

ОЦІНКА ТЕРИТОРІАЛЬНОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ СОЦІАЛЬНО-КУЛЬТУРНОЇ СФЕРИ ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Зроблена оцінка територіальної організації закладів охорони здоров'я Львівської області та розроблено типологію районів за рівнем розвитку медичних закладів.

N.M. Kysil – USUFWT

Estimation of territorial organization of social cultural sphere in Lviv region

The estimation of territorial organization of health protection in Lviv region has been carried out. Regions typology of medical establishments has been developed.

У той час, коли Україна обрала курс ринкових реформ, одним із ключових моментів якого є розвиток соціально-орієнтованої ринкової економії, важливого значення набуває оцінка розвитку основних галузей соціально-культурної сфери, діяльність яких спрямована на покращання освітнього, культурного рівня населення та стану його здоров'я.

Серед галузей соціально-культурної сфери особливе місце займає охорона здоров'я. Головним фактором, що впливав на розвиток її закладів, в першу чергу, було фінансове забезпечення, яке продовжує залишатися вкрай низьким. Незважаючи на це, в адміністративних районах області вдалося зберегти мережу її закладів.

Львівська обл. знаходиться на третьому місці серед областей України за забезпеченістю лікарями (53 лікарі на 10000 населення) середнім, медичним персоналом – на восьмому (115 осіб на 10000 населення), лікарняними ліжками – на шостому (100 ліжок на 10000 населення). Обласний рівень цих показників перевищує аналогічні по Україні (окрім показника кількості ліжок на 10000 населення) [1, ст. 338; 2, ст. 5].

Значний вплив на розвиток закладів охорони здоров'я мають як матеріально-технічна база, так і її потужності, характеристики яких можуть дати зміни показників кількості лікарняних установ та лікарняних ліжок у медичних закладах, а також кількості амбулаторно-поліклінічних установ та кількості відвідувань їх на зміну населенням. У 1999 р. для лікувальних закладів Львівської обл. характерними стали зміни як кількості лікарень, так і їх потужностей у сторону зниження порівнянн з 1998 р., хоча у порівнянні з 1990 відбулося їх зростання. Але до таких змін не завжди можна ставитися однозначно. Так, зниження цих показників можна вважати, з одного боку, негативним явищем, але з іншого – навіть виникає необхідність у такій зміні, що пояснюється значущістю переходу до зменшення обсягу госпіталізації та штатів на користь дешевшої ланки – амбулаторно-поліклінічної. Оцінка показників розвитку амбулаторно-поліклінічних установ вказує на збільшення кількості осіб, яким була надана медична допомога (як амбулаторно, так і на виїздах швидкої медичної допомоги) як в натуральному значенні цього показника (на 52,7 тис. осіб), так і в розрахунку на 1000 населення (на 20,9 осіб). За 1999 рік зросла також чисельність АПЗ на 0,8 %, налічуючи 365 одиниць. Зате їх потужність дещо знизилася – на 0,9 тисяч відвідувань на зміну і в розрахунку на 1000 населення – на 1,3 % [1, ст. 338]. Проте в останні роки вдалося зберегти спеціалізацію ліжкового фонду. Найбільше лікарняних ліжок в розрахунку на 10000 чол. населення для хворих – терапевтичних (становлять 25,8 % від загаль-

ної кількості ліжок по області і становлять 6067 ліжок), хірургічних (відповідно 19,9 % та 4555 ліжок), для психічно хворих (10,2 % та 2765 ліжок). Разом з тим, низькою залишається забезпеченість ліжковим фондом для хворих дітей [2, ст. 9].

