

***ДЕРЖАВНЕ УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ
ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ***

Київ – 2014

*Державне управління охороною здоров'я
України*

М.Київ, 2014

УДК 614.2:351 (477)

Державне управління охороною здоров'я України: [монографія]. – К., 2014. – 312 с.

Видається за рішенням Вченої ради ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» (протокол № 4 від 24 квітня 2014 р.).

Авторський колектив: Лазоришинець В.В., Слабкий Г.О., Ярош Н.П., Чепелевська Л.А., Шевченко М.В., Кутуза А.С., Ціборовський О.М., Істомин С. В., Кондратюк Н.Ю., Кучеренко Н.Т., Тяпкін Г.М.

Рецензенти:

Шатило В. Й. – ректор Комунального вищого навчального закладу «Житомирський інститут медсестринства», доктор медичних наук, доцент.

Любінець О. В. – завідувач кафедри організації і управління охороною здоров'я ФПДО Львівського національного медичного університету ім. Д. Галицького, медичних наук, професор.

У монографії висвітлено сучасні підходи до державного управління системою охорони здоров'я в Україні.

Книга розрахована на управлінців та науковців з організації охорони здоров'я.

Шумило О.В., Ратаніна О.М. – літературні редактори
Степанова І.І. – технічний редактор

Адреса редколегії: 02099, м. Київ, пров. Волго-Донський, 3;
тел.: (044) 576-41-19, факс: (044) 576-41-20

© Міністерство охорони здоров'я України,
2014

© Український інститут стратегічних досліджень
МОЗ України, 2014

ЗМІСТ

1.	1. Теоретико-методологічні засади дослідження державного управління сферою охорони здоров'я	4
	1.1. Понятійний апарат дослідження державного управління сферою охорони здоров'я.....	4
	1.2. Здоров'я населення і фактори ризику, що впливають на його стан, як об'єкт управління.....	10
	1.3. Проблеми системи охорони здоров'я України та стратегії її реформування.....	28
2.	Результативність впливу держави на медико-демографічну ситуацію та стан здоров'я населення України	60
	2.1. Нормативно-правові впливи держави на здоров'я населення	60
	2.2. Динаміка медико-демографічних показників	64
	2.2.1. Зміни чисельності населення.....	64
	2.2.2. Зрушення у статеві-віковій структурі населення.....	69
	2.2.3. Тенденції народжуваності населення	71
	2.2.4. Тенденції смертності населення.....	76
	2.2.5. Тривалість життя.....	84
	2.3. Аналіз стану здоров'я населення.....	89
	2.3.1. Загальні закономірності стану здоров'я населення України	90
	2.3.2. Динаміка стану здоров'я дорослого населення України.....	97
	2.3.3. Аналіз стану здоров'я населення працездатного віку	104
	2.3.4. Характеристика стану здоров'я населення старших вікових груп.....	105
3.	Нормативно-правове регулювання розвитку галузі охорони здоров'я	120
	3.1. Розвиток нормативно-правової бази галузі охорони здоров'я України період 1991–2000 рр.)	120
	3.2. Правове забезпечення процесів реформування системи охорони здоров'я у 2001–2013 рр.	123
4.	Фінансово-економічний механізм державного регулювання сфери охорони здоров'я.....	185
	4.1. Загальні методологічні підходи до визначення фінансово-економічного механізму державного регулювання	185
	4.2. Порівняльний аналіз принципів фінансування медичної галузі в Україні та країнах світу	192
	4.3. Державне регулювання ціноутворення та системи відшкодування лікарських засобів (світовий досвід)	202
	4.4. Державне регулювання ціноутворення та системи відшкодування лікарських засобів в Україні	221
	4.5. Державне регулювання державних цільових програм у сфері охорони здоров'я.....	230
	4.6. Проблеми державно-приватного партнерства в сфері охорони здоров'я України.....	262
	4.7. Пріоритети фінансування галузі охорони здоров'я України	269
	4.8. Державна політика щодо фінансування вітчизняної галузі охорони здоров'я	278
5.	Шляхи удосконалення державної політики та державного управління вітчизняною медичною галуззю.....	283
	5.1. Пропозиції щодо вирішення проблеми поліпшення медико-демографічної ситуації та стану здоров'я населення.....	283
	5.2. Напрями оптимізації фінансово-економічного механізму державного регулювання галузі охорони здоров'я населення	299
	Висновки	305

1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СФЕРОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Понятійний апарат дослідження державного управління сферою охорони здоров'я

Дослідження проблеми державного управління сферою охорони здоров'я доцільно розпочати з визначення такого складного поняття, як «здоров'я». Існує низка дефініцій, які характеризують це поняття з різних точок зору – соціальної, біологічної, медичної тощо. Серед них найбільш відомим є визначення Статуту Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ): «Здоров'я є стан повного фізичного, духовного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороби або недуги».

Інші дефініції відрізняються від нього, але жодна не заперечує, що здоров'я є найбільшою соціальною та індивідуальною цінністю, яка значною мірою впливає на процеси і результати економічного, соціального та культурного розвитку, як індивідуума, так і всього народу, на демографічну ситуацію, продуктивні сили та стан національної безпеки, а також є важливим соціальним критерієм ступеня розвитку та благополуччя суспільства [1].

Тому це визначення видається найбільш прийнятним для такої соціальної проблеми, як державне управління, оскільки ставить перед ним важливі і широкі завдання, спрямовані на збереження і зміцнення здоров'я народу.

Комплекс цих завдань, пов'язаних між собою, одержав назву «система охорони здоров'я». У широкому контексті її слід розглядати як систему державних і громадських заходів правового, економічного, соціального, наукового, культурного, освітнього, організаційного, технічного, санітарно-гігієнічного, протиепідемічного, медичного характеру, спрямованих на збереження і зміцнення здоров'я людей, подовження тривалості активного життя і працездатності, створення сприятливих для здоров'я умов побуту і праці, забезпечення гармонійного фізичного і психічного розвитку дітей та підлітків, запобігання і лікування хвороб.

Часом це поняття звужується до комплексу спеціальних медичних заходів і засобів, що сприяють збереженню та зміцненню здоров'я,

запобіганню захворюванням, втраті працездатності і передчасній смерті, забезпечують своєчасне виявлення, лікування та реабілітацію хворих. Такий комплекс є, хоча і важливою, але лише частиною системи охорони здоров'я, і визначається як «медична допомога».

З державного погляду більш переконливим є розширення поняття «система охорони здоров'я» з включенням до нього умов, які впливають на здоров'я людей і визначають його стан, мотиви, що сприяють збереженню і зміцненню здоров'я нації, нормативи, які забезпечують сприятливі для здоров'я умови життєдіяльності. На нашу думку, всі названі елементи у комплексі можна об'єднати в поняття «сфера охорони здоров'я».

Ще складніше сформулювати дефініцію поняття «управління», під яким розуміють як процес, так і структури, що його здійснюють. Маса визначень, які постійно змінюються та удосконалюються, можна розуміти, як особливого роду діяльність керівного, організаційного та адміністративного характеру, яка здійснюється в рамках постійно діючої цілеспрямованої праці, як у сфері виробництва, так і в невиробничій сфері [2].

Не можна не погодитися з визначенням, яке особливо стосується поняття «державне управління»: Управління – це система органів та установ, призначених здійснювати рішення політичної влади [3]. Більш вичерпне і ґрунтовне визначення державного управління формулюють Nigro and Nigro (1989), згідно з яким державне управління:

1. Це спільні зусилля певної групи в контексті держави.
2. Охоплює всі три гілки влади – виконавчу, законодавчу й судову, а також їхній взаємозв'язок.
3. Виконує важливу роль у формуванні державної політики, а також є частиною політичного процесу.
4. Істотно різниться від приватного управління.
5. Тісно пов'язане з численними приватними групами й окремими індивідами у забезпеченні громадських послуг [4].

Дане визначення засвідчує, що державне управління тісно пов'язане з політичною складовою, тобто сферою діяльності, пов'язаною з відносинами між соціальними групами, суттю якої є визначення форм, завдань і змісту діяльності держави (Handbook of Political Science. – Cambridge, 1995. – P. 135).

Процес управління складається з кількох етапів:

1. Формування мети.
2. Збір та аналіз інформації.
3. Ухвалення рішення.
4. Здійснення керуючих дій.
5. Контроль за виконанням рішень.

