

Інституціоналізація метрополійного простору у сфері громадського здоров'я України в умовах воєнного стану та COVID-пандемії

I. М. Хоменко¹, О. М. Гладун², О. П. Корнійчук², Н. О. Сeryогіна¹, О. П. Івахно¹

¹Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ

²Інститут демографії та проблем якості життя НАН України, м. Київ

Прискорення інституційних змін у реформі адміністративно-територіального устрою та розбудові метрополійних регіонів в інтересах громадського здоров'я з метою зниження захворюваності та смертності населення на основі пріоритетного розвитку сімейної медицини, укрупнення і створення надсучасних багатопрофільних лікарень має перспективу розвитку в Україні. Міста Дніпро, Київ, Одеса входять до міжнародного проекту «Fast Track» як глобальне партнерство між містами під егідою Міжнародної Асоціації постачальників послуг по лікуванню СНІДу (ІАРАС).

Критеріям особливого статусу відповідають м. Київ та Дніпро-Кам'янська агломерація. За попередніми оцінками реформування адміністративно-територіального устрою в Україні, на обласному рівні можуть бути створені метрополіси у двадцять п'яти регіонах України. До них, вірогідно, будуть віднесені міста – Запоріжжя, Вінниця, Кривий Ріг, Суми, Хмельницький, Черкаси, Житомир, Чернівці, Миколаїв, Полтава, Чернігів та інші міста (після деокупації).

Мета дослідження: аналіз стану захворюваності і смертності на соціально небезпечні хвороби в містах-метрополісах України та в Харківському метрополійному регіоні, обґрунтування потреби в інституційному забезпеченні розвитку системи громадського здоров'я у межах метрополійного простору України з метою покращення здоров'я населення.

Матеріали та методи. Проаналізовані статистичні відомості Департаментів охорони здоров'я метрополісів міст Києва, Дніпра, Одеси, Львова, Харкова, Державної служби статистики України, Центру медичної статистики МОЗ України за 2010, 2013–2014, 2018–2020 рр. Дослідження здійснено на засадах системного підходу з використанням методів порівняльного графічного аналізу та синтезу, абстрагування, логічного узагальнення.

Результати. Оцінено показники захворюваності і смертності населення та особливості функціонування систем охорони здоров'я метрополісів України (Київ, Харків, Одеса, Львів, Дніпро) та в межах Харківського метрополійного регіону. Проведено порівняльний аналіз захворюваності на окремі соціально небезпечні хвороби – артеріальну гіпертензію, інсульт, ВІЛ/СНІД та смертності від СНІДу в містах-метрополісах України у динаміці 2010, 2013–2014, 2018–2020 рр. На прикладі Харківської міської агломерації, до якої входять м. Харків, Харківська, Полтавська та Сумська області, оцінено вплив змін у первинній медичній допомозі на захворюваність населення метрополійного регіону. Обґрунтовано необхідність інституціоналізації метрополійних процесів шляхом прийняття Закону України «Про метрополізацію» та його підзаконних актів.

Висновки. Для збереження здоров'я населення в умовах воєнного стану та пандемії COVID-19 доцільним є прискорення реформи адміністративно-територіального устрою щодо укрупнення громад, районів, областей в інтересах розбудови сучасної потужної мережі медичних закладів для їх інтеграції в межах метрополійного простору на основі прийняття Закону України «Про метрополізацію» та його підзаконних актів, враховуючи науково-експертне обговорення концептуальних підходів та закордонний досвід.

Ключові слова: інституціоналізація, громадське здоров'я, метрополіси, сімейна медицина, надзвичайні ситуації.

Institutionalization of the metropolitan space in the field of public health of Ukraine in the conditions of martial law and the COVID-19 pandemic

I. M. Khomenko, O. M. Gladun, O. P. Korniychuk, N. O. Seryogina, O. P. Ivakhno

Accelerating institutional changes in the reform of the administrative-territorial system and the development of metropolitan regions in the interests of public health with the aim of reducing the morbidity and mortality of the population based on the priority development of family medicine, the consolidation and creation of state-of-the-art multidisciplinary hospitals has a development perspective in Ukraine. The cities of Dnipro, Kyiv, Odesa are included in the international project "Fast Track" as a global partnership between cities under the auspices of the International Association of AIDS Treatment Providers (IAAPAC).

The city of Kyiv and the Dnipro-Kamensk agglomeration meet the criteria for special status. According to preliminary estimates of the reform of the administrative-territorial system in Ukraine, metropolises can be created at the regional level in twenty-five regions of Ukraine. They will probably include the cities of Zaporizhzhya, Vinnytsia, Kryvyi Rih, Sumy, Khmelnytskyi, Cherkasy, Zhytomyr, Chernivtsi, Mykolaiv, Poltava, Chernihiv and other cities (after deoccupation).

The objective: to analyze the state of morbidity and mortality from socially dangerous diseases in the metropolitan cities of Ukraine and in the Kharkiv metropolitan region and justification of the need for institutional support for the development of the public health system within the metropolitan area of Ukraine in order to improve the health of the population.

Materials and methods. Statistical information of the Departments of Health Protection of the metropolitan cities of Kyiv, Dnipro, Odesa, Lviv, Kharkiv, the State Statistics Service of Ukraine, the Center for Medical Statistics of the Ministry of Health of Ukraine for 2010, 2013–2014, 2018–2020 was analyzed. The research was carried out on the basis of a systematic approach using methods of comparative graphic analysis and synthesis, abstraction, logical generalization.

Results. The indicators of morbidity and mortality of the population and the peculiarities of the functioning of the health care systems of the metropolises of Ukraine (Kyiv, Kharkiv, Odesa, Lviv, Dnipro) and within the Kharkiv metropolitan region were evaluated. A comparative analysis of the incidence of certain socially dangerous diseases – hypertension, stroke, HIV/AIDS and AIDS-related deaths in metropolitan cities of Ukraine in the dynamics of 2010, 2013–2014, and 2018–2020 was carried out. Using the example of the Kharkiv urban agglomeration, which includes Kharkiv city and Kharkiv, Poltava and Sumy regions, the impact of changes in primary medical care on the morbidity of the population of the metropolitan region was assessed. The need for institutionalization of metropolitan processes through the adoption of the Law of Ukraine “On Metropolitanization” and its by-laws is substantiated.

Conclusions. In order to preserve the health of the population in the conditions of martial law and the COVID-19 pandemic, it is expedient to accelerate the reform of the administrative and territorial system regarding the consolidation of communities, districts, and regions in the interest of building a modern powerful network of medical institutions for their integration within the metropolitan area based on the adoption of the Law of Ukraine “On Metropolitanization” and its by-laws, taking into account the scientific and expert discussion of conceptual approaches and foreign experience.

Keywords: institutionalization, public health, metropolises, family medicine, emergency situations.

