

**Р.В. Марушко, О.О. Дудіна, Т.Л. Марушко**  
**Сучасний стан стаціонарної**  
**допомоги дитячому населенню**

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ

Ukrainian Journal of Perinatology and Pediatrics. 2020. 1(81): 76-87; doi 10.15574/PP.2020.81.76

**For citation:** Marushko RV, Dudina EA, Marushko TL. (2020). Currents state of in-patient care for children population. Ukrainian Journal of Perinatology and Pediatrics. 1(81): 76-87. doi 10.15574/PP.2020.81.76

Стаціонарна допомога традиційно посідає провідне місце в системі надання медичної допомоги дітям. В її рамках вирішуються актуальні та стратегічно важливі завдання держави у сфері охорони здоров'я щодо зниження рівня малюкової і дитячої смертності, інвалідності, боротьби з прогресуючим перебігом хронічних захворювань.

**Мета** — провести ретроспективний аналіз і оцінити стан стаціонарної допомоги дитячому населенню, визначити тенденції її доступності та ефективності. **Пацієнти та методи.** Під час аналізу використано дані Державної служби статистики України та ДУ «Центр медичної статистики МОЗ України» за період 1990–2019 рр. Застосовано методи системного підходу, структурно-логічного, епідеміологічного аналізу.

**Результати.** За даними дослідження, державну систему госпітальної допомоги дітям запроваджено після 1917 р., а з 1948 р. розпочато створення об'єднаних із поліклінікою дитячих лікарень. У подальшому нарощено ліжковий фонд і збільшено забезпечення ліжками дітей за відсутності науково-обґрунтованих нормативів. Екстенсивний розвиток системи охорони здоров'я, коли за недостатнього фінансування галузі усі зусилля спрямовані на збільшення дитячих лікарень і нарощення лікарняного фонду для дітей, призвів до того, що у структурі лікарняних закладів для дітей стали переважати лікарні з низькими ресурсними можливостями. Лише за роки суверенності України упорядковано ліжковий фонд і скорочено малопотужні, економічно нерентабельні лікарні: усього з 1991 р. скорочено 51,1 тис. дитячих ліжок. Наразі в Україні функціонує 39,5 тис. ліжок для дітей, 53,2% з яких розгорнуто в самостійних дитячих лікарнях (28 дитячих обласних, 49 дитячих міських, 3 дитячі інфекційні і 2 дитячі туберкульозні). Установлено, що в Україні збережено доступність і якість стаціонарної допомоги дітям (у 2019 р. рівень госпіталізації становив 185,7 на 1000 дітей, загальна летальність — 0,17%, летальність дітей до одного року — 0,93%, післяопераційна летальність — 0,33% при 172,3, 0,33%, 1,06% і 0,11% відповідно у 2000 р.), ефективність використання ліжкового фонду (обіг ліжка — 22,97 у 2000 р. і 32,89 у 2019 р.).

**Висновки.** Удосконалення стаціонарної ланки педіатричної допомоги дітям у сучасних умовах доцільно спрямувати на переведення стаціонарної допомоги на фінансування за принципом закінченого випадку, а також на розроблення оптимізованих форм її надання, створення телекомунікаційних зв'язків між фахівцями та закладами державних і громадських структур, формування єдиної системи моніторингу і оцінки.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської Декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду дітей і батьків.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

**Ключові слова:** діти, стаціонарна допомога, забезпеченість доступність, ефективність, летальність.

## Currents state of in-patient care for children population

**R.V. Marushko, E.A. Dudina, Marushko T.L.**

SI «Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology named after academician O.M. Lukyanova NAMS of Ukraine», Kyiv

In-patient care traditionally takes a leading place in the system of medical care for children. Within its framework, urgent and important tasks of the Government in the field of healthcare are being solved to reduce infant and child mortality, disability, and combat the progressive course of chronic diseases, and disability.

**Purpose** — to conduct a retrospective analysis and assessment of the status of in-patient care for the children's population, to determine trends in its availability and effectiveness.

**Patients and methods.** The analysis was performed using data from the State Statistics Service of Ukraine and the State Institution «Center for Medical Statistics of the Ministry of Health of Ukraine» for the period 1990–2019. The methods of a systematic approach, structural-logical, epidemiological analysis are used.

**Results.** The data of the research demonstrated that the state system of in-patient care for children was introduced after 1917, and in 1948 the creation of children's hospitals combined with the clinic began. Further on, there was an increase in the bed fund capacity for children and an increase in the provision of beds for children in the absence of the evidence-based standards. The extensive development of the healthcare system, when, with insufficient funding, all efforts were aimed at increasing children's hospitals and building up a hospital fund for children, led to the prevalence of a hospital with low resources in the structure of hospital facilities for children. Only during the years of Ukrainian sovereignty Ukraine has streamlined the bed fund capacity and reduced the number of low-cost, economically unprofitable hospitals: since 1991, 51.1 thousand baby beds have been reduced. Now in Ukraine there are 39.5 thousand beds for children, 53.2% of which are deployed in independent children's hospitals (28 regional children's, 49 city children's, 3 infectious children's and 2 children's tuberculosis). It has been established that currently the accessibility and quality of hospital care for children is preserved in Ukraine (in 2019, the hospitalization rate was 185.7 per 1000 children, the total mortality rate was 0.17%, the mortality rate of children under one year old was 0.93%, and the postoperative mortality rate was 0.33% at 172.3, 0.33%, 1.06% and 0.11% respectively in 2000), the efficiency of using the bed fund capacity (bed turnover — 22.97 in 2000 and 32.89 in 2019).

**Conclusions.** It is appropriate to direct the improvement of the in-patient sector of pediatric care in modern conditions to transformation of in-patient care to financing on the basis of the finished case, developing of the optimized forms of its provision, creation of telecommunication links between specialists and institutions of state and public structures, forming of a unified monitoring and evaluation system.

The research was carried out in accordance with the principles of the Helsinki Declaration. The study protocol was approved by the Local Ethics Committee of this Institute. The informed consent of the patient was obtained for conducting the studies.

No conflict of interest were declared by the authors.

**Key words:** children, in-patient care, security, accessibility, efficiency, mortality.

## Современное состояние стационарной помощи детскому населению

**Р.В. Марушко, Е.А. Дудина, Т.Л. Марушко**

ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии имени академика Е.М. Лукьяновой НАМН Украины», г. Киев

Стаационарная помощь традиционно занимает ведущее место в системе оказания медицинской помощи детям. В ее рамках решаются актуальные и важные задачи государства в сфере здравоохранения по снижению младенческой и детской смертности, инвалидности, борьбе с прогрессирующим течением хронических заболеваний, инвалидности.

**Цель** — провести ретроспективный анализ и оценить состояние стационарной помощи детскому населению, определить тенденции ее доступности и эффективности.

**Пациенты и методы.** При анализе использованы данные Государственной службы статистики Украины и ГУ «Центр медицинской статистики МЗ Украины» за период 1990–2019 гг. Использованы методы системного подхода, структурно-логического, эпидемиологического анализа.

