	129,8	10095	1
25	Чечельницький	889,9	2469	3760	135,1	8449	16
26	Шаргородський	1928,9	5889	5053	6952,3	21103	29
27	Ямпільський	498,7	4263	4956	3389,5	10035	7
	м. Вінниця	2143,1	45016	1438173,9		544540	5
	м. Жмеринка	140,9	-	-		21543	1
	м. Козятин	177,2	-	-		22368	4
	м. Ладижин	285,5	-	-		15617	1
	м. Мог.-Подільський	357,8	-	-		11880	6
	м. Хмільник	326	-	-		15202	3

		25	26	27	28	29	30
	Вінницька область	1190	175606	96	461,6	72,0	79,8
1	Барський	44	3109	20	15,0	68,6	56,0
2	Бершадський	102	6391	48	18,7	64,4	57,5

3	Вінницький	71	11902	15	14,3	81,5	51,1
4	Гайсинський	29	4503	58	16,7	69,3	56,2
5	Жмеринський	32	1474	-	9,5	73,2	61,3
6	Іллінецький	21	1889	8	10,9	85,4	54,1
7	Калинівський	19	4392	20	16,5	74,4	46,9

Додаток 12 (продовження)

		25	26	27	28	29	30
8	Козятинський	81	3083	27	12,8	75,0	51,9
9	Крижопільський	87	1442	52	11,3	69,1	55,0
10	Липовецький	84	5420	22	10,3	78,6	56,2
11	Літинський	18	3511	28	8,5	67,7	55,6
12	Мог.-Подільський	35	1746	-	8,3	76	61,4
13	Мур.-Куриловецький	33	1095	12	6,6	69,5	61,0
14	Немирівський	80	19101	19	15,0	68,5	55,4
15	Оратівський	33	1568	32	7,4	70,4	43,9
16	Піщанський	22	987	40	6,1	66,9	59,7
17	Погребищенський	26	1373	25	10,2	73,0	58,3
18	Теплицький	62	2164	20	8,4	63,1	53,8
19	Тиврівський	34	2018	22	10,8	69,3	56,1
20	Томашпільський	33	2350	23	11,7	81,1	51,5
21	Тростянецький	19	2649	35	12,5	77,3	52,4
22	Тульчинський	52	3024	27	16,3	74,3	56,1
23	Хмільницький	61	1925	-	12,6	74,2	58,3
24	Чернівецький	16	1280	11	6,9	66,8	47,1
25	Чечельницький	22	1390	14	5,7	77,2	58,8
26	Шаргородський	57	3387	31	13,9	69,6	53,9
27	Ямпільський	17	695	40	10,3	80,4	55,6
	м. Вінниця	-	29469	124	106,6	68,2	33,8
	м. Жмеринка	-	2153	237	14,0	-	-
	м. Козятин	-	1096	86	13,0	-	-
	м. Ладижин	-	2008	192	6,9	75,1	64,0
	м. Мог.-Подільський	-	12378	29	8,2	-	-
	м. Хмільник	-	4618	404	5,7	-	-

Показники у переліку під номерами 15, 16, 17, 18, 24, 30, та дані додатків 12, 13, 14 – використовувались для розрахунків рівня розвитку медичного обслуговування (*Smd*) Вінницької області/

Додаток 13

Мережа та перелік закладів РМК у Вінницькій області на 01.01.2003 року*

№	Райони	Заклади РМК та їх кількість					
		Дільничні лікарні	Амбулаторії	ФАП	Міські лікарні	Центр. районні лікарні	Районні лікарні
		1	2	3	4	5	6
1	Вінницька область	48	168	967	12	27	8
2	Барський	1	10	45	1	1	-
3	Бершадський	7	7	27	-	1	-
4	Вінницький	3	7	36	1	1	1
5	Гайсинський	-	10	38	-	1	-
6	Жмеринський	3	4	46	1	1	-
7	Іллінецький	1	4	40	1	1	-
8	Калинівський	1	13	33	-	1	-
9	Козятинський	1	9	57	1	1	1
10	Крижопільський	2	6	26	-	1	-
11	Липовецький	3	5	35	1	1	-
12	Літинський	3	5	47	-	1	-
13	Мог.-Подільський	5	3	43	1	1	-
14	Мур.-Куриловецький	3	4	39	-	1	-
15	Немирівський	1	8	68	1	1	1
16	Оратівський	2	4	33	-	1	-
17	Піщанський	2	1	19	-	1	-
18	Погребищенський	1	9	44	-	1	1
19	Теплицький	1	4	35		1	-
20	Тиврівський	1	2	40	2	1	-
21	Томашпільський	-	4	22	1	1	-
22	Тростянецький	1	4	27	1	1	1
23	Тульчинський	2	7	30	1	1	1
24	Хмільницький	1	10	53	-	1	1
		1	2	3	4	5	6

*
Складено за [№ 62, 111, 132, 135]

25	Чернівецький	-	8	18	-	1	
26	Чечельницький	-	5	17	-	1	1
27	Шаргородський	3	7	33	-	1	
28	Ямпільський	2	8	16	-	1	

Додаток 13 (продовження)