Трехетапний період докорінної трансформації системи охорони здоров'я в Україні у рамках реформи територіальної децентралізації передбачав створення з 2014 р. протягом наступних послідовних п'ятирічних періодів: економічно спроможних територіальних громад, а в їх межах – закладів первинної медичної допомоги (ПМД); укрупнених районів і на їх базі – госпітальних округів; у межах існуючих областей – університетських клінік.

Законодавчі зміни до удосконалення надання медичної допомоги, прийняті у липні 2022 р., включали запровадження кластерних систем із збереженням існуючої мережі закладів охорони здоров'я [1].

Наступним соціально-економічним напрямом розвитку в рамках євроінтеграції конкурентоспроможних регіонів в Україні має стати розвиток сучасних метрополісів [2, 3].

За оцінками I. G. Savchuk (2014), метрополійний простір є системою з відповідними полями впливу міста-метрополісу [4]. Опрацювання стану та перспектив інституціоналізації метрополійного простору, насамперед у сфері громадського здоров'я, визнано недостатньо структурованим і таким, що не відповідає потребам розбудови конкурентоспроможних метрополісів в Україні [5]. Що стосується досліджень розвитку великих міст, то методологічна оцінка цих процесів викладена у працях P. Taylor (2015) щодо Лондона як глобального міста [6], Brunet Roger (1989) досліджено особливості просторового розвитку метрополісів Європи [7], E. Moraine (2014) зроблені припущення щодо майбутнього розвитку інфраструктури великих міст [8].

Мета дослідження: аналіз стану захворюваності і смертності на соціально небезпечні хвороби у містах-метрополісах України та в Харківському метрополійному регіоні і обґрунтування на цій основі потреби в інституційному забезпеченні розвитку системи громадського здоров'я у межах метрополійного простору України з метою покращення здоров'я населення.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження присвячені розгляду підходів до формування урядової політики щодо створення сучасної системи громадського здоров'я метрополійного ре-

гіону в умовах надзвичайних ситуацій, пов'язаних з COVID-пандемією та широкомасштабною військовою агресією РФ проти України [9–12].

Статистичні відомості для розрахунків отримані нами безпосередньо від Департаментів охорони здоров'я метрополісів міст Києва, Дніпра, Одеси, Львова, Харкова, Державної служби статистики України та Центру медичної статистики МОЗ України [13, 14].

Було проведено порівняльний аналіз показників захворюваності на окремі соціально-значущі хвороби – артеріальну гіпертензію, інсульт, ВІЛ/СНІД та смертності від СНІДу у містах-метрополісах України у 2010, 2013–2014, 2018–2020 рр. Обґрунтовано необхідність інституціоналізації метрополійних процесів шляхом розгортання науково-експертної дискусії з прийняття Закону України «Про метрополізацію» та підзаконних актів. У дослідженні перевірялася теоретична модель пріоритетності розвитку ПМД у системі охорони здоров'я за її доступністю і якістю для мешканців міст-метрополій через вплив на захворюваність та смертність населення у 2010 р., 2013–2014 рр. та 2018–2020 рр.

На прикладі Харківської міської агломерації оцінено зміни у ПМД метрополійного регіону, до якого входять м. Харків, Харківська, Полтавська та Сумська області, на виклики екстреної медичної допомоги (ЕМД) у 2010 р., 2013–2014 рр. та 2018–2020 рр. За експертними оцінками [15], метрополійний простір включає три зони тяжіння кожного з метрополісів:

- зона тяжіння №1 з радіусом впливу метрополісу до 15 км, до якої входять пацієнти, які не проживають, але працюють в метрополісі, нерідко укладають декларації з лікарями ПМД у закладах, які належать до метрополісу;
- зона тяжіння №2 поширюється до 60 км від краю забудови міста-метрополісу, до якої включені пацієнти, які не проживають, але працюють у метрополісі, при нагоді відвідують кластерні заклади метрополісу;
- зона тяжіння №3 охоплює до 300 км від краю забудови метрополісу, до неї входять пацієнти із місць проживання чи роботи у цій зоні, у найбільш складних випадках можуть відвідувати надкластерні заклади метрополісу.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

До урбанізованого ареалу міста-метрополісу входять громади міста та всі віддалені населені пункти, активне населення яких працює у просторі агломерації. В Україні де факто діє п'ять метрополісів – міста Київ, Львів, Харків, Дніпро, Одеса, після деокупації може бути включено і м. Донецьк. Місто-метрополіс в Україні зазвичай виступає обласним (районним) центром, який згідно із Законом України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги» [1] несе відповідальність за організацію та надання спеціалізованої медичної допомоги.

Для України характерним є межування міста-метрополісу з адміністративними районами кількох сусідніх областей. Метрополіс – це міська агломерація, яка виникла як наслідок територіального злиття великого міста з поселеннями, що розміщені навколо нього, або агломерацій метрополійного ареалу (два міста і більше) [15]. Метрополізація – це процес формування метрополісів-регіонів. При цьому підтверджено, що для конкурентного розвитку чисельність населення метрополісів повинно становити 650 тис. осіб та 400–500 тис. робочих місць [3]. Це при тому, що урбанізованим вважається місто з населенням щонайменше 50 тис. осіб або урбанізована територія з населенням не менше 50 тис. із загальним населенням мегаполісу не менше 100 тис. осіб [16].

Автори вважають, що метрополізація у сфері охорони здоров'я – це система впливу центру розвитку регіону (департаменту охорони здоров'я міста) на структурні зміни в системі охорони здоров'я метрополійного простору.

Ключовою ланкою для гармонізації нерівності регіонів у межах метрополійного простору є розвиненість у кожній громаді села та міста ПМД на засадах сімейної медицини. Доступність цього виду медичної допомоги в умовах воєнного стану є визначальним чинником впливу на формування динаміки захворю-

ваності на соціально небезпечні хвороби та їхні хронічні форми. Насамперед, це стосується онкологічних, серцево-судинних захворювань, туберкульозу, ВІЛ/СНІДу [17]. Зазначене вище спричинить навантаження на спеціалізовану медичну допомогу в районах та областях [18]. Врешті буде підвищуватися вплив системи охорони здоров'я міст та метрополісів, районних центрів на інфраструктуру громад. У зв'язку з цим виникне необхідність актуалізації цифровізації при наданні медичної допомоги містами-метрополісами. Це вимагатиме гармонізації і координації діяльності системи охорони здоров'я метрополійного регіону для забезпечення доступності та якості медичної допомоги у віддалених від міста-метрополісу громадах.

Інституціоналізація у сфері охорони здоров'я метрополійного простору – це розроблення і впровадження комплексу заходів центральної і місцевої влади з метою розбудови нової, взаємоінтегрованої на засадах субсидіарності інфраструктури громадського здоров'я.

