

5. Простір [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://jamfactory.ua/ua/space/#/>

6. У Львові обрали проєкт муніципального житла для людей, що проходять реабілітацію в Національному реабілітаційному центрі НЕЗЛАМНІ // Львівська міська рада [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://city-adm.lviv.ua/architectural-competitions/294933-u-lvovi-obraly-proiekt-munitsypalnoho-zhytla-dlia-liudei-shcho-prokhodytymut-reabilitatsiiu-v-natsionalnomu-reabilitatsiinomu-tsentri-nezlamni>

ПЕРВИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА У ЛЬВІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ: СУСПІЛЬНО-ГЕОГРАФІЧНИЙ АСПЕКТ

Ванда І. В., Котик Л. І.

*Львівський національний університет імені Івана Франка,
м. Львів, Україна*

iryna.vanda@lnu.edu.ua, liubov.kotyk@lnu.edu.ua

Функціонування медичної сфери в Україні останніми роками визначається викликами децентралізації адміністративно-територіального устрою, реформуванням сфери, війною (руйнування інфраструктури, людські втрати, просторовий перерозподіл населення та ін.). Забезпечення доступу до медичних послуг і гарантія надання якісних медичних послуг на низовому територіальному рівні є метою медичної реформи, що підвищує актуальність регіональних і локальних досліджень. Львівська область має значні просторові особливості первинної медичної допомоги (ПМД), зумовлені загальнонаціональними рисами трансформаційних процесів у соціальній сфері [2], децентралізації територіального устрою і реформування медицини [3], регіональними чинниками: відмінні природо-географічними умови, рівень демографічного і соціально-економічного освоєння території, диверсифікація за фінансовою спроможністю [10].

Первинна медична допомога передбачає надання консультації, проведення діагностики та лікування найпоширеніших хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів,

здійснення профілактичних заходів; направлення відповідно до медичних показань пацієнта, який не потребує екстреної медичної допомоги, для надання йому спеціалізованої медичної допомоги; надання невідкладної медичної допомоги у разі розладу здоров'я пацієнта, який не потребує екстреної, спеціалізованої медичної допомоги [5]. Тобто, ПМД включає не тільки власне допомогу, але і консультування та профілактику, впливаючи на стан здоров'я населення.

ПМД надають лікарі загальної практики (у закладах охорони здоров'я державної, комунальної і приватної форми власності, фізичні особи–підприємці). За даними 2021 р., 90,4 % населення Львівської області уклало декларації з лікарями для надання медичної допомоги за програмою медичних гарантій (первинної медичної допомоги), у т. ч. 95,3 % — з лікарями закладів комунальної форми власності, 1,9 % — приватної форми власності, 2,8 % — лікарями — фізичними особами–підприємцями [6, с. 42]. Комунальними закладами первинної медичної допомоги є фельдшерсько-акушерські пункти (ФАП) і лікарські амбулаторії, які є визначальними надавачами послуг ПМД населенню. Мережа ПМД Львівської області представлена 217 сільськими і 23 міськими лікарськими амбулаторіями і 888 ФАПами [8, с. 148]. За 2005–2020 рр. кількість закладів скоротилася на 5,5 %, у т. ч. ФАПів — на 14,1 %. Пандемія COVID-19 зумовила призупинення ліквідації закладів первинної медичної допомоги, зокрема лікарських амбулаторій. В умовах воєнного стану у Львівській області перегляд мережі закладів ПМД не проводиться.

Найбільше закладів локалізовано на території Львівської ТГ — 230 од. (23,3% закладів області), Дрогобицької — 38 од. (3,8 %), Стрийської — 36 од. (3,6 %), Тростянецької — 36 од. (3,6 %), Жовківської — 30 од. (3,0%); найменше — Мурованської, Оброшинської та Сокільницької ТГ, по 2 од. (0,6 % закладів області) [3].

Середньообласний показник забезпечення населення закладами ПМД становить 3,9 од. на 10 тис. населення. ТГ Львівської області суттєво диференційовані за забезпеченням населення закладами ПМД (рис. 1). У 35 ТГ (47,9 %) рівень забезпечення населення закладами ПМД є менше 4 закладів на 10 тис. населення; у 23 ТГ (31,5 %) — на

рівні 4–6 закладів на 10 тис. населення; у 5 ТГ (6,8 %) — 6–8 закладів на 10 тис. населення; у 6 ТГ (8,2 %) — 8–10 закладів на 10 тис. населення. Десять і більше закладів ПМД у розрахунку на 10 тис. населення зафіксовано у чотирьох ТГ: Тростянецькій (44,8), Журавненській (20,0), Новокалинівській (13,2), Ходорівській (12,9).

Найнижчий рівень забезпечення закладами ПМД у розрахунку на 10 тис. населення зафіксовано в Новороздільській ТГ (1,9). У Львівській ТГ, на території якої локалізовано 230 закладів ПМД, рівень забезпечення — 2,9 закладів у розрахунку на 10 тис. населення.