Надзвичайно важливою умовою реалізації політики є дотримання співвідношення її цілей і засобів, що використовуються для їх досягнення. Звідси витікає визначення, що політика – це соціальний інструмент, за допомогою якого реалізуються владні відносини у суспільстві, забезпечується соціальний контроль, мобілізація та організація колективних дій для досягнення спільних цілей і рішень, завдань управління, які з них випливають.

На Європейській конференції ВООЗ у 1994 р. було конкретизовано поняття «політика у сфері охорони здоров'я» – це згода, консенсус серед партнерів про те, які саме проблеми здоров'я треба вирішувати першочергово, і які стратегії при цьому слід застосовувати [5].

В основу сучасної політики у сфері охорони здоров'я покладено ідеологію реформування галузі. За визначенням ВООЗ, реформа – це цілеспрямований, динамічний та стійкий процес, який призводить до систематичних структурних змін. Реформування охорони здоров'я є нормативним, економічним та організаційним видом діяльності, яку необхідно збалансувати з етичними вимогами щодо загальнодоступності усіх видів медичної допомоги та дотримання справедливості у її розподілі для всіх соціальних груп населення.

Управління – це цілеспрямований, тобто продуманий, організаційний і регуляторний, вплив населення на суспільну життєдіяльність, який можна забезпечити як безпосередньо, так і через спеціально створені органи і структури (державні органи, громадські організації, установи). Воно складається з таких елементів: цілі та завдання, функції управління, форми і методи їх проведення.

Визначення цілей (стратегій) – першооснова, якій підпорядковане функціонування систем управління, починаючи з розробки завдань і формування їхніх структур і закінчуючи оцінкою результатів діяльності, їх відповідності визначеним цілям і поставленим завданням [6].

Стратегія – це форма організації взаємодій між людьми, яка максимально враховує можливості, перспективи, засоби діяльності суб'єктів, передбачає проблеми, труднощі, конфлікти, які можуть перешкодити взаємодіям. При цьому стратегія тлумачиться як досягнення мети за рахунок мінімальних витрат і втрат, тобто як мистецтво економії коштів при досягненні результату. Поняття «стратегія» включає в себе планування, проектування дій і певний концептуально теоретичний компонент, але програмні й теоретичні схеми, що включаються у це поняття, мають бути підпорядковані його реалізації.

Поняття «стратегія» увійшло до управлінських термінів у 50-х роках ХХ ст., коли питання своєчасної реакції на раптові зміни у навколишньому середовищі набули великого значення. Спочатку це поняття було незрозумілим. Словники не допомагали, бо наслідували застарілі традиції, коли слово «стратегія» застосовувалось виключно у військовій практиці і позначало «науку та мистецтво розгортання військ до бою». Тоді керівники компаній та вчені ставили під сумнів корисність нового поняття: на їхніх очах американська промисловість протягом півстоліття чудово розвивалась без будь-яких «стратегій».

Наведемо кілька визначень, які вчені дали терміну «стратегія»:

1. Стратегія – це спосіб поведінки або план, який інтегрує основні цілі організації, норми та дії в єдине ціле, дає змогу скеровувати та розміщувати ресурси унікальним і неповторним чином, що заснований на відносних внутрішніх перевагах і недоліках організації, очікуваних змінах у середовищі та пов'язаних з ними діях конкурентів [7].

2. План управління організацією, спрямований на зміцнення її позиції, задоволення потреб і досягнення визначених цілей.

3. Дії та підходи управлінського персоналу щодо досягнення встановлених показників діяльності.

4. Комбінація із запланованих дій та швидких рішень стосовно адаптації до нових досягнень і нової диспозиції на полі конкурентної боротьби.

5. Встановлення основних довгострокових цілей та намірів організації, а також напряму дій і ресурсів, необхідних для досягнення цих цілей [8].

6. Правила для прийняття рішень, якими організація керується у своїй діяльності [9].

7. Узагальнена модель дій, необхідних для досягнення встановлених цілей, шляхом координації та розподілу ресурсів компанії [10].

8. Комплексний план, сформований для проведення місії організації та досягнення її цілей [11].

Кризова ситуація в економіці України вимагає вирішення взаємопов'язаних питань виходу з кризи і переходу до ринкових форм та методів господарювання. Таке становище потребує залучення та раціонального використання матеріальних, фінансових, трудових та інтелектуальних ресурсів на національному, регіональних та локальних рівнях, а також перебудову системи управління на мікро- і макрорівнях. Перехід до нової методології управління передбачає творчий підхід і науковий пошук, проведення наукових досліджень та експериментів з цих питань. Особливе місце у цьому процесі відіграє вивчення світового досвіду та підготовка фахівців у галузі менеджменту, накопичення фундаментальних і практичних знань щодо стратегічного управління.

В сучасних умовах зростає роль людей у збереженні і зміцненні власного здоров'я. Нових підходів до управління охороною здоров'я також потребує урахування проблем, які загрожують здоров'ю в індустріальному суспільстві, передбачення міжсекторального співробітництва [12]. Внаслідок цього відбувається розосередження управління і перехід від моделі централізованого державного управління до моделей співпраці, за якої управління є продуктом спільної діяльності широкого кола суб'єктів, що діють на рівні держави (парламенти, міністерства, відомства, державні та комунальні органи і установи), суспільства (підприємства, профспілки та інші громадські організації, у тому числі лікарів, страхові компанії, добротинні фонди, засоби масової інформації, окремі громадяни) і на міжнародному рівні (Організація Об'єднаних Націй, Європейський Союз, Всесвітня організація охорони здоров'я тощо) [13].

Таким чином, держава і суспільство спільно здійснюють функції управління у цій сфері, а деякі автори розрізняють дві його форми: 1) управління системою охорони здоров'я та її зміцнення, яке одержало назву «управління охороною здоров'я»; 2) співпраця сектору охорони здоров'я та інших державних і приватних секторів на засадах спільних інтересів, що називають «стратегічним управлінням в інтересах здоров'я» [14].

Оскільки здоров'я стало одним з найважливіших макроекономічних та політичних чинників у всіх сферах суспільства, різні органи державного управління, громадські організації, ділові кола та окремі громадяни все активніше залучаються до стратегічного управління сферою охорони здоров'я. Здоров'я вважається правом людини, неодмінною складовою благополуччя, глобальним суспільним благом і питанням соціальної справедливості та рівності, одним з основних чинників економічного розвитку. Воно все більше визнається ресурсом і сферою відповідальності інших систем, таких, як економіка, охорона навколишнього середовища, освіта, транспорт, продовольча система [15].

У ХХІ столітті деякі держави посилили та розширили діяльність у галузі охорони здоров'я, а інші розпочинають діяти у цьому напрямі [16,17]. Щодо застосування нових підходів до стратегічного управління у сфері охорони здоров'я пропонуються такі підходи з метою об'єднання зусиль у цій справі:

- управління через співпрацю;
- управління через залучення громадян;
- управління через поєднання регламентування і переконання;
- управління через нові незалежні установи та експертні органи;
- управління за допомогою адаптивних стратегій, «стійких» структур, які не піддаються адаптуванню, і прогнозування [18,19].

В Україні для вибору та аналізу державної стратегії стосовно реформування системи охорони здоров'я необхідно залучити до процесу перетворень певні механізми державного управління, пристосовуючи їх до конкретних суспільних проблем і можливостей, зокрема в умовах обмежених ресурсів [20,21]. Основними механізмами державної політики, які максимально впливають на діяльність галузі охорони здоров'я, є: фінансування галузі, організація системи охорони здоров'я на мікро- і макрорівнях, розміщення фінансових ресурсів, методи оплати виробників медичних послуг, регулювання діяльності з метою оптимального поєднання державного впливу та ринкових механізмів і соціальний маркетинг [22].

Така позиція підтверджується і Програмою реорганізації медичної допомоги в Україні «Перспектива-2010» та Національною програмою на виконання Указу Президента від 06.12.2005 р. №1694/2005 «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення», за якими

державна політика в галузі охорони здоров'я має ґрунтуватися на таких основних стратегічних напрямках:

- стратегія забезпечення доступності медичної допомоги для всіх верств населення;
- стратегія в галузі медичної освіти та структури кваліфікації медичних кадрів;
- стратегія в галузі наукового забезпечення розвитку медичної допомоги;
- технологічна стратегія;
- стратегія в галузі реорганізаційних форм медичної допомоги [23].