Система охорони здоров'я метрополісів – це процес концентрації різних видів надання медичної допомоги, насамперед спеціалізованої, через мережу кластерних і надкластерних закладів в умовах високої щільності населення. Сфера охорони здоров'я, яка належить до соціального простору, корелює з економічним показником, який визначається економіко-географічним положенням як держави в цілому, так і метрополісів. Концентровані кільця надання послуг закладами того чи іншого виду медичної допомоги визначаються зонами впливу метрополісів на метрополійний регіон. Для віддалених громад є певна загроза несвоєчасного отримання медичних послуг.

Актуальним є розроблення кластера – агломерації взаємопов'язаних закладів охорони здоров'я на території метрополісу з розкриттям конкурентних переваг кластерної моделі [19, 20]. При цьому система охорони здоров'я метрополісу в Україні, в особі надкластерних закладів, які надають спеціалізовану медичну допомогу, є похідною в агломерації.

Коефіцієнт викликів екстреної медичної допомоги на 100 тис. середньорічної чисельності населення Харківської, Полтавської і Сумської областей у зоні метрополійного тяжіння м. Харкова у 2010, 2013-2014, 2018–2020 рр.

Метрополія однополюсна (1–3 зони тяжіння)	Коефіцієнт викликів на 100 тис. середньорічної чисельності населення	Метрополія однополюсна (1–3 зони тяжіння)	Коефіцієнт викликів на 100 тис. середньорічної чисельності населення
2010 р.		2013 р.	
Харків (1)	19982	Харків (1)	24214,0
Харківська (2)	27834,8	Харківська (2)	26886,9
Полтавська (3)	31609,6	Полтавська (3)	23015,8
Сумська (3)	28624,1	Сумська (3)	23189,1
2014 р.		2018 р.	
Харків (1)	17294,0	Харків (1)	17715,0
Харківська (2)	28938,8	Харківська (2)	24676,3
Полтавська (3)	23540,4	Полтавська (3)	22467,7
Сумська (3)	21142,5	Сумська (3)	17659,9
2019 р.		2020 р.	
Харків (1)	21341,6	Харків (1)	20101,3
Харківська (2)	21182,9	Харківська (2)	19891,7
Полтавська (3)	20944,7	Полтавська (3)	18741,5
Сумська (3)	19655,5	Сумська (3)	18303,1

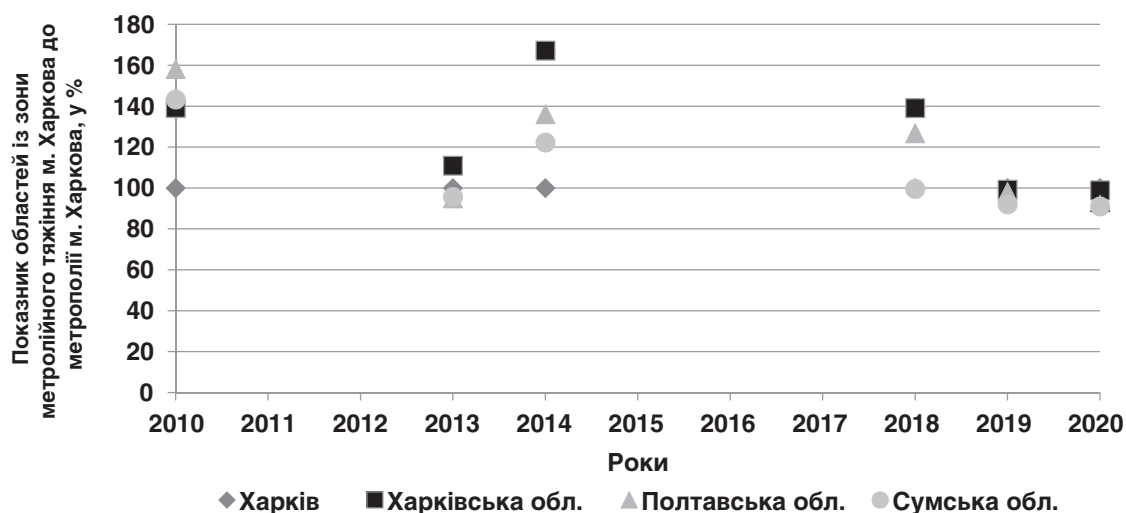


Рис. 1. Показники викликів екстреної медичної допомоги Харківської, Полтавської, Сумської областей із зони метрополітного тяжіння м. Харкова до показників метрополії у 2010 р., 2013–2014 рр., 2018–2020 рр. (м. Харків – 100%)

Визначення метрополісу зафіксовано у законах Франції, Польщі та інших держав [21, 22]. Будь-яке нормативно-правове визначення метрополісу в Україні відсутнє. Територіальне злиття великого міста з розміщеними навколо нього поселеннями або двох сусідніх і більше міст породжує метрополісу як форму міської агломерації [11]. Охорона здоров'я метрополісу охоплює як медичні установи, які входять до п'ятикілометрової зони від межі міста, так і заклади, які розташовані в радіусі до 300 км. Система надання медичних послуг та допомоги у межах тяжіння метрополісу утворює її сферу охорони здоров'я.

Актуальність впровадження формування системи надання медичних послуг населенню в межах тяжіння метрополісу певним чином підтверджується проведе-

ним порівняльним аналізом за 2010 р., 2013–2014 рр., 2018–2020 рр. коефіцієнтів викликів ЕМД на 100 тис. населення метрополітного простору м. Харкова, який включає Харківську, Полтавську та Сумську області (таблиця).

Цей показник опосередковано вказує на недостатній рівень медичної освіченості населення та доступності медичних послуг, насамперед ПМД. Для цього було проаналізовано період з 2010 р., коли в Україні було розпочато зміни у ПМД у пілотних регіонах – Дніпропетровській, Донецькій, Вінницькій областях та м. Києві [23]. Щодо ЕМД, то її інституційне структурування розпочалося з 2012 р. після прийняття відповідного закону [24]. Нарощування потенціалу ПМД і охоплення нею 30 млн.