**Результаты.** По данным исследования, государственная система госпитальной помощи детям введена после 1917 г., а в 1948 г. началось создание объединенных с поликлиникой детских больниц. В дальнейшем осуществлено наращивание коечного фонда для детей и увеличение обеспечения кроватями для детей при отсутствии научно обоснованных нормативов. Экстенсивное развитие системы здравоохранения, когда при недостаточном финансировании отрасли все усилия направлены на увеличение детских больниц и наращивание больничного фонда для детей, привело к тому, что в структуре больничных учреждений для детей стали преобладать больницы с низкими ресурсными возможностями. Только за годы суверенитета Украины упорядочен коечный фонд и сокращены маломощные, экономически нерентабельные больницы: всего с 1991 г. сокращено 51,1 тыс. детских коек. Сейчас в Украине функционирует 39,5 тыс. коек для детей, 53,2% из которых развернуты в самостоятельных детских больницах (28 детских областных, 49 детских городских, 3 детские инфекционные и 2 детские туберкулезные). Установлено, что в настоящее время в Украине сохранены доступность и качество стационарной помощи детям (в 2019 г. уровень госпитализации составил 185,7 на 1000 детей, общая летальность — 0,17%, летальность детей до одного года — 0,93%, послеоперационная летальность — 0,33% при 172,3, 0,33%, 1,06% и 0,11% соответственно у 2000 г.), эффективность использования коечного фонда (оборот койки — 22,97 в 2000 г. и 32,89 в 2019 г.).

**Выводы.** Совершенствование стационарного звена педиатрической помощи детям в современных условиях целесообразно направить на перевод стационарной помощи на финансирование по принципу законченного случая, разработку оптимизированных форм ее предоставления, создание телекоммуникационных связей между специалистами и учреждениями государственных и общественных структур, формирование единой системы мониторинга и оценки.

Исследование выполнено в соответствии с принципами Хельсинской Декларации. Протокол исследования утвержден Локальным этическим комитетом указанного в работе учреждения. На проведение исследований получено информированное согласие детей и родителей.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Ключевые слова:** дети, стационарная помощь, обеспеченность, доступность, эффективность, летальность.

## Вступ

Науково-технічний прогрес у медицині третього тисячоліття визначив якісно новий етап одного з основних напрямів медичного забезпечення дитячого населення країни, в якому задіяна більшість сил і засобів галузі, — стаціонарної допомоги. У рамках стаціонарної медичної допомоги традиційно вирішуються відповідальні державні завдання щодо зниження рівня малюкової і дитячої смертності, інвалідності, боротьби з прогресуючим перебігом хронічних захворювань, що є актуальним і стратегічно важливим пріоритетним завданням держави у сфері охорони здоров'я та однією з глобальних Цілей Сталого Розвитку до 2030 р. [7]. Державна система лікарняної допомоги дітям почала розвиватися після 1917 р. Держава зосередила усі засоби й інфраструктуру медицини, повністю взяла на себе обов'язки щодо забезпечення охорони здоров'я населення, передусім матерів і дітей. До 1928 р. із загальної кількості лікарняних ліжок 3,3% становили дитячі, до 1941 р. їх частка зросла до 14,7% загальної чисельності. Зростання числа дитячих ліжок супроводжувалося поліпшенням їх оснащення і розширенням спеціалізованої допомоги.

У 1948 р. почалося об'єднання дитячих лікарень із поліклініками. Створено новий тип лікарні з поліклінікою. Дитяча лікарня стала основним закладом, що надавав медичну допомогу населенню, до її складу входили кращі лікарські кадри, створена сучасна на ті часи матеріально-технічна медична база [3].

Створення дитячих лікарень в Україні було прогресивним явищем, що зіграло величезну

роль у зародженні і розвитку вітчизняної педіатрії, підготовці і підвищенні кваліфікації дитячих лікарів. Такі лікарні слугували центрами науки і педіатричної освіти. В 1960–1980 рр. розпочалося масштабне будівництво типових багатопрофільних дитячих лікарень у багатьох областях країни. У 1970 р. в Україні функціонували 74,6 тис. ліжок для дітей, забезпеченість ними дитячого населення становила 65,1 на 10 тис. до 14 років включно. Упродовж подальших років продовжувалося нарощення ліжкового фонду для дітей (83,2 тис. — у 1975 р., 88,3 тис. — у 1980 р., 90,1 тис. — у 1985 р., 90,7 тис. — у 1990 р.). Водночас зростала забезпеченість дитячого населення стаціонарними ліжками (75,3; 81,3; 81,4; 81,7 відповідно).

Суттєвим чинником формування і використання досить потужної матеріально-технічної бази системи забезпечення дитячого населення України стаціонарною медичною допомогою стала відсутність науково обґрунтованих нормативно-правових засад. Зазначені вище тенденції розвитку системи стаціонарної допомоги призвели до того, що наприкінці 80-х років ХХ століття УРСР мала такі явища, як зниження показників рівня здоров'я мешканців республіки та відсутність належного рівня стаціонарної допомоги за наявності досить потужної бази загальнопрофільних і спеціалізованих закладів охорони здоров'я (ЗОЗ).

Існуючий у попередні десятиріччя екстенсивний стан розвитку охорони здоров'я змінився за роки суверенності України на більш ефективний і водночас економічно вигідний. Зміни матеріально-технічного потенціалу стаціонарів

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

за останні десятиріччя зумовлені політичними, соціально-економічними реформами, демографічними процесами та стратегічними напрямками служби охорони материнства і дитинства.

Суттєві зміни кількості та структури ліжкового фонду для дітей відбулися переважно у 1991–2000 рр. За цей період скоротилося 31,3 тис. ліжок для дітей переважно за рахунок зменшення педіатричних соматичних (23 тис.) та інфекційних (8,6 тис.) ліжок, а забезпеченість ними скоротилася з 81,7 до 67,2 на 10 тис. дитячого населення [8].

**Мета** дослідження — провести ретроспективний аналіз і оцінити стан стаціонарної допомоги дитячому населенню, визначити тенденції її доступності та ефективності.

**Матеріали та методи дослідження**

Під час аналізу використано дані Державної служби статистики України та ДУ «Центр медичної статистики МОЗ України» за період 1990–2019 рр. Застосовано методи системного підходу, структурно-логічного, епідеміологічного аналізу.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської Декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду дітей і батьків.

**Результати дослідження та їх обговорення**

Значення стаціонарної допомоги дітям в Україні на сучасному етапі, як і раніше, залишається високим. Це пояснюється, з одного боку, погіршенням стану здоров'я дітей (збільшенням числа маловагових дітей, зменшенням індексу здоров'я новонароджених, «омолодженням» хронічної патології, наростанням інвалідизації) [1, 2, 4, 5, 6, 9]. З іншого боку, у зв'язку з модернізацією охорони здоров'я здійснюється повсюдне впровадження в роботу ЗОЗ сучасних високотехнологічних видів

медичної допомоги з доведеною ефективністю. Слід зазначити, що лікарня є основною клінічною базою, де проводять підготовку майбутніх лікарів. У великих клінічних лікарнях, у клініках вищих медичних навчальних закладів і науково-дослідних інститутів підвищують свою кваліфікацію або отримують вузьку спеціалізацію уже дипломовані лікарі.