Такий стан закладів охорони здоров'я можна вважати незадовільним через посилення значущості їх діяльності. У цих умовах ще раз підтверджується зростання ролі амбулаторно-поліклінічних установ, як провідних ланок у медичному обслуговуванні населення. Адже в ній починають і завершують лікування, проходять відповідний цикл діагностики та курс реабілітації від трьох четвертей до 80 % пацієнтів, що звертаються за медичною допомогою. Забезпеченість потужностями АПЗ Львівської обл., як показав попередній аналіз, не тільки знизилася, а й менша від аналогічного показника по Україні, який становив у 1999 р. 196,6 відвідувань на зміну в розрахунку на 10000 населення, не говорячи вже про невиконання нинішнього нормативу (240 відвідувань на зміну на 10000 населення).

Неоднакова і забезпеченість населення різних адміністративних районів області як лікарняними ліжками, так і амбулаторно-поліклінічною допомогою. Вищий обласного рівня забезпеченості АПЗ та нормативу кількості відвідувань на зміну на 10000 населення є у м. Самборі (358,2 відвідувань на зміну), м. Дрогобичі (250), м. Львові (237). Причому, найнижчий рівень забезпеченості такими послугами у Городоцькому, Старосамбірському та Жовківському (88,4) районах області.

Відчутні також територіальні розбіжності у забезпеченості лікарняними ліжками Львівської обл. Найкраща забезпеченість мешканців потужностями 102,8-155,0 лікарняних ліжок на 10000 населення спостерігалася у м. Львові, м. Самборі, м. Дрогобичі, м. Стрий, а серед районів – у Миколаївському (131,4). Але, у решті районів така забезпеченість була помітно нижчою. Найменшого значення вона досягла у Дрогобицькому (39,9 лікарняних ліжок на 10000 населення), Пустомитівському (47,7), Самбірському (48,1), Кам'яно-Бузькому (58,0) районах області [2, ст. 12; 8]. Тому, надмірно швидке виведення з експлуатації чи перепрофілювання визнаної зайвою у зв'язку з нераціональним використанням частини ліжкового фонду у ряді випадків, зокрема, у цих районах, де забезпеченість такими послугами вкрай низька, зумовить зниження доступності та якості медичної допомоги. Адже, практикою доведено, що утримання 80 ліжок для 10000 населення дозволяє продовжувати лікувально-профілактичну допомогу стаціонарів у мінімальному обсязі. Нижчий його рівень буде означати втрату цільової функції вказаних закладів.

Зменшення обсягів стаціонарної допомоги повинно супроводжуватись не тільки структурною перебудовою таких закладів, а й розширенням використання прогресивних методів лікування, а також враховувати захворюваність населення за видами хвороб. По Львівській обл. у структурі захворювань найбільшу питому вагу в 1999 р. займали хвороби органів дихання (43,4 тис. вперше зареєстрованих випадків на 100000 населення), хвороби шкірної та підшкірної клітковини, а також хвороби ока та його придаткового апарату (відповідно по 3,9 тис. випадків) та хвороби системи кровообігу (3,6 тис. випадків). Всі вони характеризуються подальшим зростанням, як і захворюваність на туберкульоз, у тому числі з діагнозом активного туберкульозу органів дихання (на 1,5 тис. осіб з діагнозом, що встановлений уперше в розрахунку на 100000 осіб населення) та захворювання на психічні розлади (відповідно на 10,5 тис. осіб) [2, ст. 39].

Важливу роль у наданні медичної допомоги в сільській місцевості, безперечно, відіграють установи нижчої ланки системи охорони здоров'я – територіально найтісніше пов'язані з мережею поселень. Тут основним медичним закладом, з яким пов'язане надання такої допомоги, є фельдшерсько-акушерські пункти (ФАП). Попри все помітним є те, що Західні області (в тому числі Львівська) характеризуються кращим показником забезпеченості сіл закладами вказаного типу (80,9-70,6 на кожні 100 поселень), хоч цей показник по Україні не забезпечує виконання встановлених Державних будівельних норм, що передбачають у кожному поселенні з чисельністю жителів понад 200 чол. у випадку відсутності в ньому лікарні чи амбулаторії, наявності ФАП.