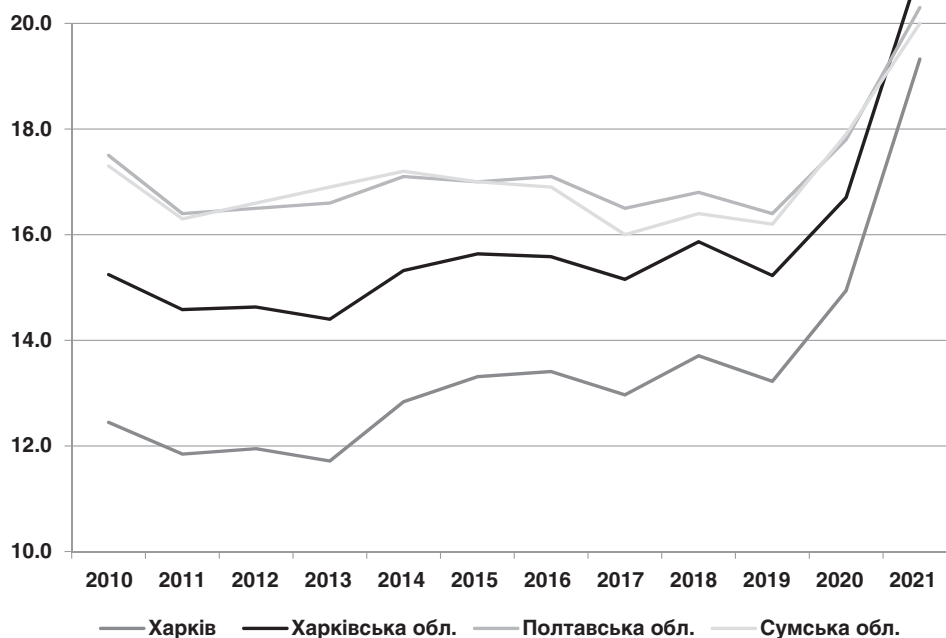


Рис. 2. Загальні показники смертності по м. Харкову, Харківській, Полтавській та Сумській областях, 2010–2021 рр.

НА ДОПОМОГУ ЛІКАРЮ - ПРАКТИКУ

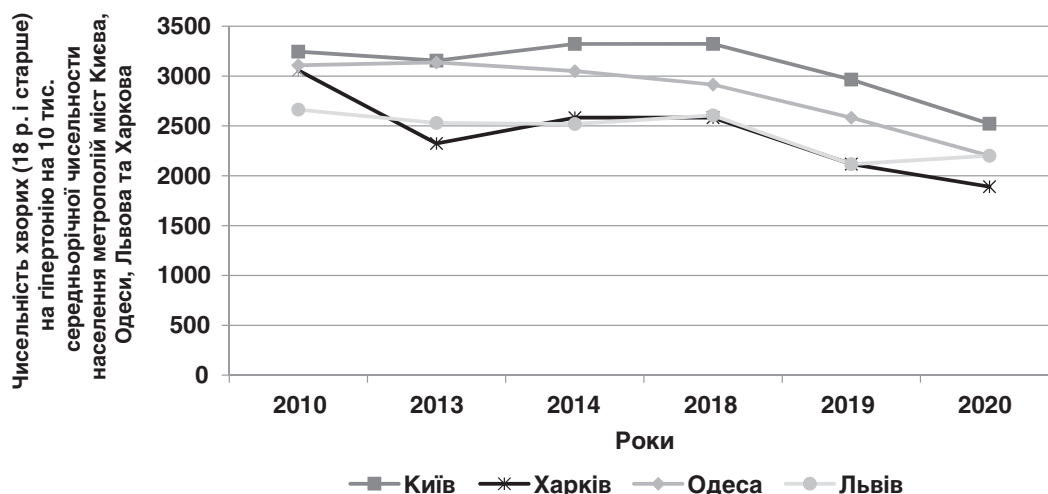


Рис. 3. Чисельність хворих (віком 18 років і старше) на артеріальну гіпертензію на 10 тис. середньорічної чисельності населення метрополій міст Києва, Одеси, Львова та Харкова у 2010 р., 2013–2014 рр., 2018–2020 рр.

610 тис. осіб (75% населення, яке уклало угоду із сімейним лікарем через Національну службу здоров'я України станом на 2022 р.) може сприяти збільшенню частки осіб, які своєчасно звертаються до лікаря і цим зменшують потребу у послугах ЕМД [25].

У 2018 р. у Харкові порівняно з 2010 р. простежувалось зменшення кількості викликів ЕМД на 11,3% [13, 14]. Насамперед це свідчить про покращення надання ПМД.

Порівняльний аналіз кількості викликів екстреної медичної допомоги в Харківській міській агломерації продемонстрував, що у 2010 р., 2014 р. і 2018 рр. місто Харків мало нижчі показники частоти викликів ЕМД серед областей власного метрополійного простору. Характерно, що Харківська область у 2013–2014 рр., 2018–2020 рр. перебувала на останньому і передостанньому місцях. За період 2019–2020 рр. Харків опинив-

ся на останньому місці з перевищенням середніх значень по Україні – 21202,7 і 19017,0 відповідно (рис. 1).

Незважаючи на це, протягом 2010–2021 рр. смертність у місті Харкові була нижча, ніж в областях, які розташовані у зоні його тяжіння (рис. 2).

Це пояснюється не тільки кращим рівнем медичного обслуговування на первинному рівні, але ще й тим, що за віковою структурою у Полтавській та Сумській областях переважає населення літнього віку, ніж у м. Харкові та Харківській області. Протягом 2010–2019 рр. загальний коефіцієнт смертності у Полтавській та Сумській областях знаходився практично на одному рівні. Зростання викликів ЕМД та загального коефіцієнту смертності у м. Харків та Харківській області після 2014 р. може бути пояснений тим, що вони прийняли значну кількість внутрішньо переміщених

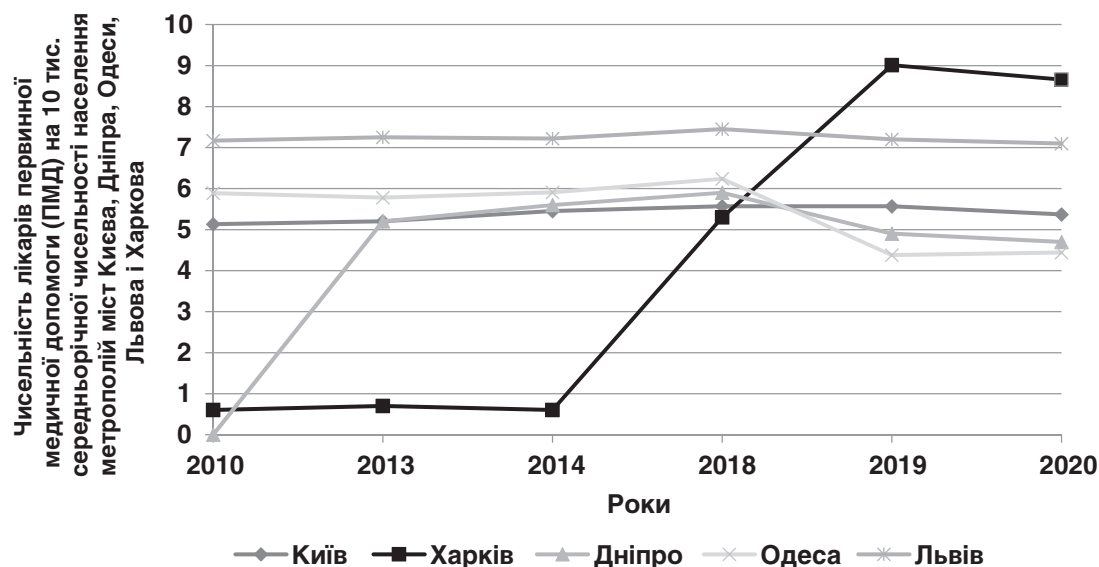


Рис. 4. Чисельність лікарів первинної медичної допомоги на 10 тис. середньорічної чисельності населення метрополій міст Києва, Дніпра, Одеси, Львова і Харкова у 2010 р., 2013–2014 рр., 2018–2020 рр.