Розвиток сучасних високовартісних технологій можливий лише в багатопрофільних стаціонарах, де концентрується найкраща діагностична база і кадровий потенціал. Це визначає пріоритети в розвитку педіатричної стаціонарної допомоги, особливо спеціалізованої, і потребує її вдосконалення. Останніми роками відбулися кардинальні зрушення в госпітальній ланці системи охорони здоров'я України. Так, для підвищення якості та ефективності стаціонарної допомоги дитячому населенню проведено низку реорганізаційних заходів: упорядкування мережі лікарень та їх ліжкового фонду переважно за рахунок скорочення малопотужних, економічно нерентабельних лікарень; скорочення потужності ліжкового фонду за рахунок «непрацюючих» ліжок; перегляд нормативно-штатної бази лікарень і, відповідно, лікарських функцій; упровадження тимчасових галузевих уніфікованих стандартів якості надання стаціонарної медичної допомоги дитячому населенню, розроблення порядку акредитації ЗОЗ і ліцензування стаціонарної медичної допомоги; опрацювання системи організаційних та фінансових заходів щодо забезпечення ефективності їх діяльності. За цей період проведено реструктуризацію ліжкового фонду для дітей з урахуванням як орієнтовних нормативів забезпечення дитячого населення стаціонарною допомогою, так і забезпечення гарантованого обсягу госпіталізації дітей за рівнями лікарняних закладів.

Протягом останніх 20 років зменшилася загальна кількість педіатричних ліжок (59,3 тис. — у 2000 р., 39,5 тис. — у 2019 р.)

Таблиця 1

Динаміка ліжкового фонду для дітей, Україна, 2000, 2010, 2019 рр.

Показник	2000 р.		2010 р.		2019 р.		2019 р./2000 р. (%)	
	абс., тис.	на 10 тис. дітей	абс., тис.	на 10 тис. дітей	абс., тис.	на 10 тис. дітей	абс., тис.	на 10 тис. дітей
Кількість стаціонарних ліжок для дітей, у т.ч.:	59,3	67,2	53,6	66,2	39,5	52,12	66,61	77,56
соматичні	22,6	25,6	20,5	25,33	15,5	20,42	68,58	79,77
інфекційні	13,3	15,1	11,1	13,71	7,15	9,43	53,76	62,45
спеціалізовані	23,4	26,5	22,0	27,25	16,8	22,28	71,79	84,08

і забезпеченість ліжками (відповідно 67,2 і 52,12 на 10 тис. дитячого населення). Відповідно скоротилася й кількість загальносоматичних ліжок (22,6 тис. і 15,5 тис.), а забезпеченість ними (25,6 тис. і 20,42 тис.), а інфекційних ліжок — (13,3 тис. і 7,15 тис. та 15,1 тис. і 9,43 тис.), (табл. 1).

У цілому, зниження рівня забезпеченості дитячого населення стаціонарними ліжками відбулося в переважній більшості регіонів, за винятком Кіровоградської, Сумської, Тернопільської і Черкаської областей, де відмічалася незначне збільшення забезпеченості цілодобовими ліжками (на 1,16%, 0,16%, 11,14% і 4,0% відповідно). Найвищі темпи зниження цього показника характерні для Луганської, Донецької, Закарпатської, Волинської і Київської областей та м. Києва У 2019 р., як і в попередні роки, зберігалася суттєва регіональна диспропорція забезпеченості дитячого населення цілодобовими ліжками — від 24,06 на 10 тис. дитячого населення у Луганській, 25,8 — у Донецькій областях, де наднизька забезпеченість стаціонарними ліжками може бути зумовлена тривалими воєнними діями, 41,2 — у Рівненській і Волинській, менше 50,0 — у Закарпатській, Івано-Франківській та Одеській областях, 72,2 — у Запорізькій, 69,6 — у Чернігівській, 67,9 — у Кіровоградській, 66,8 — у Сумській, 66,0 — у Черкаській областях (табл. 2). Характерно, що надвисока забезпеченість дитячими ліжками в Запорізькій, Чернігівській, Кіровоградській, Сумській та Черкаській областях утримувалася упродовж останніх 20 років. Слід зазначити, що наразі у зв'язку з модернізацією сфери охорони здоров'я, зміною системи фінансування змінюється відношення до оцінки таких важливих показників, як забезпеченість ліжками, інтенсивність їх роботи.

Трансформаційні процеси під час реформування сфери охорони здоров'я передбачають чітке розмежування рівнів надання медичної допомоги як дорослим, так і дітям. Проведений на початку XXI ст. аналіз ресурсного забезпечення закладів, що надають стаціонарну допомогу дітям, засвідчив, що в більшості областей дитячі стаціонари були малопотужними, зі слабкою матеріально-технічною базою, переуцільненими, низько рентабельними і з високим рівнем внутрішньолікарняної захворюваності. При цьому видатки на 1 ліжко-день становили 9,31 грн за мінімальної потреби 37,39 грн (25%).

Проведений за критеріями МОЗ аудит свідчить, що для впровадження сучасних про-

Таблиця 2  
Динаміка забезпеченості дитячого населення цілодобовими ліжками в розрізі регіонів України, 2000, 2010, 2019 рр., на 10 тис. дитячого населення

Адміністративна територія	2000 р.	2010 р.	2019 р.	2019 р./ 2000 р., %
Україна	67,2	66,29	52,12	77,56
Автономна Республіка Крим	78,7	76,23	0,00	0,00
<i>Область</i>				
Вінницька	55,1	58,98	50,37	91,42
Волинська	53,9	49,69	41,20	76,44
Дніпропетровська	72,1	64,50	58,03	80,49
Донецька	67,7	64,68	25,80	38,11
Житомирська	60,0	59,38	55,43	92,38
Закарпатська	60,0	54,25	45,65	76,08
Запорізька	79,3	77,89	72,24	91,10
Івано-Франківська	55,3	58,19	47,54	85,97
Київська	74,0	64,81	50,27	67,93
Кіровоградська	67,1	71,22	67,88	101,16
Луганська	80,9	84,05	24,06	29,74
Львівська	60,9	58,45	50,36	82,69
Миколаївська	68,5	68,26	52,40	76,50
Одеська	58,4	60,75	49,08	84,04
Полтавська	60,0	63,29	55,75	92,92
Рівненська	46,9	48,51	41,21	87,87
Сумська	66,7	73,11	66,81	100,16
Тернопільська	58,6	59,69	65,13	111,14
Харківська	77,6	75,82	65,42	84,30
Херсонська	67,3	68,43	59,15	87,89
Хмельницька	61,4	65,35	59,17	96,37
Черкаська	63,5	68,74	66,04	104,00
Чернівецька	61,2	62,01	58,34	95,33
Чернігівська	84,1	86,86	69,58	82,73
<i>Місто</i>				
Київ	81,8	80,10	54,46	66,58
Севастополь	79,2	74,37	0,00	0,00

токолів лікування пацієнтів в акушерсько-гінекологічних і педіатричних закладах не вистачає обладнання на суму понад 3,7 млрд грн, з них насамперед потребує подальшої реструктуризації в частині забезпечення рівного сталого доступу дітей і матерів до закладів усіх трьох рівнів надання медичної допомоги, суттєвого поліпшення ресурсного забезпечення — на 2,2 млрд грн для забезпечення модернізації медичного обладнання, яке на сьогодні становить майже 15 тис. зношених одиниць.