Конкретизувати ці стратегії доцільно після детального розгляду сфери охорони здоров'я і чинників, які мають визначати державну політику України у цій сфері.

1.2. Здоров'я населення і фактори ризику, що впливають на його стан, як об'єкт управління

Основним об'єктом управління сферою охорони здоров'я є стан населення, передусім його чисельність, віковий та статевий склад, показники народжуваності і смертності.

Хоча Україна входить до найбільших за чисельністю населення країн Європи, займаючи п'яте місце після Німеччини, Великої Британії, Франції та Італії, починаючи з 1994 р., спостерігається скорочення її населення, зумовлене поступовим зниженням народжуваності і зростанням загальної смертності, що призвело до негативних показників природного приросту населення вже у 1991 році [24,25].

Зменшення чисельності населення в Україні спостерігалось і раніше – внаслідок Першої світової та громадянської воєн, голоду і репресій 1920-30-х років, Другої світової війни, але убуток населення, який розпочався в 1990-х роках, визначався як соціальними та екологічними чинниками, так і самим ходом демографічного розвитку. Він призвів до змін вікової структури населення України, збільшення частки людей старше працездатного віку і зменшення частки людей віком 0–15 років. Хоча на сьогодні баланс між населенням працездатного і непрацездатного віку вважається прийнятним, за умови перебігу демографічних процесів у такому напрямку і постаріння

населення працездатного віку може виникнути ситуація, коли на одну людину працездатного віку буде припадати двоє непрацездатних, що неодмінно позначиться на економічному стані суспільства.

Аналізуючи рівень народжуваності, слід звертати увагу на чинники, які впливають на здоров'я жінки-матері та її репродуктивну функцію. Серед причин, які негативно впливають на репродуктивну функцію і часто призводять до неплідності жінок, важливе місце займають аборти. Завдяки дійовій санітарно-освітній роботі, проведеній медичними працівниками, і впровадженню в практику ефективних контрацептивних засобів кількість абортів значно зменшилася, що сприяло зниженню неплідності жінок, в той час як неплідність чоловіків залишається на тому самому рівні.

На демографічну ситуацію впливають показники материнської і перинатальної смертності. І хоча вони знижуються, однак рівень материнської смертності в Україні набагато перевищує показники країн Європейського Союзу (ЄС), що викликає серйозне занепокоєння.

Коефіцієнти смертності населення, особливо за причинами смерті, є не тільки демографічними показниками, але й показниками стану здоров'я, які характеризують не лише соціально-економічну ситуацію в країні, але й діяльність системи охорони здоров'я [26,27]. Аналіз динаміки показника загальної смертності свідчить, що до 2007 р. він невинно зростав і почав знижуватися з 2008 р. У структурі причин смертності перше місце стабільно посідають хвороби системи кровообігу, друге місце – новоутворення, третє – зовнішні причини смерті (травми та отруєння). При цьому смертність від хвороб системи кровообігу до 2008 р. невинно зростала, а з 2009 р. стала зменшуватися. Незважаючи на це, показники України залишаються вищими, ніж більшості країн Європи, Канади, США, Австралії. Порівняно з іншими країнами, в Україні спостерігається дуже висока смертність від хронічних форм ішемічної хвороби серця та дуже низька від гострого інфаркту міокарда. Аналіз, проведений МОЗ України, свідчить, що якщо остання пов'язана з поганою діагностикою інфаркту міокарда на діагностичному етапі, то висока смертність від хронічних форм ішемічної хвороби серця зумовлена неточністю посмертної діагностики. Якщо в країнах ЄС протягом року після інсульту виживає понад 70% хворих, то в Україні, навпаки, 70% таких хворих помирають. У нашій країні в оптимальні строки для надання допомоги госпіталізується менше 10% хворих на гострий інфаркт міокарда і

близько 1% хворих на інсульт, а в країнах ЄС ці показники становлять до 30% для обох захворювань. В Україні виконується 5% від потреби процедур стентування та 4% від потреби операцій шунтування. Кількість коронарографій та стентувань артерій в Україні у 30–50 разів менша, ніж у США і країнах ЄС.

Якщо висока захворюваність на хвороби системи кровообігу, особливо серцево-судинна і судинно-мозкова патологія, пов'язана з негативним впливом комплексу несприятливих чинників соціального і природного середовища, то наведені дані переконливо свідчать, що порівняно висока смертність від цереброваскулярних захворювань, інфаркту міокарда та інших форм ішемічної хвороби серця залежить від недосконалості кардіологічної допомоги населенню [25].

Порівняно з іншими країнами Європи в Україні один з найвищих показників смертності від інфекційних та паразитарних хвороб.

Серед вікових показників смертності особливе значення має коефіцієнт малюкової смертності (смертності дітей першого року життя), оскільки він є не тільки важливим показником здоров'я цієї групи населення, але й критерієм соціально-економічного стану суспільства та діяльності системи охорони здоров'я, характеризує можливості та реальні заходи щодо забезпечення життя і здоров'я майбутніх поколінь. Хоча цей показник в Україні поступово знижується і в 2011 р. досяг рівня 9,0 на 1000 народжених живими, він залишається вищим, ніж у країнах ЄС, Японії.

Перше місце серед причин смертності немовлят займають стани, що виникають в перинатальному періоді, друге – природжені вади розвитку. Така ситуація свідчить про необхідність подальшого поліпшення служби охорони здоров'я дітей та матерів, запровадження медико-генетичного консультування, раціонального харчування малюків, поліпшення нагляду за ними, як в сім'ї, так і в закладах дошкільного виховання [25,28].

Великий медико-соціальний інтерес становить порівняльний аналіз смертності чоловіків і жінок працездатного і старше за працездатний віку. В обох статевих групах, особливо у працездатному віці, дані показники серед чоловіків значно перевищують такі серед жінок. Це пояснюється не лише тим, що чоловіки традиційно займаються більш важкими і небезпечними видами праці, але й значним поширенням серед них шкідливих звичок, зокрема тютюнопаління і зловживання алкоголем, та загалом нездоровим способом життя.

Ці тенденції, безсумнівно, позначаються на такому інтегрованому показнику стану здоров'я, як середня очікувана тривалість життя. Хоча останніми роками спостерігається зростання тривалості життя населення України, проте зберігається різниця показників його у чоловіків і у жінок на рівні 10 років, а також з показниками країн Західної Європи, Канади, США, Австралії, де тривалість життя в середньому на 10 років вища, ніж у нашій країні [25,29].

Поруч з санітарно-демографічними показниками стан здоров'я населення характеризується показниками захворюваності. При досить високій доступності медичної допомоги в Україні, яка забезпечується широкою мережею медичних закладів і достатньою кількістю медичних кадрів, ці показники розраховуються на основі реєстрації звернень за медичною допомогою згідно з єдиною методикою, узгодженою і затвердженою офіційно. За нею розрізняють показники захворюваності (точніше, первинної захворюваності, яка враховує вперше виявлені захворювання) і поширеності захворювань (коли враховуються усі виявлені хвороби). Інфекційні захворювання реєструються за спеціальними екстреними повідомленнями. Більш точні дані про захворюваність можна виявити при вибіркових поглиблених дослідженнях, а про деякі особливо важливі захворювання – при диспансеризації таких хворих, тобто при їх активному виявленні, систематичному лікуванні, оздоровленні умов їхньої праці та побуту.

Окремому обліку підлягають професійна захворюваність і виробничий травматизм, тимчасова непрацездатність та інвалідність.

Усі одержані дані про стан здоров'я населення узагальнюються Державним комітетом статистики України і Центром медичної статистики МОЗ України. Вони підлягають аналізу наукових установ та органів державного управління з метою обґрунтування, опрацювання і реалізації заходів, спрямованих на збереження і зміцнення здоров'я населення.

Вивчення тенденцій захворюваності та поширеності захворювань є важливою складовою стратегічного планування охорони здоров'я [31,32]. За проаналізованими даними, з 1989 р. спостерігається зростання захворюваності населення України майже за всіма класами хвороб. У структурі захворюваності перше місце займають хвороби органів дихання, які протягом тривалого часу перевищують 40%. Друге місце належить

хворобам системи кровообігу, питома вага яких постійно зростає, а їх роль як основної причини смерті надає пріоритетності проблемі їх профілактики та лікування. Наступні місця у структурі первинної захворюваності посідають травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників, хвороби сечостатевої системи і хвороби кістково-м'язової системи і сполучної тканини [32,33].