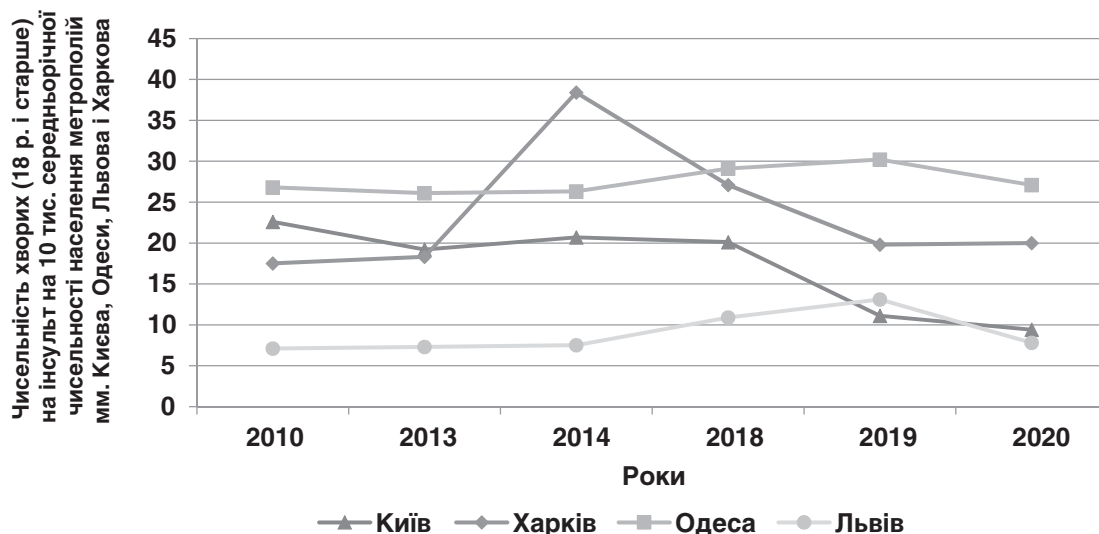


Рис. 5. Чисельність хворих (18 років і старше) на інсульт на 10 тис. середньорічної чисельності населення метрополій міст Києва, Одеси, Львова і Харкова у 2010 р., 2013–2014 рр., 2018–2020 р.

осіб з Донецької та Луганського областей, що підвищило навантаження на медичну систему.

Загальне зростання смертності у 2020 р., та особливо у 2021 р., пояснюється великою кількістю смертей від COVID-19. У 2021 р. в Україні смертність від COVID-19 посіла друге місце (12,3%) після хвороб системи кровообігу (60,1%) та новоутворень (10,4%).

Динаміка захворюваності (для осіб віком 18 років і старше) на артеріальну гіпертензію, інсульт, ВІЛ/СНІД та смертність від СНІДу у 2010 р., 2013–2014 рр., 2018–2020 рр. на 10 тис. середньорічної чисельності населення серед метрополісів України – міст Києва, Харкова, Одеси та Львова, на тлі забезпеченості медичними кадрами ПМД, несе ризики передчасної смертності. Визначено зниження захворюваності на артеріальну гіпертензію у м. Харкові у 2018 р. порівняно з 2010 р. (рис. 3). Дані по м. Харкову включають інформацію по всій Харківській агломерації. Що сто-

сується м. Дніпро, то Департамент охорони здоров'я не надав інформацію за 2019 р., 2020 р. у зв'язку з особливостями звітності в період дії воєнного стану [26].

Позитивна динаміка у м. Харкові певним чином корелює із збільшенням кількості лікарів ПМД (рис. 4), підвищенням уваги до профілактики неінфекційних захворювань в Україні [27].

За період з 2018 по 2019 рр. зафіксовано зростання захворюваності на інсульт у м. Харкові на 8,1% (при її зниженні у 2018 р. порівняно з 2014 р. на 50%) – рис. 5.

У м. Харкові зберігалась тенденція зростання захворюваності на ВІЛ/СНІД у 2018 р. порівняно з 2010 р. у 3,2 раза (рис. 6).

Для метрополісів України Одеси і Львова негативною тенденцією є зростання захворюваності на ВІЛ/СНІД на фоні COVID-пандемії та військової агресії РФ проти України, окрім міст Києва, Харкова та, певним чином, Дніпра (рис. 7).

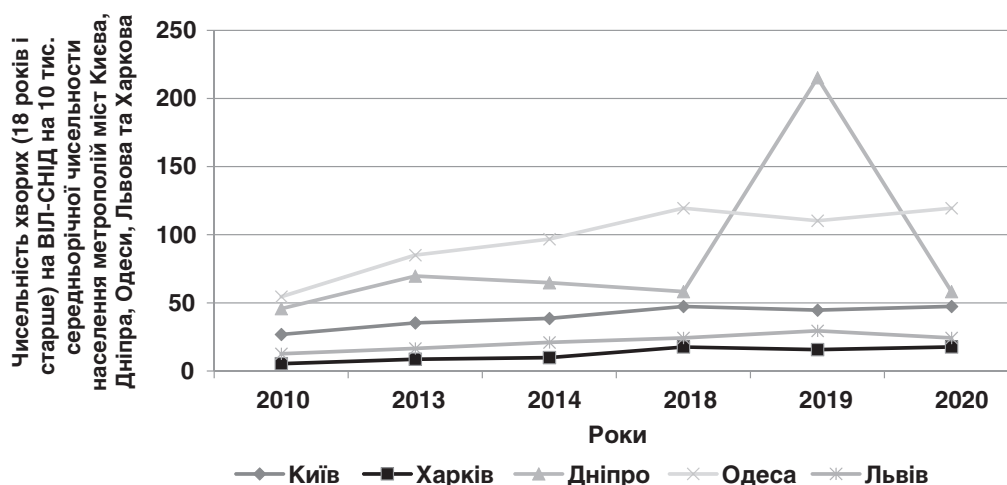


Рис. 6. Чисельність хворих (18 років і старше) на ВІЛ/СНІД на 10 тис. середньорічної чисельності населення метрополій міст Києва, Дніпра, Одеси, Львова і Харкова у 2010 р., 2013–2014 рр., 2018–2020 рр.