Тому залишається проблема обмеженості доступу до якісного медичного обслуговування для сільського населення через незадовільну територіальну доступність вказаних закладів, відсутність профільних спеціалістів та недостатню забезпеченість необхідним устаткуванням у них.

Зростає також значення лікувально-профілактичної допомоги, яка в останні роки дещо покращилася (особливо жінкам і дітям). Разом з тим, значній частині населення недоступно покращення здоров'я та профілактика через економічну скруту. Завдяки зростанню питомої ваги платних послуг охорони здоров'я певна частина громадян не проводить профілактичні огляди, і більше того, переносить хвороби "на ногах".

В галузі охорони здоров'я регіону відбувалися й певні кадрові зміни. Кількість лікарів у галузевих закладах області протягом останніх п'яти років дещо зросла як у розрахунку на 10000 населення, так і кількісно. Динаміка кількості середнього медичного персоналу за вказаний період переважно має тенденцію до зниження. Незважаючи на вказані зміни та беручи до уваги демографічні зміни в області, кількість середнього медичного персоналу в розрахунку на 10000 населення за всі роки зростала, адже рівень природного скорочення в розрахунку на 1000 населення характеризувався у 1999 р. досить низьким значенням (-3,2), причому в сільській місцевості він досягав значення -5,6 (у 3,5 разів нижчий ніж у міських поселеннях). У 2000 р. рівень природного скорочення в області досяг значення -8,8 тис. осіб [4, ст. 59]. Цим пояснюються різні значення показників рівня забезпеченості лікарями у деяких районах та містах обласного підпорядкування. Так, за всіма районами (окрім Стрийського) його значення нижче від аналогічного показника по області у 1,8-3,6 рази. Найнижчого рівня він досяг у Самбірському – 14,6 лікаря на 10000 населення, Турківському – відповідно 15,6 лікарів, Старосамбірському та Пустомитівському районах – 18,6. Але у всіх районах області (окрім Перемишлянського та Яворівського) за останні роки зростало значення цього показника [2, ст. 14, 17]. Покращення забезпеченості населення лікарями відбувається також і у містах області. Рівень цього показника тут не тільки вищий аналогічного по області, а також зростає за останні 4-ри роки. Лише у м. Трускавці він знизився на 15,2 лікаря на 10000 населення. Разом з тим, його значення залишається досить високим. Більше того, воно майже у 5 разів вище обласного значення. Це може характеризувати розвиток закладів охорони здоров'я з позитивної сторони, але одночасно може й ставити питання про ефективність роботи лікарів.

На розвиток лікарняних закладів області впливає і забезпеченість лікарів середнім медичним персоналом. Тому, вивчаючи зміну показника кількості сере-

днього медичного персоналу в розрахунку на одного лікаря на 10000 населення, можна зазначити позитивні факти. Так, його значення у 1999 р. значно вище аналогічного по області у всіх районах та містах, окрім Пустомитівського району, де його значення становило 2 особи та незначно (на 0,1) знизилось порівняно з 1998 р. та м. Львова – відповідно 1,7 особи на одного лікаря, але за аналогічний період не зазнав змін. Більше того, відбулось навіть зростання такої забезпеченості та утримання його значення на такому ж рівні у більшості районів і міст обласного підпорядкування. Однак у Дрогобицькому, Миколаївському, Радехівському, Самбірському районах та містах Борислав і Дрогобич згаданий показник дещо знизився, що не завжди може означати погіршення стану забезпечення, а отже й розвитку [2, ст. 18].

Для характеристики рівня розвитку соціально-культурної сфери регіону має значення не тільки характеристика динаміки змін показників розвитку її галузей, а й просторове уявлення про її стан з використанням картографічного методу.

При регіональному дослідженні часто використовується метод типології, який за твердженнями регіоналістів заснований на поділі за певними характеристиками або характерними властивостями певної сукупності об'єктів на групи [3, ст. 51-52].