Ще більшими темпами зростає поширеність захворювань, яка свідчить про накопичення хронічної патології і характеризує стан якості та ефективності медичної допомоги хворим. Підвищення цих показників спостерігається майже за всіма класами хвороб, крім травм та отруєнь. Особливо разючим є зростання показників поширеності захворювань на хвороби крові та кровотворних органів, хвороби системи кровообігу, хвороби ендокринної системи, розлади харчування, порушення обміну речовин та імунітету, а також на хвороби сечостатевої системи, кістково-м'язової системи та сполучної тканини. Тому саме ці захворювання, проблеми їх профілактики та лікування, мають бути в центрі уваги державного управління сферою охорони здоров'я.

Звичайно, не меншої уваги заслуговують проблеми захворюваності дітей віком 0–17 років. Незважаючи на позитивну динаміку, в Україні суттєво зросли показники поширеності захворювань серед дітей за наступними класами хвороб: природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії; хвороби системи кровообігу; хвороби органів дихання; новоутворення; травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників.

Серйозною проблемою залишається стан здоров'я населення працездатного віку, яке є основним трудовим потенціалом держави, важливою продуктивною силою суспільства, що забезпечує економічний розвиток та національну безпеку країни, а також стан здоров'я людей старше працездатного віку, пов'язаний з глобальною проблемою старіння населення.

Важливе соціальне значення мають показники професійної захворюваності і виробничого травматизму, оскільки вони характеризують не тільки стан здоров'я населення, зокрема працездатного віку, але й умови його праці, стан техніки безпеки та охорони праці на виробництві, не тільки діяльність системи охорони здоров'я, але й адміністрації підприємств, професійних спілок, органів державного управління, спрямовану на збереження охорони здоров'я працюючого населення.

Треба визнати, що реєстрація професійних захворювань і, особливо, виробничих травм завжди була недосконалою, оскільки керівництво підприємств на всіх рівнях (від директора і головного інженера до майстра і бригадира), щоб уникнути відповідальності за нещасні випадки та порушення вимог техніки безпеки і охорони праці, завжди прагнуло уникнути реєстрації цих випадків, намагаючись зацікавити постраждалих усілякими, часом незаконними, засобами. Тому коливання цих показників захворюваності і травматизму не завжди відбиває істинну картину, а швидше залежить від ретельності реєстрації. Звичайно, приховати ці факти легше на малих підприємствах приватної форми власності, коли існують умови для порушення трудового законодавства.

Поглиблені дослідження, проведені Інститутом медицини праці АМН України, засвідчують, що останніми роками кількість зареєстрованих професійних захворювань коливається в межах 6–7 тис. випадків [34]. Вони зумовлені незадовільним станом умов і безпеки праці, наявністю недосконалих технологічних процесів, фізично зношеним і морально застарілим обладнанням, яке не відповідає вимогам до безпеки здоров'я і життя працівників, відсутністю належного забезпечення працівників засобами колективного та індивідуального захисту, невідповідністю робочих місць вимогам санітарно-гігієнічних норм, недостатньою свідомістю працівників щодо збереження власного здоров'я. Цими ж причинами пояснюється і виробничий травматизм.

Професійні захворювання здебільшого викликаються впливом пилу (57–63%), який призводить до хронічного пилового бронхіту та пневмоконіозу (у структурі професійних захворювань відповідно становили 35,5% і 27,5%). Друге місце у цій структурі посідають захворювання опорно-рухового апарату (22,7%), серед яких 90% припадає на захворювання периферійної нервової системи, а 10% – на захворювання кістково-м'язової системи, переважно різні форми артрозів.

Недоліки у реєстрації професійної патології особливо яскраво проявляється в обліку виробничих травм на різних етапах надання медичної та соціальної допомоги. Так, у 2006 р. за статистичними даними МОЗ України зареєстровано 46 459 випадків, за даними Національного НДІ охорони праці – 22631 випадок, за даними Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань – 30 761

випадок. Дивує також надзвичайно висока частка смертельних випадків (4,5–5%) у структурі загального виробничого травматизму, яка є нереальною і свідчить про приховування значної кількості виробничих травм.

В Україні щодня на виробництві одержують травми 55–60 робітників, з них 3–4 зі смертельним наслідком, що призводить, крім економічних збитків, до соціальних та психологічних втрат.

У загальній структурі причин нещасних випадків на виробництві домінують невиконання вимог інструкцій з охорони праці (20,13%), порушення правил дорожнього руху (8,84%), невиконання посадових обов'язків (8,54%), порушення технологічного процесу (6,55%). Майже 5% смертельних нещасних випадків відбувається через незадовільний технічний стан засобів виробництва.

Найбільше нещасних випадків, у тому числі і смертельних, зареєстровано у Донецькій, Луганській, Дніпропетровській, Запорізькій, Харківській областях, м. Києві (65% усіх випадків виробничого травматизму).

Рангові місця різних галузей за кількістю випадків виробничого травматизму розподіляються таким чином: добувна промисловість, обробна промисловість, сільське господарство, будівництво, транспорт, а за випадками зі смертельними наслідками – добувна, обробна промисловість, будівництво, сільське господарство, транспорт.

Не меншої уваги державного управління охороною здоров'я заслуговують й інші види травматизму, у тому числі побутового і, особливо, дорожньо-транспортного, смертність від якого в Україні постійно зростає і перевищує аналогічні показники європейських країн удвічі, а Нідерландів і Великої Британії – у чотири рази [32].

Причинами цього є не тільки соціальні проблеми (перевищення швидкості та інші порушення правил дорожнього руху, вживання алкоголю за кермом, незадовільний стан шляхів), але й несвоєчасне надання якісної медичної допомоги. В Україні внаслідок ДТП на місці пригоди гине 81,4%, а на госпітальному етапі – 18,6%. У європейських країнах, навпаки, 70% потерпілих помирає на госпітальному етапі, а 30% – поза межами стаціонару. При цьому у нас потерпілому невідкладну допомогу повинні надавати медичні працівники, а в більшості країн таку допомогу надають парамедики, які мають спеціальну підготовку та оснащення і діють відповідно до уніфікованих протоколів.

Треба сподіватися, що реформування екстреної медичної допомоги в Україні сприятиме ліквідації зазначених недоліків. За рекомендаціями ВООЗ, з метою запобігання дорожньо-транспортному травматизму і його наслідкам передбачено законодавчі заходи щодо обмеження режиму швидкості і посилення контролю та покарання за вживання алкоголю за кермом, обов'язкове використання ременів та інших засобів безпеки, будівництво безпечних шляхів та транспортних засобів та удосконалення порядку їх експлуатації. Будуть опрацьовані і застосовані уніфіковані медичні технології під час надання екстреної медичної допомоги, якими мають володіти не тільки медики, але й усі особи, що причетні до дорожнього руху (водії, міліція тощо). Зазначені заходи дозволять забезпечити своєчасність та адекватність медичної допомоги на догоспітальному етапі та підвищити ефективність кінцевого результату медичної допомоги у 1,5–2 рази.

Важливе медико-соціальне значення для державного управління сферою охорони здоров'я має аналіз захворюваності з тимчасовою втратою працездатності у числах випадків і календарних днів на 100 працюючих, але статистика цього явища з 2003 р. погіршилася, оскільки у листках непрацездатності перестали реєструвати діагноз.

Аналіз цих показників свідчить, що у 1990–1991 рр. число випадків на 100 працюючих становило 70,0–70,3, а число календарних днів на 100 працюючих – 817,2 дня. Ці показники, особливо число випадків, зменшилися і лише у 2002 р. почали підвищуватися. Однак важко стверджувати, що ці зміни пов'язані з покращанням здоров'я працюючих, а не із соціально-економічними змінами, розвитком малого бізнесу тощо.

Середня тривалість кожного випадку непрацездатності після 1991 р., коли вона становила 11,6 дня, суттєво не змінилась і коливалась у межах 13,0–14,4 дня.