Серед педіатрів і вчених склалася стійка думка, що надавати стаціонарну допомогу дітям доцільно переважно в дитячих лікарнях. За статистичними даними України, до дитячих лікарень усіх типів госпіталізують 46,9–47,2% загального числа госпіталізованих дітей. Понад 53% дітей отримують стаціонарну допомогу в закладах загального типу. Це співвідношення

Таблиця 3

**Динаміка мережі закладів охорони здоров'я, що надають стаціонарну допомогу дітям, та структури ліжкового фонду для дітей, Україна, 2000, 2010, 2019 рр.**

Заклади охорони здоров'я	2000 р.		2010 р.		2019 р.	
	кількість закладів	частка ліжок для дітей, %	кількість закладів	частка ліжок для дітей, %	кількість закладів	частка ліжок для дітей, %
Дитячі обласні лікарні	28	19,2	29	21,3	28	26,0
Дитячі міські лікарні	104	25,3	94	24,7	49	19,3
Дитячі інфекційні лікарні	7	1,7	6	1,6	3	1,2
Дитячі туберкульозні лікарні	4	0,6	3	0,6	2	0,3
Загальні лікарні		53,2		51,8		53,2

не змінювалося протягом останніх 20 років. За цей період у структурі ліжкового фонду суттєво зменшилася частка ліжок у дитячих міських лікарнях (25,3% – у 2000 р., 19,3% – у 2019 р.) при збільшенні її у дитячих обласних лікарнях (19,2% і 26,0% відповідно). При цьому закрилася 61 малопотужна дитяча лікарня (55 міських дитячих, 4 інфекційні, 2 туберкульозні), (табл. 3).

Паралельно зі зміною мережі ЗОЗ та їх структурних підрозділів продовжувалася реструктуризація ліжкового фонду для дітей.

За вказаний період скоротилася кількість ліжок більшості профілів, за винятком хірургічних, нейрохірургічних, онкологічних, відновного лікування і кардіохірургічних ліжок, кількість яких зросла незначно (темп приросту – 10,86%, 0,33%, 1,03%, 28,36,% і 34,38% відповідно), та ревматологічних, кількість яких не змінилася (табл. 4). Найбільш інтенсивними темпами скоротилася кількість туберкульозних, дерматологічних, гастроентерологічних та інфекційних ліжок (на 44,51%, 43,88%, 31,08%, 31,22% відповідно).

Таблиця 4

**Динаміка цілодобових ліжок для дітей у розрізі профілів, Україна, 2010 і 2019 рр.**

Профілі ліжок	Кількість ліжок			На 1000 дітей		
	2010 р.	2019 р.	приріст, %	2010 р.	2019 р.	приріст, %
Педіатричні соматичні	20467	15508	-24,2	25,3	20,5	-19,0
Кардіоревматологічні	1105	819	-25,88	1,37	1,08	-21,17
Ревматологічні	35	35	0	0,04	0,05	25
Пульмонологічні	960	740	-22,92	1,19	0,98	-17,65
Гастроентерологічні	1200	770	-35,83	1,48	1,02	-31,08
Алергологічні	716	566	-20,95	0,89	0,75	-15,73
Імунологічні	204	169	-17,16	0,25	0,22	-12
Ендокринологічні	625	520	-16,8	0,77	0,69	-10,39
Гематологічні	640	597	-6,72	0,99	0,7	-29,29
Нефрологічні	1101	735	-33,24	1,24	0,97	-21,77
Інфекційні	11081	7150	-35,48	13,71	9,43	-31,22
Хірургічні	1169	1296	10,86	2,07	1,74	-15,94
Нейрохірургічні	305	306	0,33	0,38	0,4	5,26
Торакальної хірургії	186	135	-27,42	0,23	0,18	-21,74
Гнійної хірургії	708	533	-24,72	0,88	0,7	-20,45
Травматологічні	1042	870	-16,51	1,61	1,15	-28,57
Ортопедичні	621	568	-8,53	0,77	0,75	-2,6
Опікові	195	187	-4,1	0,24	0,25	4,17
Урологічні	594	496	-16,5	0,74	0,65	-12,16
Стоматологічні	154	146	-5,19	0,19	0,19	0
Онкологічні	290	293	1,03	0,36	0,39	-8,33
Неврологічні	2102	1682	-9,98	2,6	2,2	-15,38
Психіатричні	1764	1261	-28,51	2,18	1,66	-23,85
Офтальмологічні	1185	809	-31,73	1,47	1,09	-25,85
Отоларингологічні	1634	1221	-25,28	2,02	1,61	-20,3
Дерматовенерологічні	789	418	-47,02	0,98	0,55	-43,88
Відновного лікування	335	430	28,36	0,41	0,57	39,02
Туберкульозні	1325	693	-47,7	1,64	0,91	-44,51
Кардіохірургічні	128	172	34,38	0,16	0,23	43,75

Така структуризація ліжкового фонду дала змогу забезпечити прийнятну доступність і достатню ефективність медичної допомоги дитячому населенню. Так, незважаючи на зменшення ліжкового фонду для дітей, рівень їх госпіталізації за останні роки утримувався в межах 215,0–183,0 на 1000 дитячого населення при 195,8 у 2001 р. Якщо у 2010 р. на одне дитяче ліжко дитячої обласної лікарні госпіталізували 32 дитини, то у 2019 р. — 34,5. При цьому на дитячі туберкульозні ліжка госпіталізували лише 3,3 і 2,4 дитини відповідно.

Наразі стаціонарна медична допомога дітям надається переважно при найбільш тяжких захворюваннях, що потребують комплексного підходу, застосування найскладніших методів обстеження і лікування із застосуванням найновіших медичних технологій, навіть дуже дорогих, у т.ч. оперативного втручання, постійного лікарняного спостереження

та інтенсивного догляду. Тому останніми десятиліттями прискорено розвиваються такі види спеціалізованої допомоги дітям, як кардіохірургія, онкологія, гематологія, ендокринологія. Нині стаціонарна медична допомога дитячому населенню в закладах, підпорядкованих МОЗ України, надається за 31 спеціальністю педіатричного профілю. Однак у розрізі регіонів кількість спеціальностей, за якими надається медична допомога дітям у самостійних відділеннях або на виділених ліжках, коливається у межах 25–31. Так, кардіохірургічні ліжка для дітей функціонують лише у Дніпропетровській, Львівській, Одеській, Харківській областях і м. Києві, ревматологічні — у Дніпропетровській і Львівській, стоматологічні — у 13 областях, опікові — у 16, відновного лікування — у 14, торакальної хірургії — у 17 областях.

Важливими завданнями удосконалення організації стаціонарної медичної допомоги

Таблиця 5

Динаміка інтенсивності роботи дитячих ліжок, Україна, 2000, 2010, 2019 рр.