У просторовому розрізі ТГ на межі Малого Полісся і Розточчя, а також західно-передкарпатські, карпатські, опільські ТГ Львівської області краще забезпечені закладами ПМД. Периферійні, сільські і селищні ТГ із-за малої людності мають вищі показники забезпечення закладами первинної медичної допомоги, на противагу велелюдним міським ТГ, особливо ТГ, які розташовані в ареалі впливу Великого Львова [4].

Попри значні просторові відмінності, емпірично підтверджується (2020 р.) дуже тісний прямий кореляційний зв'язок між кількістю закладів ПМД і кількістю населення (0,970), слабкий кореляційний зв'язок між кількістю закладів ПМД і кількістю поселень (0,067) та площею (0,120) громад [3].

Заклади ПМД у сільській місцевості мають низку проблем. Серед найпоширеніших: розташування закладів у непристосованих приміщеннях, відсутність або застарілість обладнання. Укрупнення дозволяє скоротити поточні витрати на утримання установ, які фінансуються за рахунок бюджетів ТГ. Фінансування комунальних закладів суттєво залежить від рівня спроможності ТГ. Високу податкову спроможність у 2020 р. мали 16 ТГ області, у яких розміщено 39,3 % закладів ПМД, зокрема, 230 закладів у Львівській і 36 — у Стрийській ТГ [4]. Таким чином, проблема фінансування і дотування охорони здоров'я сільського населення загострюється.

Статеві-віковий розподіл населення, що уклало декларації, демонструє ставлення до власного здоров'я. 53,4% декларацій укладено жінками, у т. ч. 21,3 % — від імені своїх дітей. Це свідчить про турботу про здоров'я наступного покоління, погіршення стану здоров'я

населення (у т. ч. у дитячому віці).

Тільки 27,7 % лікарів, з якими підписано декларації, мають оптимальний обсяг послуг (сімейні лікарі — 32,5 %, педіатри — 24,6 %, терапевти — 8,9 %) [6], що вказує на потребу територіального перерозподілу, у напрямку наближення послуг до споживача. У Львівській області у середньому сімейний лікар має 1,48 тис. підписаних декларацій (в Україні — 1,52 тис.). Існує значна диференціація показника: у периферійних колишніх адміністративних районах — Турківському, Радехівському — сімейний лікар обслуговує у середньому 2,0 тис. пацієнтів, тоді як у Стрийському — 0,9 тис. [8]. Відносно низьке навантаження у сімейних лікарів колишніх Жовківського і Бродівського районів (1,1 тис.) зумовлено різними, на нашу думку чинниками: колишній Жовківський район є прильвівським, тому частина населення може надавати перевагу лікарям у закладах обласного центру, тоді як колишній Бродівський район є периферійним.

Суттєво відрізняється і число звернень до сімейних лікарів. По області у середньому за 2020 р. на одного пацієнта припадало 2,7 відвідувань сімейного лікаря, при цьому у м. Трускавці — 1,5, колишньому Миколаївському районі — 1,7. Найбільше відвідувань пацієнтами сімейного лікаря у колишніх Стрийському і Дрогобицькому районах (5,2 і 4,6 відповідно), що зумовлено особливостями сформованої структури населення: це сільські райони (міста обласного підпорядкування виокремлюють з площини районів), з підвищеною часткою осіб старшого віку [4].

Сільська місцевість Львівської області характеризується значно нижчою забезпеченістю кадрами порівняно з міськими поселеннями: тільки 14,6 % лікарів і 24,4 % середнього медичного персоналу працює у сільській місцевості. За 2020 р. на одного працівника середнього медичного персоналу припадає 1,9 тис. відвідувань на ФАПі і 1,2 тис. відвідувань пацієнтів вдома. Надзвичайно високе навантаження на персонал у колишньому Турківському районі (5,8 тис. відвідувань у ФАПі та 4,8 тис. відвідувань удома).

Війна, імовірно, зупинить або навіть поверне назад прогрес України до Всеохоплюючого доступу до послуг охорони здоров'я через погіршення економічного становища більшості домогосподарств; однак

коригування фінансування у сфері охорони здоров'я може пом'якшити наслідки для тих, хто найбільше цього потребує [9]. Відповідно до реформ, з 2014 р. надання послуг первинної ланки охорони здоров'я відноситься до основних повноважень органів місцевого самоврядування базового рівня, і фінансується відповідно до гарантій медичного обслуговування (укладених договорів). З березня 2022 р. Міністерство охорони здоров'я доручило закладам ПМД надавати безкоштовну медичну допомогу внутрішньо переміщеним особам (ВПО). Таким чином, заклади ПМД у областях України з притоком внутрішньо-переміщених осіб мають підвищений попит на послуги, збільшені обсягу роботи без отримання компенсації, що потенційно може створити бар'єри у доступі до медичної допомоги.

