

здоров'я пожилого населення. Сьогодні уже общепризнано, що розвита система ПМСП дає кращі показники здоров'я пожилого населення при менших затратах і більшій високій общественній задоволеності медичною допомогою. Багато проблем геріатрії можуть бути розв'язані при створенні стійкої системи ПМСП. Тому в Казахстані, як і в усьому світі, продовжується процес удосконалення і зміцнення цієї служби, головним напрямком якого є орієнтація на потреби населення в цілому і кожної родини окремо. При цьому лікар загальної практики (ВОП) є ключовим ланкою в організації реабілітації і лікування пожилого людини, що особливо актуально в сільській місцевості.

Вивчено досвід реформування ПМСП в сільському районі шляхом створення пунктів ВОП на прикладі Ескельдінської ЦРБ Алматинської області Казахстану. Ескельдінський район є адміністративною територіальною одиницею в центрі Алматинської області. Площа: 4300 км²; адміністративний центр — село Карабулак; населення: більше 51 000 осіб, 11 % з яких складають люди старше 60 років. Процес реорганізації участкової служби на основі впровадження пунктів ВОП відбувався в декілька етапів в період 2014–2016 рр.:

1-й етап — навчання співробітників участкової служби. Усього за цей період було навчено 32 фахівця;

2-й етап — створення нормативної бази реформування участкової служби Ескельдінського району;

3-й етап — формування пунктів ВОП на території Ескельдінського району.

В результаті зонирования було організовано 30 пунктів, в склад кожного з них увійшли ВОП і 3 медсестри. Розподіл пунктів відбувався за територіально-сімейним принципом;

4-й етап — реорганізація інфраструктури поліклініки: додаткове оснащення кабінетів ВОП з урахуванням зміненого профілю пункту і функціональних обов'язків;

5-й етап — внесення відповідної інформації по новим створеним пунктам ВОП в бази республіканських порталів;

6-й етап — зміна бази електронного документообігу в ЦРБ;

7-й етап — інформаційне супроводження пацієнтів по зміні категорії і персоналу пунктів.

В результаті була створена система ПМСП, найбільш повно відповідає вимогам часу, державними програмами реформування охорони здоров'я і найбільш задовольняє потреби пожилого сільського населення.

ШЛЯХИ ПОКРАЩАННЯ ЯКОСТІ НАДАННЯ ДОПОМОГИ ВЕТЕРАНАМ ВІЙНИ У КИЇВСЬКОМУ МІСЬКОМУ КЛІНІЧНОМУ ШПИТАЛІ ІНВАЛІДІВ ВЕЛИКОЇ ВІТЧИЗНЯНОЇ ВІЙНИ

Л. М. Зачек, Г. В. Ярмошук

Київський міський клінічний шпиталь інвалідів Великої Вітчизняної війни

Досягнення шпиталю:

- основні планово-статистичні показники шпиталю виконано;
- шпиталь працював позитивно у 2012, 2013 рр., план ліжко-днів у 2014 р. виконано на 96 %;
- продовжувалась робота з оснащення шпиталю медичним обладнанням та побутовою технікою (телевізорами, холодильниками) за рахунок благодійних акцій;
- кожне відділення самостійно підтримувало робочий санітарно-побутовий стан у приміщеннях за власні кошти працівників.

Недоліки:

- обмежене бюджетне фінансування;
- на догоспітальному етапі відзначено формальне проведення профоглядів та диспансеризації, відсутність аналізу щодо відбору хворих за медичними показаннями (оформлення виписок з амбулаторної карти зі слів родичів, унаслідок чого у виписках відсутня інформація про важливу для стаціонару патологію);
- збільшення частки планових повторних направлень на госпіталізацію лікарями, відповідальними за роботу з ветеранами війни в РУОЗах;
- відсутність автоматизованої програмної бази обробки статистичної інформації;
- недостатня укомплектованість кадрами лікарського та середнього медичного персоналу майже у всіх відділеннях (причина: важка патологія та старечий вік пацієнтів, низька зарплата, віддаленість від міста, відсутність житла).

Пропозиції:

1. Відповідно до нормативних документів щодо реформування системи охорони здоров'я у м. Києві упорядкувати Порядок госпіталізації ветеранів війни, учасників бойових дій, учасників АТО до шпиталю.