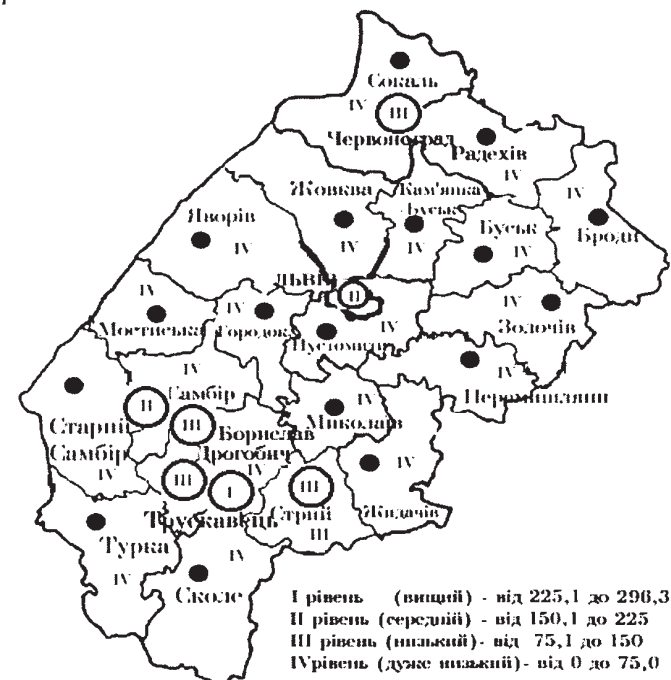


Рис. 1. Типологія розвитку охорони здоров'я Львівської області

Для оцінки сучасного стану охорони здоров'я Львівської обл. у розрізі адміністративних районів розглянемо розроблену типологію (рис. 1). Для її проведення було здійснено вибірку показників, які враховують структуру розселення

адміністративних районів Львівської області за галуззю охорони здоров'я. Це, зокрема:

- забезпеченість лікарняними ліжками на 10 000 населення;
- кількість відвідувань на зміну в амбулаторно-поліклінічних установах на 10 000 населення;
- забезпечення лікарями та середнім медичним персоналом на 10 000 населення.

За вказаними показниками були визначені коефіцієнти розвитку закладів охорони здоров'я за кожним районом порівняно із середньообласним значенням. За цими показниками здійснено групування районів Львівської області за рівнем розвитку охорони здоров'я на 4 групи – вищий, середній, низький, дуже низький. Ця типологія знайшла своє відображення на вище вказаному рисунку 1 при використанні картографічного методу.

За таким принципом можна проводити дослідження і за іншими галузями соціально-культурної сфери у регіональному розрізі. Здійснена типологія може слугувати інформаційною базою для подальшої оптимізації територіальної організації медичних закладів.

Література

1. Статистичний щорічник Львівської області за 1999 рік// Львівське державне управління статистики. – Львів, 2000. – 336 с.
2. Охорона здоров'я у Львівській області. Статистичний збірник// Львівське державне управління статистики. – Львів, 2000. – 98 с.
3. Стеченко Д.М. Розміщення продуктивних сил і регіоналістика: Навч. посібник. – К.: Вікар, 2001. – 377 с.
4. Райони та міста Львівської області за 2000 рік. Статистичний бюлетень у цифрах та графіках// Львівське державне управління статистики. – Львів, 2001. – 107 с.

УДК 351.851

Докторант О.Я. Лазор, к. с.-г. н.; доц. О.Д. Лазор¹, к. с.-г. н. – ЛФ УАДУ

УЧАСТЬ ГРОМАДСЬКОСТІ У ПРОЦЕСІ ПРИЙНЯТТЯ ВЛАДНИХ РІШЕНЬ ЕКОЛОГО-ЕКСПЕРТНИМИ ОРГАНАМИ

Проаналізовано нормативно-правове забезпечення громадської екологічної експертизи. Вказано основні проблеми, що виникають під час її здійснення внаслідок неврегульованого чинного законодавства. Запропоновано шляхи вдосконалення нормативно-правової бази, а також – практичної реалізації екологічної експертизи.