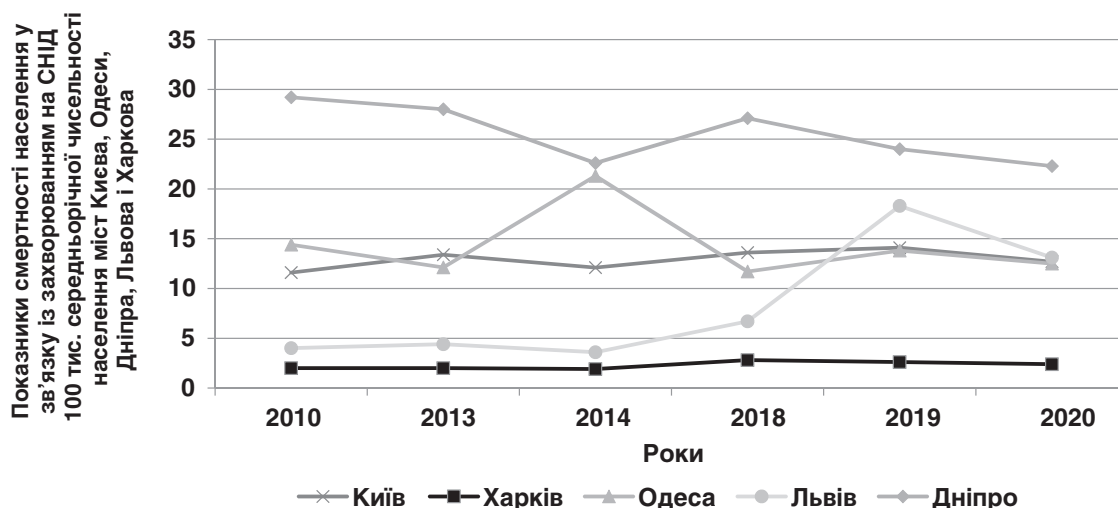


Рис. 7. Показники смертності населення у зв'язку із захворюванням на СНІД на 100 тис. середньорічної чисельності населення метрополій міст Києва, Дніпра, Одеси, Львова і Харкова у 2010 р., 2013–2014 рр., 2018–2020 р.

Міста Харків та Київ порівняно з іншими метрополісами – Одесою, Львовом, у 2019 р. по відношенню до 2020 р. мали нижчі темпи показників смертності від СНІДу. За експертними оцінками, одним із чинників зниження захворюваності на артеріальну гіпертензію та інсульт у 2017–2018 рр. було впровадження з 2017 р. урядової програми «Доступні ліки». Витрати за цією програмою покриваються з державного бюджету.

Іншим фактором зниження захворюваності на артеріальну гіпертензію та інсульт, вірогідно, є запровадження у 2018–2019 рр. електронної системи охорони здоров'я в Україні у межах ПМД, а з середини 2020 р. – у рамках спеціалізованої медичної допомоги. Це забезпечило перехід від паперової до електронної звітності та покращило доступність населенню до медичної допомоги.

Незважаючи на окремі заходи з покращання доступності медичної допомоги протягом 2010–2019 рр. у трьох містах спостерігалася тенденція до збільшен-

ня рівня смертності: за цей період смертність у Києві зросла з 10,5% до 11,2%, у Харкові – з 12,4% до 13,2%, у Львові – з 10,5% до 11,7%. У Дніпрі протягом зазначеного періоду відбувалося коливання рівня смертності, але і в 2010 р., і в 2019 р. загальний коефіцієнт смертності дорівнював 14,1%, а в Одесі навіть відбулось незначне зниження рівня смертності – з 13,0% до 12,8% (рис. 8).

Підвищення рівня смертності збігається із загальною тенденцією в Україні. Особливістю цих міст є і те, що після 2014 р. вони прийняли значну частку внутрішньо переміщених осіб з АР Крим, Донецької та Луганської областей. Відмінності у коливанні загального коефіцієнта смертності може бути пояснено статеві-віковим складом населення, а стосовно стрімкого підвищення у 2020 р. та 2021 р., воно обумовлено «додатковими» смертями внаслідок захворювання на COVID-19. Збільшення смертності в Україні відбува-

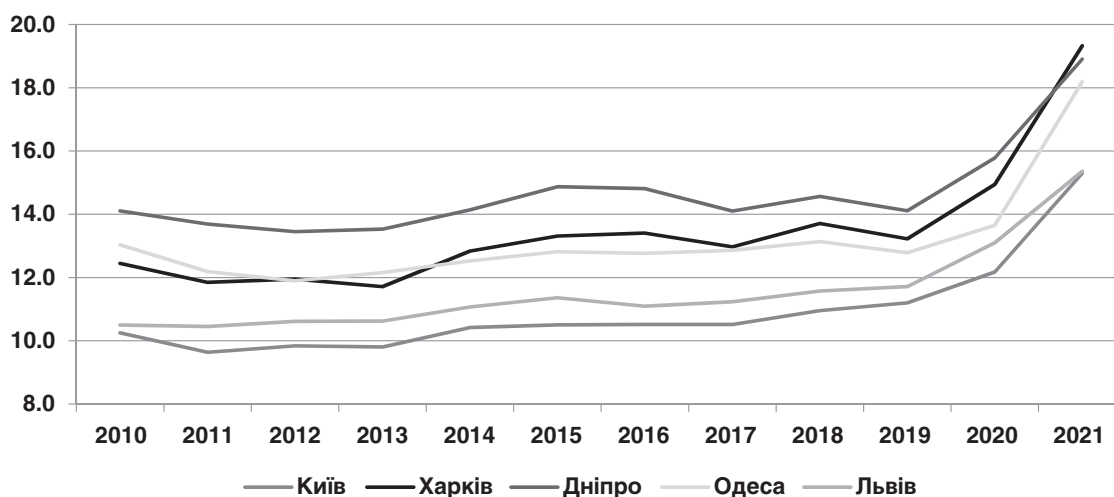


Рис. 8. Загальні коефіцієнти смертності всього населення метрополій міст Києва, Дніпра, Одеси, Львова і Харкова у 2010-2021 рр.