Профіль ліжок	Середнє число зайнятості ліжка за рік				Середня тривалість перебування хворого на ліжку			
	2000	2010	2019	2019/2000, %	2000	2010	2019	2019/2000,%
<i>Усього, у тому числі:</i>	294,77	319,01	290,09	98,41	12,83	9,87	8,82	68,75
Педіатричні соматичні	292,45	319,98	282,48	96,59	12,95	9,96	8,98	69,34
Кардіоревматологічні	331,7	331,48	302,9	91,32	15,03	11,63	8,22	54,69
Ревматологічні	302,59	320,63	270,17	89,29	19,06	13,08	5,9	30,95
Пульмонологічні	317,62	334,82	312,67	98,44	14,18	10,79	3,55	25,04
Гастроентерологічні	331,98	323,73	300,4	90,49	14,68	12,11	10,37	70,64
Алергологічні	347,35	316,40	302,37	87,05	14,46	11,34	9,34	64,59
Ендокринологічні	320,38	315,63	298,31	93,11	14,30	12,00	16,2	113,29
Гематологічні	304,99	319,24	306,69	100,56	18,75	18,59	16,4	87,47
Нефрологічні	341,62	331,28	297,25	87,01	15,66	12,75	10,19	65,07
Інфекційні	246,48	291,60	253,59	102,88	10,49	7,41	6,89	65,68
Хірургічні	308,73	312,71	291,31	94,36	7,90	6,73	5,82	73,67
Нейрохірургічні	269,21	304,49	262,38	97,46	11,11	9,18	7,47	67,24
Торакальної хірургії	252,14	244,75	276,27	109,57	12,77	10,15	9,5	74,39
Гнійної хірургії	335,51	310,31	300,08	89,44	9,84	7,77	7,55	76,73
Травматологічні	359,33	332,81	311,49	86,69	13,60	11,60	9,36	68,82
Ортопедичні	306,57	331,78	303,84	99,11	16,55	13,92	11,68	70,57
Урологічні	320,26	326,46	296,67	92,63	9,89	8,47	7,09	71,69
Стоматологічні	270,51	328,63	346,96	128,26	9,29	7,37	4,73	50,91
Онкологічні	260,88	340,60	377,19	144,58	17,66	16,72	7,02	39,75
Неврологічні	332,48	334,12	312,36	93,95	15,42	11,77	10,3	66,80
Психіатричні	323,13	302,91	320,71	99,25	33,93	26,48	23,4	68,97
Офтальмологічні	335,25	339,01	316,34	94,36	10,07	7,62	6,83	67,83
Отоларингологічні	337,94	345,64	308,62	91,32	8,61	7,80	6,31	73,29
Дерматовенерологічні	278,41	313,52	352,0	126,43	20,43	16,80	16,45	80,52
Відновного лікування	—	318,58	271,48	85,22*	—	15,13	15,4	101,78*
Туберкульозні	368,23	295,17	227,06	61,66	87,90	83,64	83,87	95,42
Імунологічні		284,5	281,6	98,98*		10,63	8,73	82,13*
Кардіохірургічні		249,9	214,3	85,77*		9,7	9,67	99,69*
Опікові		354,82	259,37	73,10*		16,11	14,05	87,21*

Примітка: \* — 2019/2010, %.

дітям є раціоналізація використання ліжкового фонду, скорочення тривалості перебування хворих у стаціонарі, підвищення якості та ефективності лікувально-діагностичного процесу. Реалізація цих завдань вирішується шляхом розробки і впровадження клінічних протоколів, клініко-діагностичні технології яких базуються на даних надійних досліджень.

Станом на 31.12.2020 в Україні функціонувало 39,5 тис. стаціонарних ліжок для дітей проти 59,3 тис. у 2000 р., а забезпеченість ними дитячого населення становила 52,12 на 10 тис. дітей віком від 0–17 років проти 67,2 відповідно. Проведений аналіз інтенсивності використання дитячих ліжок засвідчив тенденцію до зменшення середнього числа зайнятості ліжка за рік упродовж 2000–2019 рр. Якщо у 2000 р. середнє число днів роботи дитячих ліжок становило 294,77, то у 2010 р. — 319,01, у 2019 р. — 290,09. Водночас, зменшилося середнє перебування на ліжку — 12,83, 9,87 і 8,82 відповідно, що сприяло позитивній тенденції обігу ліжка — 22,97, 32,32 і 32,89 відповідно, що може свідчити про більш раціональне використання ліжкового фонду для дітей у 2019 р. (табл. 5).

Аналіз інтенсивності роботи ліжок для дітей у розрізі їх профілів засвідчив, що упродовж 2000–2019 рр. низькою (300 і менше днів на рік) залишалася робота інфекційних ліжок (246,48 — у 2010 р., 291,6 — у 2010 р., 253,59 — у 2019 р.), торакальної хірургії (252,14, 244,75 і 276,27 відповідно), імунологічних (284,5 — у 2010 р., 281,6 — у 2019 р.), кардіохірургічних (249,9 і 214,3 відповідно) ліжок. Недостатньою при спадній динаміці була і робота педіатричних соматичних, ревматологічних, кардіоревматологічних, гастроентерологічних, ендокринологічних, нефрологічних, нейрохірургічних урологічних ліжок. Більш інтенсивною за показником зайнятості ліжка (>310 днів) у 2019 р. була робота пульмонологічних, травматологічних, неврологічних, психіатричних, офтальмологічних ліжок, а наднормативною (>340 днів) — стоматологічних, онкологічних і дерматологічних ліжок. У цілому, зменшення середньої зайнятості ліжок для дітей відбулося за рахунок зменшення роботи ліжок переважної більшості профілів.

Моніторинг інтенсивності використання ліжкового фонду для дітей у розрізі регіонів засвідчив достатньо інтенсивну роботу ліжок у 2019 р. (середнє число днів роботи ліжка — 300 і більше днів, середня тривалість перебу-

вання на ліжку — до 8,5), якої досягнули лише у Вінницькій, Житомирській та Харківській областях. 305–317 днів були зайняті ліжка у Чернівецькій, Кіровоградській, Черкаській і Дніпропетровській областях при все ще високому показнику середнього перебування на ліжку (9,4–9,6). Найнижча інтенсивність роботи дитячих ліжок відмічалася в Запорізькій, Одеській, Волинській областях та м. Києві, де робота ліжка становила 240,0–280,7 дня при середньому перебуванні на ліжку 9,06–8,13 дня відповідно.

Важливе значення, особливо в період тривалих воєнних дій на сході України і частих екстремальних ситуацій, має забезпечення хірургічної допомоги дітям. Усього у 2019 р. у стаціонарних умовах прооперовано 223 859 дітей, що становило 29,53 на 1000 дитячого населення проти 276 202 і 42,6 відповідно у 2010 р. Охоплення оперативним втручанням дитячого населення у 2019 р. коливалося в розрізі регіонів від 47,3 на 1000 дитячого населення в м. Києві, 45,0 — у Дніпропетровській, 35,2 — у Полтавській, 34,5 — у Чернівецькій областях до 17,8 — у Київській, 19,05 — у Закарпатській, 19,58 — в Одеській областях (табл. 6). Тенденція до зменшення кількості оперативних втручань і охоплення ними дитячого населення відбулася у всіх, за винятком Дніпропетровської області, регіонах України.

У структурі оперативних втручань у стаціонарних умовах упродовж останнього десятиріччя провідні місця посіли операції на органах вуха, горла, носа (24,13% — у 2010 р., 26,78% — у 2019 р.), шкірі (24,1% і 17,48% відповідно), органах травлення (17,52% і 14,46% відповідно), кістково-м'язовій системі (9,38% і 12,6% відповідно), органах зору (7,96% і 7,39% відповідно).