Аналіз причин тимчасової втрати працездатності свідчить, що їх структура протягом 1999–2000 рр. суттєво не змінювалася. На першому місці залишилися хвороби органів дихання. На другому місці раніше був догляд за хворими, але в 2003 р. цю причину випередили хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини і травми та отруєння, частота яких помітно зросла. Хоча частота випадків захворювання на хвороби системи кровообігу як причин непрацездатності теж зросла, але ця причина залишається на п'ятому місці у структурі причин тимчасової втрати працездатності. Не

виключено, що ця причина часто маскується у медичних документах під іншими діагнозами. Це припущення підтверджують і дані про причини первинної інвалідності, серед яких хвороби системи кровообігу стійко посідають перше місце. На другому місці у структурі причин первинної інвалідності знаходяться новоутворення, на третьому – травми та отруєння, на четвертому – хвороби кістково-м'язової системи і сполучної тканини. Розлади психіки та поведінки і хвороби нервової системи та органів чуття періодично змінюють одні одних на п'ятому і шостому місцях [35].

Особливе значення для державного управління сферою охорони здоров'я мають інфекційні та паразитарні захворювання, так звані «соціально небезпечні» та «соціально значущі хвороби», які становлять серйозну загрозу громадському здоров'ю і потребують спеціальних заходів профілактики та лікування.

Значну частину інфекційної патології становлять кишкові інфекції, які свідчать про порушення елементарних вимог гігієни не лише окремими громадянами, але й працівниками підприємств громадського харчування, вживання забрудненої питної води, продуктів, виготовлених з порушенням санітарних правил, термінів та умов зберігання [36].

Викликає занепокоєння поширення таких небезпечних кров'яних інфекцій, як гепатит В і С.

Останнім часом, через відсутність вакцини або необґрунтовані відмови населення від профілактичних щеплень, збільшилася захворюваність на інфекції, керовані засобами специфічної імунопрофілактики (кір, краснуху, епідемічний паротит тощо). Великим досягненням слід вважати відсутність захворювань на епідемічний паралітичний поліомієліт [37].

Серед інфекційних хвороб одну з основних загроз для здоров'я населення становить туберкульоз, який не ліквідовано у жодній країні. Епідемічна ситуація щодо туберкульозу у всьому світі і в Україні погіршилася у 90-х роках ХХ століття, особливо у нових незалежних державах, які виникли після розпаду СРСР. Серед європейських країн за рівнем захворюваності на туберкульоз Україна займає третє місце після Росії та Румунії, за темпами зростання мультирезистентного туберкульозу – друге місце у Європі після Росії, а за його поширеністю у вперше виявлених хворих – четверте місце в світі. У 15 зі 100 хворих спостерігається стійка форма. Щороку у нашій країні вперше реєструється до 40 тис. хворих, помирає 10

тис. хворих. Офіційна кількість пацієнтів, які перебувають на диспансерному огляді, становить понад 500 тис. осіб. За 15 років від часу оголошення епідемії туберкульозу в Україні від нього померло близько 150 тис. хворих, а виліковується не більше 60% цих хворих.

Провідне місце серед проблем охорони здоров'я у багатьох країнах світу посідає епідемія ВІЛ-інфекції та СНІДу. В Україні вона розцінюється, як одна з найважчих у Східній Європі [39].

За період 1987–2011 рр. офіційно зареєстровано 202 787 випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України, у тому числі 46300 випадків захворювання на СНІД та 24 626 випадків смерті від захворювань, зумовлених СНІДом. Якщо до 2007 р. основним шляхом передачі ВІЛ-інфекції був парентеральний, переважно зумовлений ін'єкціями наркотичних речовин, то з 2008 р. відбулася зміна основного шляху передачі інфекції на статевий. Україна не реєструє випадків ВІЛ-інфекції серед працівників комерційного сексу, проте дані дозорного епіднадзора свідчать про зростаючу епідемію серед цієї популяції. Одночасно на тлі щорічного зростання загальної кількості ВІЛ-інфікованих осіб в Україні спостерігається позитивна тенденція до зниження кількості офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб віком 15–24 років.

В Україні досягнуто прогрес у сфері профілактики передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини, що сприяло зниженню показника таких випадків.

Актуальною проблемою охорони здоров'я України залишаються новоутворення, які є другою за значущістю причиною смерті населення. Захворюваність на ці хвороби у 2011 р. становила 926,7 на 100 тис. населення, а їх поширеність – 4159,4 [40].

Не менш важливою є проблема цукрового діабету, на який в Україні хворіють 1,3 млн осіб, або 2773,1 на 100 тис. населення. Це захворювання обумовлює 3% первинної інвалідності дорослого населення.

За межі середньоєвропейського рівня вийшла в Україні поширеність ожиріння, на яке страждають 13% чоловічого і 18% жіночого населення. Воно сприяє розвитку супутніх захворювань, які призводять до інвалідизації та передчасної смерті [41].

Важливою медико-соціальною проблемою є психічне здоров'я. Охорона психічного здоров'я охоплює широкий спектр проблем:

профілактика психічних розладів, лікування і реабілітація людей, які страждають на такі розлади, порушення прав цих людей. Психічне здоров'я є реалізацією душевного благополуччя, включеного у визначення здоров'я ВООЗ.

Показники охорони психічного здоров'я населення України свідчать про негативні тенденції. У 2011 р. поширеність психічних розладів становила 4929,6 на 100 тис. населення [40]. У структурі психічної патології відзначається зростання поширеності непсихотичних психічних розладів, психічних розладів органічного походження. Особливої уваги заслуговує аналіз захворюваності на алкогольні психози. Збільшуються показники інвалідності внаслідок психічних розладів [42].

Особливо серйозною є проблема самогубств, за кількістю яких Україна посіла 13-те місце серед країн світу з показником 19,6 на 100 тис. населення. Встановлено, що понад 90% випадків самогубств пов'язані з наявністю психічних відхилень, соціальною ізоляцією, депресією, вживанням алкоголю та наркотиків [41,43].

Проблеми алкоголізму і наркоманії виходять далеко за межі медичних проблем. Будучи важкими соціально небезпечними захворюваннями, вони є однією з причин високої захворюваності, зростання працевдатності та смертності, руйнування суспільної моралі, призводять до зниження народжуваності та погіршення здоров'я молодого покоління, сприяють зниженню трудового потенціалу і збільшенню злочинності.

Вживання алкоголю є третім за значущістю чинником ризику працевдатності і високої смертності. Потенційними наслідками зловживання алкоголем є підвищений ризик нещасних випадків, цироз печінки, підвищений кров'яний тиск, психічні захворювання, а також природжені вади розвитку.

Вживання алкоголю підвищує ризик виникнення сімейних проблем, а також проблем на роботі та інших соціальних проблем, таких, як аварії, кримінальна поведінка, нещасні випадки через необережність, насильство, вбивство і самогубство, порушення правил дорожнього руху тощо [40].

Вибіркове соціологічне дослідження, проведене співробітниками Українського центру соціальних реформ (УЦСР) та їхніми партнерами, показало, що 77,3% чоловіків і 62,4% жінок вживали алкоголь хоча б один раз за минулий місяць. 23% чоловіків вживають алкоголь менше одного разу

на місяць, 29% – 1–2 рази на тиждень і 6% – щодня або майже щодня. 38% жінок вживають алкоголь менше одного разу на місяць, 9% – 1–2 рази на тиждень і менше 2% – щодня або майже щодня. Найбільша частка жінок, які вживають алкоголь 1–2 рази на тиждень, спостерігається у віковій групі 20–24 роки та серед жінок Східного регіону – відповідно 12% і 14%. Хоча жінки вживають алкоголь рідше, ніж чоловіки, проте алкоголізм поступово фемінізується, і останніми роками поширеність розладів психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю серед жінок України зростає з 291,0 випадку на 100 тис. населення у 1997 р. до 335,4 – у 2007 р. [41].

Споживання алкоголю жінками репродуктивного віку негативно впливає на плід і дитину, а вживання його напередодні або під час зачаття чи вагітності підвищує ризик порушення нормального розвитку плода.