Львівська область не є серед регіонів-лідерів в Україні за кількістю прийнятих вимушено переміщених осіб (243,9 тис. осіб у лютому 2023 р., 6,8 % загальноукраїнського значення). Проте відносна кількість ВПО становить 9,9 % кількості населення регіону. Найбільше ВПО зосереджено у містах обласного підпорядкування: Львів (44,3%), Трускавець (5,9%), Дрогобич (3,9 %), Стрий (3,7 %), а також Сколівському районі (3,8 %) [1]. У розрахунку на один заклад ПМД навантаження зросло на 205 осіб, найбільше у містах обласного підпорядкування (окрім Нового Роздолу та Самбора, які виявилися малопривабливими для ВПО). Максимальне додаткове навантаження у Моршині (+2,2 тис. осіб), Стрию (1,5 тис. осіб), Трускавці (1,4 тис. осіб). З-поміж адміністративних районів (у межах до 2021 р.) найбільше додаткове навантаження на один ФАП мають гірські Сколівський і Турківський райони (147 і 128 ос. відповідно). Додатковим викликом є вікова структура, зокрема підвищена частка дітей серед ВПО у Львівській області (32,1% порівняно з 18,8 % серед постійного населення Львівської області), які зазвичай мають вищі медичні потреби, ніж дорослі.

Висновки. Реформування адміністративно-територіального устрою України у 20-х роках ХХІ ст. зумовило творення нових ТГ і спричинило перегляд сформованої мережі ПМД. Конфігурація та структура мережі ПМД прямо залежить від людності території, демографічної ситуації та спроможності новостворених ТГ. Проведений аналіз дав змогу виявити

територіальні диспропорції у розподілі закладів ПМД за ТГ Львівської області, забезпеченні закладів ПМД персоналом. Проживання у регіоні вимушено-переселених осіб визначає зростання потреб у послугах закладів ПМД, особливо у містах обласного підпорядкування, які й так обслуговували відносно більшу кількість населення порівняно з ФАПами.

Подальших досліджень потребують проблеми ефективності функціонування ПМД у ТГ, особливо в умовах викликів спричинених російсько-українською війною, впровадження стратегічного планування медичної сфери на локальному рівні, рекомендації ВООЗ враховувати ВПО у середньостроковій перспективі для міжрегіонального перерозподілу фінансування.

Список використаних джерел

1. Аналітичний портал Львівщини. URL: <https://apl.loda.gov.ua/portal/apps/sites/#/site>.
2. Білецький М., Ванда І., Котик Л. Соціальна географія: навч. посібник. Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2019. 328 с.
3. Ванда І. Мережа первинної медичної допомоги у контексті децентралізації територіального устрою: просторові особливості, можливості та виклики (на матеріалах Львівської області) // Актуальні питання громадського здоров'я та екологічної безпеки України. 2022. Вип. 22. С. 11–13.
4. Ванда І., Котик Л. Актуальність ідей Олени Степанів у контексті реформи первинної медичної допомоги Львівської області // Доктор філософії Олена Степанів: географ, краєзнавець, освітянин: матеріали міжнар. наук. онлайн-семінару. Львів: ЛНУ ім. І. Франка, 2022.
5. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», ред. 2022 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>.
6. Звіт Національної служби здоров'я України за 2021 рік. 105 с. URL: <https://edata.e-health.gov.ua/storage/files/book-ua.pdf?1669193602>.
7. Статистичний довідник показників стану здоров'я населення та діяльності закладів охорони здоров'я Львівської області за 2021 рік. Львів, 2020. 224 с.

8. Фінансування охорони здоров'я в Україні: стійкість в умовах війни: програмний документ щодо охорони здоров'я. 2022. 32 с. URL: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1462188/retrieve>.

9. Vlach M. R., Vanda I. V., Kotyk L. I. On the problem of financial capacities of administrative districts of Lviv Oblast // Journ. Geol. Geograph. Geoecology. 2022. 31(4). P. 761-772. <https://doi.org/10.15421/112271>.

МОВНА МОДА В СУСПІЛЬНО-ГЕОГРАФІЧНІЙ ОСВІТІ І НАУЦІ

Влах М. Р.

*Львівський національний університет ім. Івана Франка, м. Львів,
Україна*

E-mail: myroslava.vlach@lnu.edu.ua

Вербальна мова науки, як система словесних знаків, яка використовується для здобуття, зберігання і передавання наукового знання, є динамічним феноменом, що відображає нескінченний процес наукового пізнання [2, с. 17]. Мовна (вербальна) картина світу постійно розширюється, вдосконалюється, намагаючись досягти відповідності з концептуальною. Звідси – щоразова потреба в пошуку терміноодиниць на позначку нових наукових понять. Продуцентами наукової мови є наукові лідери, лідери наукової думки. Адорація (лат. *adoratio* – шанування, поклоніння) авторитетів, що виявляється в частішому вживанні запропонованих ними термінів, сприяє усталенню наукової термінології. Виникає феномен модної наукової мови. Доречність цього поняття зумовлена тим, що наукова діяльність підпадає під ознаки моди за критеріями наслідування авторитетів, популярності, престижності, мінливості (обмеженості в часі) тощо. Отже, виокремленню явища мовнонаукової моди сприяє критерій частотності вживання тих чи тих термінолексем.

Досліджуючи проблему мовної моди, О. Албул зазначає як її негативні наслідки, так і позитивний вплив на розвиток сучасних мов. Мовна мода спричиняє “шаблонізацію мовлення, зменшення