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, одним з об'єктивних критеріїв, що характеризують якість надання хірургічної догоспітальної і стаціонарної допомоги, є післяопераційна летальність. У цілому в третьому тисячолітті післяопераційна летальність у середньому по Україні мала тенденцію до зниження (0,15% — у 2000 р., 0,13% — у 2010 р., 0,11% — у 2019 р.) із коливанням у 2019 р. від 0,26% в Одеській області, 0,23% у м. Києві, 0,20% у Харківській, 0,16% у Львівській областях до 0,02% у Донецькій, Сумській, Тернопільській і Чернігівській областях. Високі показники післяопераційної летальності у м. Києві, Львівській, Одеській і Харківській

Таблиця 6

**Динаміка оперативних втручань серед дітей у лікарняних стаціонарах, 2010 і 2019 рр.**

Адміністративна територія	Прооперовано, абс.		Прооперовано на 1000 дитячого населення		Летальність на 100 оперованих	
	2010 р.	2019 р.	2010 р.	2019 р.	2010 р.	2019 р.
Україна	276202	223 859	42,60	29,53	0,13	0,11
Автономна Республіка Крим	11644		42,62	0,00	0,21	
<i>Область</i>						
Вінницька	11507	8 068	46,97	28,24	0,09	0,10
Волинська	7233	7 628	37,76	32,00	0,11	0,14
Дніпропетровська	19876	26 087	44,12	45,03	0,08	0,09
Донецька	25437	8 479	47,12	28,25	0,15	0,02
Житомирська	8673	8 070	43,06	33,89	0,13	0,06
Закарпатська	6172	5 550	26,53	19,05	0,05	0,04
Запорізька	10446	8 634	44,40	29,45	0,16	0,22
Івано-Франківська	6593	5 985	28,38	21,65	0,08	0,07
Київська	8233	6 143	33,43	17,83	0,02	0,05
Кіровоградська	6106	5 214	42,88	31,21	0,15	0,06
Луганська	12689	2 619	46,48	25,25	0,12	0,04
Львівська	12492	15 473	31,47	31,91	0,21	0,16
Миколаївська	7988	6 408	46,82	31,06	0,18	0,05
Одеська	10225	9 157	29,09	19,58	0,24	0,26
Полтавська	7961	8 212	40,88	35,27	0,15	0,12
Рівненська	8847	8 969	39,95	32,34	0,05	0,09
Сумська	8573	5 703	58,05	33,78	0,10	0,02
Тернопільська	6875	6 634	40,00	33,84	0,09	0,02
Харківська	17659	14 154	52,83	32,74	0,14	0,20
Херсонська	6736	5 821	41,67	29,66	0,09	0,09
Хмельницька	7309	6 549	36,67	27,84	0,04	0,08
Черкаська	8504	6 489	49,03	32,66	0,06	0,03
Чернівецька	6686	6 305	44,44	34,35	0,01	0,03
Чернігівська	6365	5 080	45,59	31,70	0,03	0,02
<i>Місто</i>						
Київ	21683	26 428	60,66	47,36	0,28	0,23
Севастополь	3690		74,98		0,05	

областях утримувалися за рахунок проведення операцій на нервовій системі та серці, що мають потенційно високу летальність. Більш високі показники післяопераційної летальності дітей у цілому упродовж останнього десятиліття реєструвалися при операціях на органах дихання (1,84% – у 2010 р., 2,15% – у 2019 р.), нервовій системі (3,0% і 1,84% відповідно), у т.ч. на головному мозку (3,44% і 2,2% відповідно), серці (2,15% і 1,72% відповідно) та при лапаротомічних діагностичних втручаннях (3,98% і 1,37% відповідно).

Про ефективну роботу стаціонарної ланки педіатричної служби свідчить основний показник її діяльності – лікарняна летальність. За останні 20 років її рівень знизився з 0,33% у 2000 р., 0,24% у 2010 р. до 0,17% у 2019 р., а динаміка зниження цього показника носила лінійний характер, що підтверджувала ефективність стаціонарної допомоги дітям. Зниження лікарняної летальності дітей віком

0–17 років відбулося в усіх регіонах. Порівняльна характеристика загальної летальності в розрізі регіонів за 2010–2019 рр. засвідчила, що найбільш інтенсивними темпами, у 3 рази і більше, знизився рівень летальності в Донецькій, Запорізькій, Кіровоградській, Тернопільській і Чернігівській областях. Високими (вищими за середні по Україні) утримувалися показники лікарняної летальності у Волинській (0,24%), Закарпатській (0,21%), Дніпропетровській (0,17%), Харківській (0,16%), Миколаївській (0,15%) областях і м. Києві (0,21%), а понад 0,1% – у Донецькій, Запорізькій, Кіровоградській, Полтавській, Сумській, Тернопільській і Чернігівській областях (табл. 7).

Звичайно, така різниця показників летальності в розрізі регіонів зумовлена як якістю медичної допомоги, так і деякими інфекційними та паразитарними хворобами (4,78%), і частотою пролікованих пацієнтів із хворобами, яким притаманна висока летальність. У цілому, показни-



Таблиця 7

Динаміка показників госпітальної летальності, Україна, 2010 і 2019 рр., %

Адміністративна територія	Загальна летальність		Летальність до 1 року	
	2010 р.	2019 р.	2010 р.	2019 р.
Україна	0,24	0,13	1,06	0,93
АР Крим	0,23	0,00	1,06	0,00
<i>Область</i>				
Вінницька	0,20	0,10	0,88	0,86
Волинська	0,27	0,24	0,90	1,15
Дніпропетровська	0,27	0,17	1,35	1,19
Донецька	0,29	0,07	1,29	1,42
Житомирська	0,22	0,12	0,80	0,67
Закарпатська	0,39	0,21	1,31	1,11
Запорізька	0,27	0,09	1,17	0,50
Івано-Франківська	0,28	0,11	1,53	1,03
Київська	0,21	0,12	0,86	0,82
Кіровоградська	0,22	0,07	1,05	0,83
Луганська	0,18	0,10	0,95	0,89
Львівська	0,29	0,12	1,46	1,06
Миколаївська	0,23	0,15	0,93	0,82
Одеська	0,29	0,13	0,96	0,87
Полтавська	0,18	0,09	0,66	0,56
Рівненська	0,28	0,14	1,08	1,11
Сумська	0,19	0,07	0,99	0,62
Тернопільська	0,19	0,06	1,06	0,79
Харківська	0,22	0,16	1,03	1,05
Херсонська	0,24	0,13	1,07	0,90
Хмельницька	0,15	0,12	0,62	0,72
Черкаська	0,21	0,10	0,98	0,73
Чернівецька	0,24	0,11	1,35	0,98
Чернігівська	0,18	0,05	0,72	0,82
<i>Місто</i>				
Київ	0,30	0,22	1,05	1,08
Севастополь	0,19	0,00	0,83	0,00

ки летальності серед дітей віком 0–17 років у 2019 р. формувалися за рахунок померлих від окремих станів, що виникають у перинатальному періоді (44,2%), природжених вад розвитку, деформацій та хромосомних аномалій (22,25%), новоутворень (8,4%), травм, отруєнь та деяких інших наслідків дії зовнішніх чинників (5,1%),

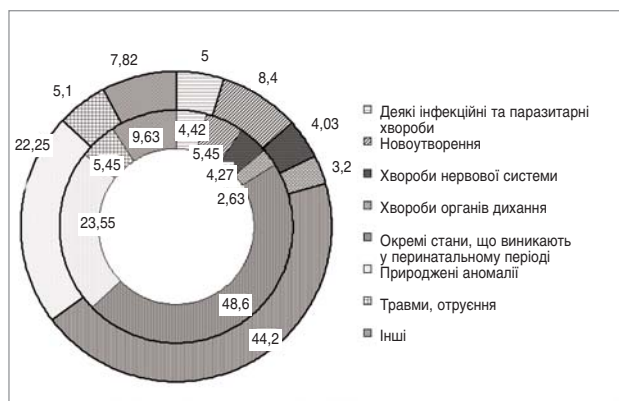


Рис. 1. Структура основних причин смерті хворих дітей у стаціонарах, Україна, 2010 і 2019 рр., %

деяких інфекційних та паразитарних хвороб (5,0%), хвороб органів дихання (3,2%).