O.Y. Lazor, O.D. Lazor – Ukrainian Academy of Public Administration

Public Participation in Taking Commanding Decisions by Leading Bodies of Ecology and Experts

The authors of the article analyze the normative and law ensuring of the public ecological examinations: point out the main problems, that arise in consequence of incomplete laws in force; offer the ways of normative and law basis improvement and practical realizing of ecological examinations.

У чинному законодавстві України існує низка положень, які надають громадськості право брати участь у процесі прийняття рішень у сфері захисту довкілля. Проте механізм реалізації цього процесу на сьогодні не є чітко визначений.

¹ – кафедра державного управління та місцевого самоврядування ЛФ УАДУ при Президентіві України

у ст. 9 Закону "Про охорону навколишнього природного середовища", 1991 р. [1, ст. 18] вказані права громадян на:

- участь в обговоренні проєктів законодавчих актів, матеріалів щодо розміщення, будівництва та реконструкції об'єктів, які можуть негативно впливати на стан навколишнього природного середовища, а також – внесення пропозицій до державних та господарських органів, установ та організацій із цих питань;
- участь у розробці та здійсненні заходів щодо охорони навколишнього природного середовища, раціонального та комплексного використання природних ресурсів;
- одержання у встановленому порядку вичерпної та достовірної інформації про стан навколишнього природного середовища та його вплив на здоров'я населення;
- участь у проведенні громадської екологічної експертизи тощо.

Закон України "Про охорону навколишнього природного середовища" є першим законодавчим документом, який містить відомості про громадську екологічну експертизу. Зокрема, у ст. 30 цього Закону [1, ст. 31] вказано, що:

- громадська екологічна експертиза може здійснюватися незалежними групами спеціалістів, громадськими об'єднаннями громадян та місцевими органами влади;
- громадська екологічна експертиза здійснюється незалежно від державної екологічної експертизи;
- висновки громадської екологічної експертизи можуть враховуватись органами, що здійснюють державну екологічну експертизу і які зацікавлені у реалізації проєктних рішень або ж експлуатують відповідний об'єкт.

Екологічна експертиза – це процес прийняття рішень, в яких оцінюється екологічний ризик та можливість його попередження. Дія чинного Закону України "Про екологічну експертизу", 1995 р. [2] значно розширює можливості участі громадян у процесі прийняття рішень у сфері екологічної експертизи об'єктів:

- шляхом виступів у засобах масової інформації, подання письмових зауважень, пропозицій та рекомендацій, включення представників громадськості до складу експертних комісій, груп для проведення громадської екологічної експертизи;
- суб'єкти екологічної експертизи проводять публічні слухання або відкриті засідання;
- підготовка висновків екологічної експертизи та прийняття рішень щодо подальшої реалізації об'єкта екологічної експертизи здійснюється з урахуванням громадської думки.

Цей закон визначає, що громадська екологічна експертиза може здійснюватися у будь-якій сфері діяльності, що потребує екологічного обґрунтування (ст. 16). Отже, громадська екологічна експертиза може здійснюватися стосовно тих об'єктів, що і державна. Зважаючи на те, що сфера громадської екологічної експертизи є необмеженою чинним законодавством, можна зробити висновок про можливість її проведення також щодо проєктів законодавчих та інших нормативно-правових актів, які регулюють відносини у галузі забезпечення екологічної безпеки, охорони навколишнього природного середовища і використання природних ресурсів, діяльності, що може негативно впливати на стан довкілля. Однак, як зауважують фахівці [5], необхідно зважати на те, що в Україні законопроекти, як правило, не публікуються, і доступ до них широкого загалу громадськості – обмежений, як і участь у роботі законодавчих органів. Що ж стосується підзаконних нормативних актів уряду, то вони доводяться до відома громадськості шляхом публікації після прийняття відповідним державним органом. Тому громадська екологічна експертиза цих нормативно-правових актів є, певною мірою, тільки декларацією.