Вживання алкоголю в Україні починається відносно рано, хоча майже 40% жінок та чоловіків у віці до 20 років не вживали алкогольні напої. Останнім часом простежується тенденція до більш раннього вживання алкоголю. Серед жінок у віці 20–24 років половина почала вживати алкоголь у віці до 18 років і майже три чверті – у віці до 20 років, а серед жінок у віці до і після 40 років приблизно одна третина почала вживати алкогольні напої у віці до 18 років і дві третини – у віці до 20 років.

Серед чоловіків кожної вікової категорії більше половини починають вживати алкогольні напої до досягнення 18 років. Вживання алкоголю у віці до 20 років підвищується до 81% і залишається практично незмінним для чоловіків усіх вікових груп [44].

Споживання алкоголю значною мірою залежить від обсягів його виробництва та продажу. Парадокс алкогольної проблеми полягає в тому, що вживання алкогольних напоїв, з одного боку, призводить до збільшення прибутків виробників і надходжень до бюджету, а з іншого – негативно впливає на здоров'я нації, демографічну, криміногенну та соціально-економічну ситуацію в країні. Якщо у кінці ХХ ст. виробництво алкоголю в Україні зменшувалося, то на початку ХХІ ст. воно почало збільшуватись, що сприяло збільшенню його споживання.

За розрахунками фахівців, споживання алкоголю в Україні досягає 32–35 млн дал на рік, з них щорічно реалізується 15–20 млн дал так званого «неврахованого» алкоголю, серед якого значну частку становлять фальсифіковані алкогольні напої [45].

Алкоголізації населення, особливо підлітків і молоді, сприяє збільшення виробництва та продажу пива і так званих «алкопопсів», які є слабоалкогольними напоями, і тому їх реклама не обмежена. Алкопопси поширюються серед школярів і викликають їх звикання до алкоголю. За даними опитування 15–16-річних школярів, проведеного у 2008 р. Українським інститутом соціальних досліджень, 85% з них куштували спиртне, 80% вживають алкогольні напої щотижня, а 9% п'ють міцні напої. За останні чотири роки щотижневе вживання міцних напоїв серед 13–15-річних підлітків зросло у понад 1,5 разу, вживання вина і слабоалкогольних напоїв – майже у 2,5 разу. Вживають пиво 40% хлопців, а 33% дівчат більше до вподоби солодкі алкопопси.

Систематичне вживання алкоголю не може не впливати на здоров'я населення. Внаслідок цього рівень поширеності розладів психіки та поведінки залишається високим. Якщо у 2005 р. показники поширеності гострих психопатичних алкогольних розладів та хронічних алкогольних синдромів на 100 тис. населення становили відповідно 35,5 і 1343,9, то у 2007–2008 рр. вони становили – 33,14 і 1336,9 та 34,1 і 1336,2 відповідно [45].

Зловживання алкоголем, особливо вживання фальсифікованих спиртних напоїв, часто спричиняє отруєння і розвиток важких захворювань. Залишається високою і частота смертельних випадків, безпосередньо пов'язаних з алкоголем. Доведено, що регулярне вживання алкоголю скорочує тривалість життя на 5–7 років. За оцінками ВООЗ, споживання алкоголю в Україні спричиняє 12% тягаря хвороб.

Порівняння інтегрованого індикатора алкогольної проблеми – стандартизованого коефіцієнта смертності від вибраних причин, пов'язаних з алкоголем, – свідчить, що в Україні він у 2,3–2,8 разу вищий, ніж в країнах ЄС. Зазначені дані переконують, що боротьба з алкоголізмом є однією з найважливіших і найактуальніших соціальних проблем нашої країни.

Ще серйознішою проблемою світового масштабу є наркоманія, яка чинить руйнівний вплив на усі аспекти суспільного життя.

На жаль, офіційні статистичні дані не можуть претендувати на повноту і вірогідність. За експертними оцінками, загальна кількість осіб з наркотичною залежністю та епізодичних споживачів наркотиків у 5–10 разів вища. За оперативними даними МВС і СБУ, загальна кількість наркозалежних в Україні у 2008 р. становила 1,5 млн осіб, а на

профілактичному обліку перебувало 174,1 тис. наркоспоживачів, серед яких 4,3 тис. неповнолітніх. Того ж року на облік було додатково поставлено 29,9 тис. осіб. Таким чином, на кожні 10 тис. населення в середньому припадало 37 споживачів наркотиків. Спостерігається «помолодшання» наркоманії: вік початку вживання наркотиків щорічно зменшується на 0,1–0,15 року [46].

Небезпека наркоманії для України поглиблюється тим, що вона належить до числа країн, які є одночасно виробниками, споживачами і зоною транзиту наркотичних засобів. Вона має власну сировинну базу для незаконного виробництва різноманітних наркотиків, оскільки в ній традиційно вирощуються мак і конопля. Водночас наша країна стала привабливою територією не тільки для первинної, але й для кінцевої обробки наркотичних речовин.

Негативні наслідки вживання наркотиків мають різноманітний аспект – медичний, психологічний, демографічний, соціальний, економічний, юридичний. За даними ВООЗ, 0,4% від загального тягаря хвороб припадає на споживання наркотичних засобів. Щорічно від передозування і хвороб, пов'язаних з вживанням наркотиків, помирає багато людей (у 2007 р. – 2667 осіб). Парентеральне введення наркотиків в антисанітарних умовах сприяє поширенню ВІЛ-інфекції та СНІДу.

Наркотизація населення негативно впливає на криміногенну ситуацію в країні. За даними МВС України, у 2006–2008 рр. кількість зареєстрованих злочинів, пов'язаних з наркотичними засобами, становила 64,6 тис., 63,8 тис., 63,7 тис. випадків відповідно. Загалом в Україні у 2007 р. кожний 6–7 скоєний злочин був пов'язаний з наркотиками (15,9% від загальної кількості злочинів), а у 2008 р. – кожний шостий (16,6%). У 2007 р. скоєно 27 712 тяжких та особливо тяжких злочинів, а у 2008 р. – 21395 злочинів.

Надзвичайно серйозною медико-соціальною проблемою в Україні, як і в усьому світі, є тютюнопаління, яке є відомим чинником ризику виникнення серцево-судинних захворювань. Тютюнопаління може викликати рак легенів та інші форми раку, а також погіршує перебіг пневмонії, бронхіту, емфіземи легенів. Негативні наслідки має і пасивне куріння. Вдихання диму від цигарок особливо погано впливає на дитячий організм, позначаючись на його розвитку і спричиняючи дитячі захворювання, зокрема респіраторні.

За даними ВООЗ, в Україні на початку 1990 р. понад 40% усіх смертей чоловіків 35–69 років були викликані тютюнопалінням [44,47].

Статистичні дані про поширеність тютюнопаління можна одержати лише шляхом вибіркового дослідження, проведених різними соціологічними та медичними організаціями. Узагальнені дані цих та інших досліджень засвідчили, що в Україні курять 52% чоловіків і 15% жінок. Частка жінок, які курять, набагато більша серед городянок, ніж серед жінок, які проживають у сільській місцевості, – 18% і 8% відповідно. Частка осіб, що курять, збільшується з віком. Загалом серед чоловіків у підлітковому віці курять 23%, після 20 років – 49%, а у віковій групі 45–49 років – 63% чоловіків. Серед жінок у підлітковому віці курять лише 11%, а у віковій групі 20–24 роки, коли жінки найбільше схильні до куріння, ця частка зростає удвічі.

Спостерігаються варіації у структурі курців за рівнем освіти серед чоловіків: серед осіб з вищою освітою частка курців менша (45%), ніж серед осіб з нижчими рівнями освіти.

Наведені дані свідчать, що для України проблеми алкоголізму, наркоманії, тютюнопаління є надзвичайно гострими, а боротьба з цими шкідливими звичками, які становлять серйозну загрозу для громадського та індивідуального здоров'я, відкриває великі перспективи для покращення ситуації [44,48].

Україна вступила у XXI ст. з одними з найгірших у Європі показників життєдіяльності і тягарем багатьох соціально-економічних та демографічних проблем [49]. Кардинальні зміни соціально-економічної системи призвели до деструктивних процесів в економіці, скорочення виробництва, зменшення внутрішнього валового продукту та дефіциту бюджету. Гальмування економічних та соціальних реформ, неповна трудова зайнятість або безробіття, низький рівень заробітної плати та пенсій, несвоєчасна їх виплата, недостатня правова і соціальна захищеність громадян, соціально-політичне напруження сприяли погіршенню життя більшості населення. Особливо складним стало матеріальне становище літніх людей, які змушені жити на мізерну пенсію. Серйозні соціальні проблеми постали також перед молоддю, особливо перед молодими сім'ями, які не завжди мають гідну роботу і заробітну плату, не здатні придбати житло і тому не можуть дозволити собі народження дитини [50,51].