За період 2010–2019 рр. у структурі летальності дітей зменшилася частота померлих від окремих станів, що виникають у перинатальному періоді, – з 48,6% до 44,2%, природжених вад розвитку, деформацій та хромосомних аномалій – з 23,55% до 22,25%, травм і отруєнь – з 5,45% до 5,1%, при зростанні частки новоутворень – з 5,45% до 8,4%, деяких інфекційних та паразитарних хвороб – з 4,42% до 5,0%, хвороб органів дихання – з 2,63% до 3,2% (рис. 1).

У рамках стаціонарної медичної допомоги традиційно вирішуються відповідальні державні завдання щодо зниження рівня малюкової смертності. За статистичними даними, близько 83% дітей першого року життя помирають у стаціонарних умовах. Зниження показника лікарняної летальності серед дітей першого року життя переважно визначило зниження рівня малюкової смертності в Україні (рис. 2).

У цілому, за період дослідження рівень лікарняної летальності дітей першого року життя знизився на 29,55% (1,32% — у 2000 р., 1,06% — у 2010 р., 0,93% — у 2019 р.). У структурі летальності дітей першого року життя перші провідні місця посіли окремі стани, що виникають у перинатальному періоді (63,75%), природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії (25,26%), інфекційні та паразитарні хвороби (2,46%), хвороби нервової системи (1,9%) та хвороби органів дихання (1,69%). Усе ще високий рівень летальності дітей першого року життя зумовлений високим рівнем летальності цього контингенту дітей від хвороб системи кровообігу (6,72%), природжених вад розвитку, деформацій та хромосомних аномалій (3,67%), окремих станів, що виникають у перинатальному періоді (2,04%).

Зниження рівня лікарняної летальності дітей до 1 року упродовж 2000–2019 рр. обумовлене багатьма чинниками: впровадженням всесвітньо визнаної медико-організаційної технології — трирівневої системи перинатальної допомоги, клінічних протоколів, що ґрунтуються на засадах доказової медицини; розвитком високотехнологічних методів діагностики і лікування; підвищенням кваліфікації лікарів — неонатологів, дитячих хірургів, реаніматологів-анестезіологів, педіатрів; зростанням діагностичних можливостей дитячих стаціонарів, особливо в області ендоскопії, променевої діагностики, функціональних методів дослідження.

Ефективне функціонування як усієї системи охорони здоров'я в цілому, так і стаціонарної допомоги дітям залежить від укомплектованості, професійної підготовки і кваліфікації медичних спеціалістів, які є головною, найбільш цінною і значущою частиною ресурсів охорони здоров'я. Прийнято вважати, що кадрова ситуація в стаціонарних закладах більш сприятлива порівняно з амбулаторно-поліклінічним сектором. Проте стан кадрового забезпечення лікарським персоналом дитячих лікарень показав неоднозначну ситуацію в обласних, міських і спеціалізованих дитячих лікарнях, де зосереджені основні види спеціалізованої медичної допомоги дітям, зібрані кращі лікарі-фахівці.

За даними державної статистики, укомплектованість лікарських посад у 2019 р. коливалася в різних профілях лікарень (92,33% — у дитячих обласних, 87,8% — у дитячих міських, 85,28% — у дитячих інфекційних, 75,4% — у дитячих інфекційних лікарнях, коефіцієнт



Примітка: дані малюкової смертності за 2019 р., попередні.  
**Рис. 2.** Динаміка малюкової смертності (на 1000 народжених живими) і лікарняної летальності дітей першого року життя (%), Україна, 2000–2019 рр.

сумісництва — 1,3, 1,2, 1,3 і 1,4 відповідно). Найскладніша кадрова ситуація відмічалася за такими спеціальностями, як анестезіологія-реаніматологія, дитяча хірургія, лікувальна фізкультура, лабораторна діагностика.

Наразі трансформаційні процеси в умовах реформування сфери охорони здоров'я вказують на необхідність перегляду основних принципів планування структури і ліжкової потужності діючих стаціонарів та чисельності медичного персоналу. Вже у 2020 р. в Україні планується переведення стаціонарної допомоги на фінансування за принципом закінченого випадку із застосуванням нового порядку реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення, у т.ч. дитячого. Цей принцип поширюється на всі ЗОЗ незалежно від форми власності та фізичних осіб — підприємців, які одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики для екстреної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої), паліативної медичної допомоги, медичної реабілітації, медичної допомоги дітям до 16 років, медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами (постанова Кабінету Міністрів України № 65 від 05.02.2020 «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році»).

Перспектива роботи дитячих стаціонарів у нових умовах вказує на необхідність перебування всієї системи управління, планування і господарювання лікарняних закладів, а також упорядкування міжбюджетних відносин, удосконалення нормативної бази дитячих лікарень, особливо в галузі постачання медичним обладнанням, медикаментозними засобами Потрібно продовжити розробку стандартів медичної

допомоги дітям за участю професійних медичних асоціацій, у т.ч. впровадження стандартів безпеки матері і дитини у стаціонарах. Доцільно здійснити вивчення і оцінку існуючої в Україні системи надання медичної допомоги дітям із розробкою оптимізованих протоколів її надання, реструктуризації дитячого ліжкового фонду відповідно до обґрунтованої потреби. Важливо сформулювати єдину систему моніторингу стаціонарної допомоги дитячому населенню, створити телекомунікаційні зв'язки між фахівцями та закладами державних і громадських структур.

### Висновки

На тлі негативних якісних характеристик стану здоров'я дітей зростає роль госпітальної допомоги, яка посідає провідне місце в системі організації медичної допомоги. У ХХ ст. нарощено ліжковий фонд для дітей і збільшено забезпечення ліжками для дітей за відсутності науково обґрунтованих нормативів.

За роки суверенності України проведено низку реорганізаційних заходів: упорядкування мережі лікарень та їх ліжкового фонду переважно за рахунок скорочення малопотужних, економічно не рентабельних лікарень; скорочення потужності ліжкового фонду за рахунок «непрацюючих» ліжок; розроблення порядку акредитації і ліцензування ЗОЗ та орієнтовних нормативів забезпечення дитячого населення стаціонарною допомогою; впровадження тимчасових галузевих уніфікованих стандартів якості надання стаціонарної медичної допомоги дитячому населенню.

Упродовж останніх 20 років закрито 61 малопотужну дитячу лікарню (55 міських дитячих, 4 інфекційні, 2 туберкульозні), зменшено загальну кількість педіатричних ліжок (з 59,3 тис. у 2000 р. до 39,5 тис. у 2019 р.),

забезпеченість ліжками (з 67,2 до 52,12 на 10 тис. дитячого населення відповідно).

Скорочення дитячого ліжкового фонду в країні не позначилося на показнику доступності стаціонарної допомоги дітям та ефективності функціонування стаціонарних закладів. Так, рівень госпіталізації дітей за останні роки утримувався в межах 215,0–183,0 на 1000 дитячого населення при 195,8 у 2001 р. При тенденції до скорочення середнього числа зайнятості ліжка за рік (294,8 – у 2000 р., 319,01 – у 2010 р., 294,77 – у 2001 р.) зменшилося середнє перебування на ліжку (відповідно 12,8, 9,87 і 8,82), що сприяло позитивній тенденції обігу ліжка (відповідно 22,97, 32,32 і 32,89) і свідчило про поліпшення ефективності використання ліжкового фонду для дітей.