№	Райони	Заклади РМК та їх кількість						
		Дитячі лік.	Диспансери	Відділ. швидкої доп.	Санаторії та пансіон.	Дитячі оздоров. табори	ОЗ матері і дитини	
							ж	д
		1	2	3	4	5	6	7
1	Вінницька область	2	4	46	31	350	77	161
2	Барський			2	1	12	3	6
3	Бершадський			1	-	17	2	2
4	Вінницький			3	7	26	6	13
5	Гайсинський	1	1	1	1	2	2	1
6	Жмеринський			1	2	2	2	2
7	Іллінецький			2	-	10	2	2
8	Калинівський			1	-	16	5	14
9	Козятинський		1	2	1	21	2	10
10	Крижопільський			1	2	5	1	3
11	Липовецький			2	-	16	2	2
12	Літинський			2	-	11	3	6
13	Мог.-Подільський	1	2	2	3	25	2	7
14	Мур.-Куриловецький			1	-	8	1	5
15	Немирівський			3	2	9	3	11
16	Оратівський			1	-	9	1	1
17	Піщанський			1	-	6	1	4
18	Погребищенський			1	-	15	2	2
19	Теплицький			1	-	15	2	6
20	Тиврівський			3	2	10	3	4
21	Томашпільський			2	-	17	2	2
		1	2	3	4	5	6	7
22	Тростянецький			3	2	8	3	7
23	Тульчинський			3	2	2	4	12
24	Хмільницький			1	6	35	3	9
25	Чернівецький			1	-	1	1	7
26	Чечельницький			2	-	16	2	3
27	Шаргородський			1	-	29	4	11
28	Ямпільський			1	-	7	1	1

Додаток 14

Динаміка змін медичних кадрів по районах Вінницької області

№	Райони	Забезпеченість лікарями усіх спеціальностей (на 10 тис. населення)				
		1999	2000	2001	2002	2003
	Вінницька область	42,2	42,7	42,9	42,8	43,7
1	Барський	23,9	24,0	24,1	24,3	25,1
2	Бершадський	24,9	24,7	24,0	23,7	23,3
3	Вінницький	34,9	36,2	33,8	30,8	31,1
4	Гайсинський	32,0	30,6	27,9	27,0	27,5
5	Жмеринський	20,6	24,6	23,9	26,7	26,9
6	Іллінецький	26,5	26,5	24,1	22,6	23,4
7	Калинівський	27,9	27,5	25,9	24,9	25,7
8	Козятинський	21,7	25,1	23,2	24,3	23,3
9	Крижопільський	23,5	24,5	23,5	23,5	24,4
10	Липовецький	28,2	27,5	25,4	23,0	25,2
11	Літинський	26,1	25,9	24,2	23,9	23,5
12	Мог.-Подільський	32,5	31,6	29,5	28,1	27,6
13	Мур.Куриловецький	20,5	22,0	21,1	22,2	21,5
14	Немирівський	28,4	26,8	26,0	24,5	24,5
15	Оратівський	19,2	20,2	18,7	16,5	16,0
16	Піщанський	22,2	21,0	18,7	17,9	19,6
17	Погребищенський	30,4	31,0	30,0	29,1	28,4
18	Теплицький	26,3	26,3	23,9	22,6	22,2
18	Томашпільський	21,6	21,6	21,0	22,0	20,1
20	Тростянецький	26,0	27,1	26,7	27,1	26,8
21	Тулчинський	28,3	29,7	29,3	27,2	27,2
22	Тиврівський	25,9	24,4	23,0	22,8	22,7
23	Хмільницький	34,8	35,0	33,0	33,6	33,8
24	Чернівецький	21,7	22,0	21,0	21,6	24,0
25	Чечельницький	21,1	21,8	19,6	20,6	21,2
26	Шаргородський	18,2	17,6	16,6	15,8	16,3
27	Ямпільський	25,2	25,4	25,5	23,9	23,9
	м. Вінниця	48,6	48,2	47,0	55,2	52,2

Додаток 15

Динаміка змін медичних кадрів по районах Вінницької області

№	Райони	Забезпеченість середнім медичним персоналом (на 10 тис. населення)				
		1999	2000	2001	2002	2003
	Вінницька область	193,5	102,4	102,0	101,2	102,6
1	Барський	153,1	78,3	72,8	73,0	74,1
2	Бершадський	209,2	110,9	106,4	97,6	97,3
3	Вінницький	151,2	78,0	69,0	63,8	64,2
4	Гайсинський	207,5	110,6	98,5	99,0	98,4
5	Жмеринський	222,9	74,0	69,4	77,2	74,4
6	Іллінецький	203,3	109,6	102,1	96,2	95,2
7	Калинівський	163,8	86,8	81,1	73,6	73,3
8	Козятинський	166,5	105,0	87,2	87,0	90,3
9	Крижопільський	150,4	82,0	78,7	82,0	80,1
10	Липовецький	198,2	102,5	84,0	84,2	79,0
11	Літинський	152,6	83,0	75,0	73,5	75,7
12	Мог.-Подільський	167,4	92,5	83,3	81,1	80,0
13	Мур.Куриловецький	152,2	88,0	77,0	74,3	76,6
14	Немирівський	167,3	85,0	77,2	70,0	71,2
15	Оратівський	183,2	100,7	99,6	89,3	82,1
16	Піщанський	173,2	86,0	70,2	67,3	71,8
17	Погребищенський	171,8	97,8	96,5	97,3	103,5
18	Теплицький	213,6	113,2	98,0	90,3	92,2
18	Томашпільський	158,9	89,0	84,6	78,0	76,1
20	Тростянецький	174,0	95,1	90,0	85,6	86,9
21	Тулчинський	164,1	90,3	85,2	81,8	85,0
22	Тиврівський	135,8	70,4	65,8	62,7	62,8
23	Хмільницький	197,0	106,2	97,6	97,7	96,0
24	Чернівецький	161,9	92,0	85,3	83,6	81,8
25	Чечельницький	175,5	92,4	92,7	88,6	86,6
26	Шаргородський	133,6	74,4	64,6	69,1	67,1
27	Ямпільський	165,1	85,2	83,3	75,4	74,5
	м. Вінниця	147,2	74,0	68,3	77,8	79,4