Така ситуація, що триває багато років, не може не вплинути на демографічну ситуацію і стан здоров'я населення. Зокрема спостерігається значне скорочення чисельності населення, високі коефіцієнти смертності

чоловіків працездатного віку, порівняно високі показники дитячої смертності, надто коротка очікувана тривалість життя, особливо чоловіків, та тривалість життя здорової людини.

До другої групи ризиків належать екологічні та гігієнічні чинники. Моніторинг якості води відкритих водойм свідчить про те, що їх екологічний стан не покращується. Основні забруднювачі води – це перевантажені каналізаційні очисні споруди та мережі, які перебувають у незадовільному технічному стані і потребують проведення капітальних ремонтів та реконструкції. Будівництво та реконструкція більшості об'єктів водопостачання та каналізування, запланованих державними та місцевими програмами розвитку водного господарства, охорони водних ресурсів та підвищення якості питної води, практично не проводиться. Більша частина сільського населення споживає воду з колодязів та індивідуальних свердловин, які переважно знаходяться у незадовільному санітарно-технічному стані [53].

Надмірна концентрація промислових об'єктів та автотранспорту призвела до надзвичайного антропогенного навантаження на довкілля. В умовах інтенсивного забруднення атмосферного повітря живе приблизно третина населення України. Головними причинами, що обумовлюють незадовільний, а часто і небезпечний, стан атмосферного повітря у населених пунктах, є недотримання підприємствами технологічного режиму експлуатації пилогазоочисного устаткування, низькі темпи впровадження сучасних технологій очищення викидів, відсутність ефективного очищення викидів підприємств і санітарно-захисних зон між промисловими та житловими районами.

Одним з найважливіших джерел забруднення довкілля, у тому числі водних об'єктів, є ґрунт. Токсичні речовини, у тому числі пестициди, мігрують з ґрунту в навколишнє середовище і продукти харчування [54].

Для України надзвичайне значення має забезпечення радіаційної безпеки, оскільки на її території відбулася найбільша в історії людства ядерна техногенна катастрофа – аварія на Чорнобильській АЕС, яка призвела до стійкого довготривалого радіоактивного забруднення території та опромінення великої кількості людей. Крім того, в Україні діють чотири атомні електростанції, функціонують два дослідницькі реактори, в шести областях розташовані підприємства з поховання та переробки радіоактивних

відходів. В країні працює близько десяти підприємств та організацій, що використовують у своїй діяльності радіаційно небезпечні технології та джерела іонізуючого випромінювання. Щорічно виконуються сотні тисяч рентгенологічних досліджень та профілактичних флюорографій, десятки тисяч радіоактивних досліджень та курсів променевої терапії. Особливо небезпечними є радіаційні аварії, яких тільки у 2011 р. відбулося 31, з них 28 першої групи та три – третьої групи [55].

На стан здоров'я населення суттєвий вплив мають порушення гігієнічних правил, технології приготування їжі, зберігання харчових продуктів. Використання морально і технічно застарілого обладнання, порушення вимог охорони праці та техніки, небажання адміністрації та постраждалих звертатися до лікарів сприяють виникненню виробничих травм. Більшість випадків (76,8%) смертності на виробництві мали місце в шахтах. Офіційно рівень професійної захворюваності в Україні є суттєво нижчим, ніж в інших європейських країнах, але така ситуація пояснюється недостатнім виявленням усіх випадків захворювання. До кола професійних захворювань належать дерматоз, силікоз, астма, рак, інфекції, отруєння та інші хвороби, що спричиняються вібрацією, перевантаженням, високим рівнем шуму тощо на робочому місці [56].

Смертність та захворюваність в Україні, пов'язані з неінфекційними захворюваннями, збільшуються через поширеність нездорового способу життя, тютюнопаління, алкоголізм, незадовільне харчування, брак фізичної активності, особливо серед молоді та населення працездатного віку, що призводить до ожиріння, на яке страждає третина населення [57].

Переважну частину (84,4%) загальної тривалості життя, скоригованої на інвалідність (ТЖСІ), спричиняють десять факторів ризику, з них більше половини припадає на п'ять головних факторів ризику.

Найбільш небезпечним фактором ризику в Україні є високий артеріальний тиск, на який припадає 16,6% загальної ТЖСІ, в той час як в інших європейських країнах найбільш важливим фактором ризику є тютюнопаління. Підвищення тиску має майже третина населення України. На нього припадає більша частина тягаря хвороб.

В Україні щодня регулярно палять дві третини чоловіків старше 15 років, що становить найвищий рівень серед європейських країн. Більше 20 цигарок на день випалюють 14,8% чоловіків і 0,8% жінок. Тому Україна має

найвищі показники смертності, спричиненої тютюнопалінням, як серед чоловіків, так і серед жінок. На тютюнопаління припадає 13% тягаря хвороб. За розрахунками ВООЗ, стандартизований коефіцієнт смертності, відібраний за причинами, пов'язаними з тютюнопалінням, в Україні у 2004 р. становив 774,8 на 100 тис. населення, тобто 56,8% загальної смертності. Загалом тютюнопаління є фактором ризику понад 20 хвороб, які становили майже 75% у структурі причин смертності. За літературними даними, воно скорочує тривалість життя на 2250 діб, і тому тютюн отримав назву «наймасовішого вбивці кінця ХХ століття» [58].

Незважаючи на офіційні дані про низький показник споживання алкоголю в Україні, рівень смертності, пов'язаної з алкоголізмом, є високим і дедалі зростає. У 2004 р. цією причиною пояснювалося 13,6% смертей (16,5% серед чоловіків і 7,8% серед жінок).

На ожиріння страждає 17,7% населення України. Велика вага, високий рівень холестерину, обмежене споживання фруктів та овочів, а також недостатня фізична діяльність, становлять разом 37% ТЖСІ. Найменші рівні фізичної активності (7,1%) спостерігаються серед молодих чоловіків 18–29 років. Взагалі українські чоловіки є менш фізично активними, ніж жінки (5,4% проти 3,9%). Приблизно лише 6% населення України займається фізичними вправами (5,4% чоловіків і 5,8% жінок).

Споживання наркотиків спричиняє в Україні 3% втрат у загальному ТЖСІ, тобто утричі більше, ніж в інших європейських країнах. За даними ЮНІСЕФ (2008 р.), принаймні один раз наркотики споживали майже 10% хлопчиків та 5% дівчаток восьмих класів і 35% хлопців та 15% дівчат першого курсу професійно-технічних училищ, 25% і 15% відповідно студентів-першокурсників університетів. Показники смертності серед споживачів ін'єкційних наркотиків у 20 разів вищі, ніж у широкого загалу населення.

Небезпечний секс в Україні становить 1,6% загальної ТЖСІ. Поширеним явищем є секс з партнером, який є ані подружжям, ані постійним співмешканцем (співмешканкою). Серед тих, хто мав статеві стосунки за останні 12 місяців, 48% чоловіків і 22% жінок вказали, що мали незахищений секс. Серед тих, хто мав секс із понад одним партнером, лише 48% жінок і 46% чоловіків повідомили, що користувалися презервативом (2008 р.). Серед учнів професійно-технічних училищ віком 15–16 років у статеві відносини

вступили приблизно 45%, а серед підлітків 13–14 років такий досвід вже мали 10%. Незахищений секс підвищує рівень захворюваності на хвороби, що передаються статевим шляхом, на ВІЛ/СНІД та рівень передчасної вагітності.

Усунення або зменшення впливу перерахованих чинників сприятиме зниженню захворюваності та смертності населення України.