Достатню ефективність стаціонарної медичної допомоги дітям підтверджено позитивною динамікою – зниженням рівня загальної летальності дітей у стаціонарах (0,33% – у 2000 р., 0,17% – у 2019 р.), летальності дітей першого року життя (1,06% і 0,93% відповідно) та післяопераційної летальності (0,15% і 0,11% відповідно).

Подальше удосконалення стаціонарної ланки педіатричної допомоги дітям доцільно спрямувати на: перегляд основних принципів планування структури і ліжкової потужності діючих стаціонарів; розроблення оптимізованих форм її надання; реструктуризацію дитячого ліжкового фонду відповідно до обґрунтованої потреби; переведення стаціонарної допомоги на фінансування за принципом закінченого випадку; створення телекомунікаційних зв'язків між фахівцями та закладами державних і громадських структур; формування єдиної системи моніторингу стаціонарної допомоги дитячому населенню.

*Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.*

### References/Література

1. Antypkin YuG, Reznichenko YuG, Yartseva MO. Influencing of the environmental factors on the status of healthy children of early age. (2012). *Perinatology and Pediatrics*. 1 (49): 48–51. [Антипкін ЮГ, Резниченко ЮГ, Ярцева МО. (2012). Вплив факторів навколишнього середовища на стан здоров'я дітей раннього віку. *Перинатологія і педіатрія*. 1 (49): 48–51. URL: [http://medlib.dp.gov.ua/jirbis2/images/fond\\_publications/perinatologiya-ipediatriya/perinatologiya-i-pediatriya\\_2012\\_1.pdf](http://medlib.dp.gov.ua/jirbis2/images/fond_publications/perinatologiya-ipediatriya/perinatologiya-i-pediatriya_2012_1.pdf)].
2. Antypkin YuH, Volosovets OP, Maidannik VH, Berezenko VS, Moiseienko RO, Vuhovska OV, Kryvopustov ta in. (2018, kviten 11). Stan zdorov'ia dityachoho naseleння — maibutnie krainy (chastyна 1). *Zdorov'ia dytyny*. 13 (1): 1–11. [Антипкін ЮГ, Волосовець ОП, Майданник ВГ, Березенко ВС, Моїсеєнко РО, Виговська ОВ, Кривоустов та ін. (2018, квітень 11). Стан здоров'я дитячого населення — майбутнє країни (частина 1). *Здоров'я дитини*. 13 (1): 1–11]. URL: <http://www.mif-ua.com/archiv/issue-34652>. doi: 10.22141/2224-0551.13.1.2018.127059.
3. Vaganov NN. (2009). *Medico-social and organizational problems of inpatient care for children in Russia; Acting speech*, Moscow: 27. [Варанов НН. (2009). Медико-социальные и организационные проблемы стационарной помощи детям в России; Актовая речь. Москва: 27. URL: <https://rmapo.ru/medical/38-vaganov-nn-mediko-socialnye-i-organizacionnye-problemy-stacionarnoy-pomoschi-detyam-v-rossii.html>].
4. Goyda NG, Koritsky GI. (2013, Jan 25). The concept of reforming of pediatric services in the Ternopil region. *Ukr. Med. Chronicle*. 4 (96): 135–138. [Гойда НГ, Корицький ГИ. (2013, січень 25). Концепція реформування педіатричної служби в Тернопільській області. *Укр. мед. часопис*. 4 (96): 135–138. URL: <https://www.umj.com.ua/article/62995/konceptiya-reformuvannya-pediatrichnoi-sluzhbi-v-ternopilskij-oblasti>].
5. Dudina OO, Slabkii GO, Moiseenko RO, Pedan VB, Zhilka NYa, Brin GO, Ostashko SI. (2008, Apr 12). Situational analysis of health care of chil-

- dren and toddlers in Ukraine. Part II. Safeguarding the principle of social justice for health of children and toddlers. *Bull. of social hygiene and org. of health care in Ukraine*. 2S: 9—16. [Дудіна ОО, Слабкий ГО, Моїсеєнко РО, Педан ВБ, Жилка НЯ, Бринь ГО, Осташко СІ. (2008, квітень 12). Ситуаційний аналіз стану охорони здоров'я дітей та підлітків в Україні. Частина II. Забезпечення принципу соціальної справедливості щодо здоров'я дітей та підлітків. *Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України*. 2: 9—16]. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/VSG\\_2014\\_2\\_13\\_6](http://nbuv.gov.ua/UJRN/VSG_2014_2_13_6).
6. CMU. (2020). Some Issues of Implementation of the of State Guarantees Program of Public Health Services in 2020: Cabinet of Ministers Resolution № 65 of 05.02.2020. [КМУ. (2020). Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році. Постанова КМУ від 05.02.2020 № 65]. URL: [zakon.rada.gov.ua/65-2020-p](http://zakon.rada.gov.ua/65-2020-p).
7. Ministry for Development of economy and Trade. (2017). National Report on Sustainable Development Goals: Ukraine.. Electronic resource. [Міністерство економічного розвитку і торгівлі України. (2017). Цілі Сталого Розвитку: Україна. Національна доповідь. Електронний ресурс]. URL: [http://un.org.ua/images/SDGs\\_NationalReportUA\\_Web\\_1.pdf](http://un.org.ua/images/SDGs_NationalReportUA_Web_1.pdf).
8. State of health of the population of Ukraine and results of activities of healthcare institutions (2001). Annual Report. 2000. Edited V. Moskalenko. Kyiv: 304. [Стан здоров'я населення України та результати діяльності закладів охорони здоров'я (2001). Щорічна доповідь. 2000 рік. За ред. В. Москаленка. Київ: 304].
9. Khvisyuk OM, Tsodikova OA, Rozhnov OO. (2015, March 23). How to save and improve an outpatient care for children in megalopolis on the stage of industry reforming. *Problems of continuing medical education and science*. 1: 6—12. [Хвисьюк ОМ, Цодікова ОА, Рожнов ОО. (2015, березень 23). Як зберегти та покращити амбулаторно-поліклінічну допомогу дітям у мегалополісі на етапі реформування галузі. *Проблеми безперервної медичної освіти та науки*. 1: 6—12. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Psmno\\_2015\\_1\\_3](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Psmno_2015_1_3).

### Відомості про авторів:

**Марушко Ростислав Володимирович** — д.мед.н., зав. науково-організаційним відділенням ДУ «ІПАГ імені акад. О.М. Лук'янової НАМН України».

Адреса: м Київ, вул. П. Майбороди, 8; тел.: (044)484-18-71. <https://orcid.org/0000-0001-7855-1679>

**Дудіна Олена Олександрівна** — к.мед.н., ст.н.с., пров.н.с. науково-організаційного відділення ДУ «ІПАГ імені акад. О.М. Лук'янової НАМН України».

Адреса: м Київ, вул. П. Майбороди, 8; тел.: (044)483-92-59. <https://orcid.org/0000-0001-9828-976X>

**Марушко Тетяна Лемарівна** — к.мед.н., ст.н.с. відділення проблем харчування та соматичних захворювань дітей раннього віку ДУ «ІПАГ імені акад. О.М. Лук'янової НАМН України».

Адреса: м Київ, вул. П. Майбороди, буд. 8. <https://orcid.org/0000-0001-5139-882X>

Стаття надійшла до редакції 15.02.2020 р.; прийнята до друку 12.03.2020 р.