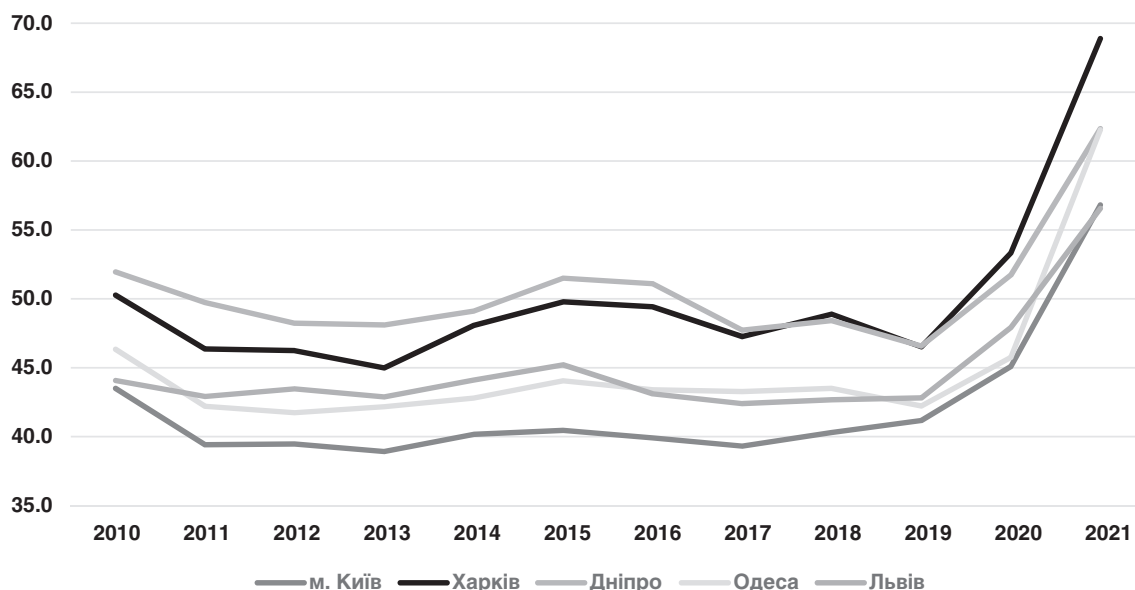


Рис. 9. Загальні коефіцієнти смертності населення віком 60 років і старше метрополій міст Києва, Дніпра, Одеси, Львова і Харкова у 2010–2021 рр.

ється за рахунок приросту показника від захворювань системи кровообігу, одним із найважливіших факторів ризику якої є артеріальна гіпертензія.

Причиною зростання показників є несвоєчасна діагностика та неефективне лікування на рівні ПМД, недостатня профілактична діяльність лікарів загальної практики-сімейних лікарів, на тлі нездорового способу життя населення та соціального стресу під час пандемії і військового стану. Що стосується рівня смертності населення цих міст у віці 60 років і старше, то загальний коефіцієнт смертності значно перевищує цей показник для всього населення, що є природним (рис. 9). Протягом десяти років (2010–2019 рр.) також спостерігалися коливання рівня загального коефіцієнта смертності, проте амплітуда коливань була значно більшою. Це також є природним, зважаючи на зменшення обсягу сукупності: чим менша сукупність, тим більшими є коливання значень відносних показників.

Порівнюючи дані, наведені на рис. 8 та 9, можна відзначити, що найменший рівень смертності спостерігається у Києві, найвищий – у Дніпрі. Стрибок рівня смертності у сукупності населення віком 60 років і старше у 2020 р. та 2021 р. також обумовлений епідемією COVID-19. У Харкові у 2021 р. порівняно з 2019 р., загальний коефіцієнт смертності збільшився на 48,1%, в Одесі – на 47,5%, Києві – на 38,0%, Дніпрі – на 33,9% та у Львові – на 32,1% [19]. Це значне зростання свідчить про необхідність підвищення уваги до профілактики та лікування неінфекційних захворювань саме у віковій групі 60+ [14, 27, 28].

Зазначене вказує на потребу охоплення проектом «Fast Track» решти метрополісів України – міст Львова та Харкова і міст-кандидатів у метрополіси для запровадження більш ефективних діагностичних та лікувальних заходів та єдиних статистичних підходів до оцінювання даних на прозорій і доказовій базі [12].

Надлишкові витрати на придбання високовартісного медичного обладнання у межах системи охорони здоров'я метрополісу упереджуються за рахунок ефективного завантаження наявної медичної техніки. Проте сьогодні для цього відсутні законодавчі підстави координації дій з боку департаменту охорони здоров'я м. Харкова щодо закладів охорони здоров'я громад, міст, сіл та областей, які входять в зону тяжіння метрополісу. При цьому також необхідне дотримання принципу субсидіарності. Наприклад, у Франції ця позиція не регламентується законами та постановами урядів «Про метрополізацію» [21].

ВИСНОВКИ

В Україні де-факто існують п'ять метрополісів – міста Київ, Харків, Дніпро, Одеса і Львів та тринадцять міст-кандидатів. Актуальним є розгортання науково-експертної дискусії щодо розроблення та прийняття Закону України «Про метрополізацію» і підзаконних актів. Це дозволить створити правове поле для високоінтегрованої і скоординованої діяльності територіальних громад і закладів охорони здоров'я у межах метрополісного простору системи громадського здоров'я щодо покращення здоров'я населення, подовження тривалості життя.

Підвищення рівня захворюваності і смертності в метрополісах та в цілому по Україні у 2021 р. проти 2019 р., яке пов'язано з епідемією COVID-19, потребує кардинальної розбудови системи громадського здоров'я щодо надання профілактичних послуг та промоції здоров'я, зокрема попередженню захворювань системи кровообігу, провідним чинником ризику передчасної смертності якої є артеріальна гіпертензія, неінфекційні захворювання та інфекційні хвороби органів дихання в умовах надзвичайних ситуацій.

Відомості про авторів

Хоменко Ірина Михайлівна – д-р мед. наук, проф., завідувач, кафедра громадського здоров'я, епідеміології та екології, Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ. *E-mail: khomen2010@ukr.net*
ORCID: 0000-0002-8412-6393

Гладун Олександр Миколайович – д-р економ. наук, ст. наук. співроб., заст. директора, Інститут демографії та проблем якості життя НАН України, м. Київ. *E-mail: gladun.ua@gmail.com*
ORCID: 0000-0001-6354-6180

Корнійчук Олександр Петрович – канд. економ. наук, ст. наук. співроб., відділ демографічного моделювання та прогнозування, Інститут демографії та проблем якості життя НАН України, м. Київ. *E-mail: idss-ukraine@ukr.net*
ORCID: 0000-0001-7357-0598

Серьогіна Наталія Олексіївна – канд. юрид. наук, доц., завідувач аспірантури та докторантури, Національний медичний університет імені П. Л. Шупика, м. Київ. *E-mail: natali_seryogina@ukr.net*
ORCID: 0000-0002-4491-4723

Івахно Олександра Петрівна – д-р мед. наук, проф., професор кафедри громадського здоров'я, епідеміології та екології, Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ. *E-mail: ivahnoalexandra@gmail.com*
ORCID: 0000-0002-9721-5088