2. На рівні РУОЗів посилити контроль за діяльністю лікарів, відповідальних за роботу з ветеранами війни, учасниками бойових дій, учасниками АТО, організацією їхньої диспансеризації та медичної реабілітації.
3. Надавати медичну допомогу ветеранам відповідно до Локальних протоколів медичної допомоги згідно з нозологіями (клінічними маршрутами пацієнтів) в шпиталі.
4. Здійснювати контроль перевірки знань з ЕТН лікарів та правильності заповнення листка непрацездатності з дотриманням вимог Інструкції про порядок заповнення листка непрацездатності від 03.11.2004 р. № 532.
5. Дотримуватись вимог постанови КМУ від 13.03.2013 р. № 333 щодо призначення наркотичних засобів.
6. Через недофінансування та обмежену доставку (обмежене забезпечення) продуктами харчування постачальниками передбачити розробку альтернативної картотеки блюд дієтичного харчування.
7. Оновити заявки до ДООЗ на придбання необхідного медичного обладнання.
8. Укомплектувати вакантні ставки фізичними особами (заявки до ДООЗ щодо потреби у молодих спеціалістах, співпраця з Оболонським центром зайнятості).
9. Розробити та затвердити Положення про дотримання лікарської таємниці.
10. Керівникам структурних підрозділів звернути особливу увагу на ведення документації (папок завідувачів відділень) у контексті підготовки до чергової акредитації шпиталю.
11. Провести на базі шпиталю для лікарів виїзний цикл ТУ "Фармакотерапія внутрішніх захворювань у похилому та старечому віці" кафедри терапії та геріатрії НМАПО ім. П. Л. Шупика для підвищення кваліфікації лікарів.

ДЕМОГРАФИЧЕСКОЕ СТАРЕНИЕ КАЗАХСТАНА

А. Игисенова

Казахский национальный медицинский университет им. С. Д. Асфендиярова, Алматы

Динамика численности населения Казахстана характеризуется тенденцией к увеличению, и на начало 2015 г. численность населения составила 17 417 673 человек, что на 977 549 человек больше, чем в 2010 г. (на 5,6 %). Доля мужчин и женщин в общей численности населения республики в начале 2015 г. составила соответственно 48,3 и 51,7 %.

Казахстан вступил в фазу старения, при этом доля людей в возрасте 60 лет и старше в общей численности населения достигла 10,5 % к 2015 г. по сравнению с 9,2 % в 1989 г., а доля лиц в возрасте 65 лет и старше увеличилась с 5,6 % (1989 г.) до 6,8 % к началу 2015 г.

В структуре населения по полу по-прежнему удельный вес женщин — 54,3 % (г. Алматы) и 51,7 % (республика) остается выше, чем мужчин (45,7 % и 48,3 %). Анализ соотношения полов во всех возрастах свидетельствует о том, что до 20 лет удельный вес мужчин превышает удельный вес женщин. В возрасте старше 20 лет преобладает доля женщин по сравнению с долей сверстников-мужчин. "Перевес" удельного веса женщин над долей мужчин объясняется в значительной мере различиями в возрастной смертности и меньшей продолжительности жизни почти от всех причин смерти мужского населения. Доля мужчин с возрастом сокращается и к 80 годам становится в три раза меньше аналогичной женской группы.

Изменения уровня рождаемости могут омолаживать возрастной состав, например, в Южно-Казахстанской области. Здесь отмечается непрерывное повышение уровня рождаемости (доля детей составила 33,4 %), лиц 60 лет и старше — 6,4 %, а численность населения увеличилась на 32,5 % по сравнению с 1999 г.

Напротив, изменения уровня рождаемости в сторону уменьшения в Северо-Казахстанской области способствовали постарению населения (доля детей составила 19,5 %, доля пожилых равнялась 15,2 %) и снижению численности населения за тот же период времени на 19,6 %. Последние тенденции снижения численности населения отмечены в Акмолинской, Западно-Казахстанской, Карагандинской, Кустанайской, Павлодарской и Восточно-Казахстанской областях.

В результате были установлены следующие типы возрастных структур:

1) прогрессивный, обладающий большей долей детей, чем долей лиц 50 лет и старше в численности населения, соответствует мужскому населению г. Алматы, городскому мужскому населению республики, а также городскому женскому населению до 2000 г.;

2) стационарный, в котором почти уравновешены доли детских и старческих возрастных групп, соответствует городскому населению в республике; 3) регрессивный, в котором преобладает доля возрастной группы 50 лет и старше над долей детей, характерен для женского населения Алматы и городского женского населения республики (с 2000 г.).