Information about authors

Khomenko I. M. – MD, PhD, DSc, Professor, Head of Department of Public Health, Epidemiology and Ecology, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv. *E-mail: khomen2010@ukr.net*
ORCID: 0000-0002-8412-6393

Gladun O. M. – PhD, DSc, Senior Researcher, Director's Assistant of Institute of Demography and Quality of Life Problems of the National Academy of Sciences of Ukraine, Kyiv. *E-mail: gladun.ua@gmail.com*
ORCID: 0000-0001-6354-6180

Korniychuk O. P. – PhD, Senior Researcher, Department of Demographic Modeling and Forecasting, Institute of Demography and Quality of Life Problems of the National Academy of Sciences of Ukraine, Kyiv. *E-mail: idss-ukraine@ukr.net*
ORCID: 0000-0001-7357-0598

Seryogina N. O. – PhD, Associate Professor, Head of Postgraduate and Doctoral Studies, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv. *E-mail: natali_seryogina@ukr.net*
ORCID: 0000-0002-4491-4723

Ivakhno O. P. – MD, PhD, DSc, Professor, Department of Public Health, Epidemiology and Ecology, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv. *E-mail: ivahnoalexandra@gmail.com*
ORCID: 0000-0002-9721-5088

ПОСИЛАННЯ

- Verkhovna Rada of Ukraine. On Amendments to Certain Legislative Acts of Ukraine on Improving the Provision of Medical Care [Internet]. 2022. Law of Ukraine No. 2347-IX; 2022 July 01. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2347-20#Text>.
- Podgrushnyi H, Provotar N. The formation of metropolitan regions of Ukraine: the experience of Kyiv. Monograph. Kyiv; 2023. 209 p.
- Kudrva de Lill, Alber A. Ways of internationalization of the European metropolis (on the example of Lyon). Ukr Geographical J. 2016;(2):32-8.
- Savchuk IG. International functions of the leading cities of Ukraine (on the example of Dnepropetrovsk). Municipality: Economy Management. 2014;(3):58-62.
- Verkhovna Rada of Ukraine. On the public health system [Internet]. 2022. Law of Ukraine No. 2573-IX; 2022 Sept 06. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#Text>.
- Taylor P, Derudder B. World city network: a global urban analysis. London: Routledge; 2015. 250 p. doi: 10.4324/9781315730950.
- Brunet R. Les villes «européennes»: rapport pour la DATAR, Délégation à l'Aménagement du Territoire et à l'Action Régionale. Paris: La Documentation française, 1989. 79 p. Moraine E. The way for the future of mankind. Kyiv: Nika-Centre; 2014. 256 p.
- Moraine E. The way for the future of mankind. Kyiv: Nika-Centre; 2014. 256 p.
- Center for Public Health of the Ministry of Health of Ukraine. HIV infection in Ukraine: information bulletin [Internet]. Inform Bull No. 53. 117 p. Available from: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/HIV_in_UA_53_2022.pdf.
- Verkhovna Rada of Ukraine. On the General Scheme of Planning of the Territory of Ukraine [Internet]. 2022. Law of Ukraine No. 3059-III; 2002 Feb 07. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3059-14#Text>.
- Melnyk MI, editor. Metropolis functions of large cities of Ukraine: development potential and prospects of realization: monograph. Lviv: Institute of Regional Studies, Dolishny NAS of Ukraine; 2016. 553 p.
- Fast-Track cities: global web portal [Internet]. Available from: <https://www.fast-trackcities.org/>.
- State Statistics Service of Ukraine [Internet]. Available from: <http://www.ukrstat.gov.ua>.
- Ministry of Health of Ukraine. Center for Medical Statistics [Internet]. Available from: <http://medstat.gov.ua/ukr/main.html>.
- Lutich H. Metropolitan Regions All Over the EU: Location - Strengths - Weaknesses [Internet]. Germany: Books on Demand; 2010. 284 p. Available from: https://books.google.ru/books?id=Oqk5od_oLQC&printsec=frontcover&hl=ru#v=onepage&q&f=false.
- Britannica T, editors. Metropolitan area [Internet]. Encyclopedia Britannica. 2024. Available from: <https://www.britannica.com/topic/metropolitan-area>.
- World Health Organization. STEPS study: prevalence of non-communicable disease risk factors in Ukraine in 2019 [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020. 88 p. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/336643>.
- Pandey A, Wells CR, Stadnytskyi V, Moghadas SM, Marathe MV, Sah P, et al. Disease burden among Ukrainians forcibly displaced by the 2022 Russian invasion. Proc Natl Acad Sci USA. 2023;120(8):e2215424120. doi: 10.1073/pnas.2215424120.
- Porter ME. Location, competition, and economic development: Local clusters in a global economy. Econom Development Quarterly. 2000;14(1):15-34.
- Marshall A. Principles of Economics: Unabridged Eighth Edition 8th ed. Edition. Cosimo Classics; 2009. 740 p.
- Légifrance [Internet]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/>.
- Korniychuk OP. Conceptual approaches to the development of a competitive metropolitan space and its health care system. Econom Nature Management Sustainable Development. 2021;(10):98-104.
- Verkhovna Rada of Ukraine. On the procedure for reforming the health care system in Vinnytsia, Dnipropetrovsk, Donetsk regions and the city of Kyiv [Internet]. 2011. Law of Ukraine No. 5081-VI; 2011 July 07. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3612-17#Text>.
- Verkhovna Rada of Ukraine. On emergency medical care [Internet]. 2012. Law of Ukraine No. 5081-VI; 2012 July 05. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5081-17#Text>.
- National Health Service of Ukraine. Today, about 75% of Ukrainians have chosen their doctors [Internet]. 2020. Available from: <https://nszu.gov.ua/novini/nacionalna-sluzhba-zdorovya-proponuye-pidvishchiti-stavku-si-335>.
- Verkhovna Rada of Ukraine. On Protection of Interests of Subjects of Submission of Reports and Other Documents during the Period of Martial Law or State of War [Internet]. Law of Ukraine No. 2436-IX; 2022 July 19. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2115-20#Text>.
- Cabinet of Ministers of Ukraine. On approval of the National Action Plan on Non-communicable Diseases to achieve the global goals of sustainable development [Internet]. 2018. Order No. 530-r.; 2018 July 26. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/530-2018-p#Text>.
- Khomenko IM, Ivakhno OP, Persheguba YV. Experience and prospects of training human resources for the public health system of Ukraine. In: Public health system in Ukraine and EU countries: realities, transformation, development vectors, perspectives: scientific monograph. Riga, Latvia: Baltija Publishing; 2023. p. 290-308. doi: 10.30525/978-9934-26-330-9-12.

Стаття надійшла до редакції 27.05.2024. – Дата першого рішення 31.05.2024. – Стаття подана до друку 04.07.2024