1.3. Проблеми системи охорони здоров'я України та стратегії її реформування

Внаслідок поширення і втілення у життя соціально-гігієнічних ідей у ХХ ст. в Україні було збудовано нову систему охорони здоров'я, при якій держава повністю взяла на себе піклування про здоров'я усіх людей. Після закінчення громадянської війни, періодів воєнного комунізму і нової економічної політики система охорони здоров'я розвивалася на засадах бюджетного фінансування, загальнодоступності і безоплатності для пацієнта. Поступово було підготовлено армію лікарів та середніх медичних працівників, створено мережу медичних закладів у містах та сільській місцевості. Таким чином було забезпечено доступність медичної допомоги усім прошаркам міського та сільського населення. Оскільки фінансування галузі охорони здоров'я здійснювалося за рахунок державного та місцевих бюджетів, медична допомога надавалась безоплатно. Для деяких категорій населення (відповідальним працівникам, залізничникам, робітникам промислових підприємств, особливо важкої промисловості, тощо) було організовано так зване «переважне медичне обслуговування», не тільки за місцем проживання, але й за місцем роботи. Було реалізовано принципи профілактичної спрямованості галузі і дільничності медичного обслуговування, при якому населення дільниці і району було прикріплене до певного лікаря та медичного закладу, які відповідали за здоров'я і надання медичної допомоги прикріпленому населенню, запроваджено диспансеризацію деяких груп населення.

Проте, незважаючи на певні досягнення вітчизняної охорони здоров'я навіть в умовах тоталітарного режиму, у її розвитку спостерігались серйозні недоліки, які і досі зберігають свій негативний вплив на стан галузі.

Недостатність наукового обґрунтування організаційних заходів, спрямованість на екстенсивний шлях розвитку, диспропорції у розвитку первинної і спеціалізованої, амбулаторно-поліклінічної і стаціонарної медичної допомоги, недостатнє фінансування, яке здійснювалось за залишковим принципом, незадовільне матеріально-технічне забезпечення медичних закладів, особливо сучасною лікувально-діагностичною апаратурою, низький рівень і недосконала система оплати праці медичних працівників, яка фактично не враховує якість і кінцевий результат роботи, обумовили наявність серйозних недоліків у її функціонуванні.

У повоєнні роки запорукою підвищення якості медичної допомоги стала її спеціалізація за рахунок збільшення медичних спеціальностей і лікарів-спеціалістів, створення спеціалізованих центрів за рахунок первинної медичної допомоги, терапевтичної та педіатричної дільничної мережі. З деякими коливаннями на стаціонарну допомогу витрачалось близько 85% і так недостатніх коштів з бюджету охорони здоров'я, більшість з яких – на вузькоспеціалізовані центри і клініки. Лише 15% коштів витрачалося на амбулаторно-поліклінічну допомогу, а з них лише 4-5% – на первинну допомогу, тобто на дільничних терапевтів і педіатрів, які за порівняно низьку оплату праці виконували лев'ячу частину роботи.

Державна монополія на надання медичної допомоги, відсутність інших форм власності і конкуренції в охороні здоров'я, некваліфіковане, надто централізоване, бюрократичне управління і незацікавленість багатьох медичних працівників у результатах своєї праці призвели до суперечності між декларованими з політичною метою принципами і недостатніми засобами забезпечення соціальних та медичних потреб, пов'язаних з неефективною економікою і надмірними витратами на військові та поліцейні цілі. Така система охорони здоров'я була нездатною до сприйняття науково-технічного прогресу. Поступово втрачали своє значення і переставали діяти принцип профілактичної спрямованості і диспансерний, тобто активний метод медичного обслуговування, помітно погіршувалась якість медичної допомоги та рівень задоволення нею пацієнтів і загалом населення.

Зазначені недоліки знецінювали позитивні риси і досягнення вітчизняної охорони здоров'я, зокрема доступність медичної допомоги, сприяли зниженню кваліфікації багатьох лікарів, збереженню відносно незадовільного стану здоров'я населення, показники якого були гіршими, ніж

в економічно розвинених країнах світу. Так, уже з середини 60-х – початку 70-х років в Україні чітко намітилась тенденція до зниження народжуваності і зростання смертності. З 1979 р. у сільській місцевості, а з 1991 р. і у всій країні це призвело до від'ємного приросту і поступового зменшення чисельності населення – депопуляції [59].

Тому вже за радянських часів виникли ідеї про необхідність реформування охорони здоров'я, особливо її правового та фінансово-економічного забезпечення. Розпочалося опрацювання проектів законів «Про медичне страхування», «Про медичну допомогу», а потім Основ законодавства України про охорону здоров'я. Впроваджувався так званий «господарський механізм» управління галуззю. Важливу роль у цих процесах відіграла новостворена незалежна громадська організація українських лікарів-патріотів – Всеукраїнське лікарське товариство [60,61].

У 1990 р. Міністерством охорони здоров'я УРСР була опублікована Концепція економічної реформи охорони здоров'я Української РСР на основі бюджетно-соцстрахівської системи фінансування [62].

Здобуття незалежності, демократизація суспільства, перехід до ринкових відносин не тільки створили передумови для подальшого прогресу, але й породили низку проблем перехідного періоду, які торкнулись і галузі охорони здоров'я.

Організаційні засади охорони здоров'я у незалежній Україні ґрунтуються на Конституції України і Основах законодавства України про охорону здоров'я, які проголошують право кожної людини на охорону здоров'я [63,64]. Це право має забезпечуватися державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. За Конституцією України держава має створювати умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У держаних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога має надаватися безоплатно, а існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава зобов'язується сприяти розвитку медичних закладів усіх форм власності.

Враховуючи виняткову індивідуальну та суспільну цінність здоров'я, яке суттєво впливає на процеси і результати економічного, соціального і культурного розвитку країни, демографічну ситуацію і стан національної безпеки, а також є важливим соціальним критерієм ступеня розвитку і

благополуччя суспільства, було проголошено основні принципи охорони здоров'я:

- визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, одним з головних чинників благополуччя та покращання життя народу України;

- профілактична та реабілітаційна спрямованість функцій охорони здоров'я, взаємодія яких визначає стратегії її поліпшення та подальшого розвитку;

- спадкоємність в організації та реформуванні охорони здоров'я з урахування всесвітнього досвіду;

- комплексний медико-екологічний, медико-соціальний підхід до вирішення проблем охорони здоров'я;

- наукова обґрунтованість проектів з охорони здоров'я, концепцій і напрямів розвитку, методів і програм діяльності;

- багатоукладність економіки охорони здоров'я і багатоканальність її фінансування, поєднання державних гарантій з демонополізацією та заохоченням підприємництва і конкуренції, що забезпечують єдиний медичний простір;

- рівноправність громадян в отриманні медичної допомоги та інших послуг з охорони здоров'я, незалежно від форм власності закладів;

- інформаційна відкритість діяльності у сфері охорони здоров'я [65].

Аналіз розвитку і стану охорони здоров'я у незалежній Україні засвідчили, що вона успадкувала як позитивні риси, так і недоліки радянської системи, поглиблені кризою перехідного періоду, пов'язаною зі зміною соціально-економічної і політичної системи, переходом до ринкових відносин.

Тому проблема реформування галузі, яка назрівала ще в умовах радянської системи, стала нагальною. Її необхідність була зумовлена реальними політичними та соціально-економічними процесами, зокрема:

- демократизацією суспільства, інтеграцією України у світове співтовариство;

- глобальними структурними процесами в економіці;

- зниженням рівня і погіршенням якості життя більшості громадян;

- критичною демографічною ситуацією;

- незадовільним станом здоров'я населення;

– низькою економічною ефективністю використання ресурсів охорони здоров'я, недосконалою системою оплати праці лікарів та інших працівників сфери охорони здоров'я;

– диспропорціями у розвитку амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної медичної допомоги;

– незадовільною екологічною ситуацією, ускладненою наслідками Чорнобильської катастрофи.

Щоб система охорони здоров'я незалежної України була ефективною, вона мала відповідати таким вимогам:

– забезпечувати збереження і зміцнення здоров'я населення;

– гарантувати доступність і якість кваліфікованої медичної допомоги;

– стримувати зростання вартості медичної допомоги;

– забезпечувати раціональне використання кадрових, фінансових і матеріальних ресурсів [66].

Аналіз сучасного стану охорони здоров'я у світі засвідчив, що у більшості навіть економічно розвинених країн вона повністю не відповідає зазначеним вимогам. Це обумовлено цілою низкою причин, передусім фінансового характеру, що призвели до безсистемного розвитку інфраструктури охорони здоров'я в ряді країн, структурної розірваності органів і закладів охорони здоров'я та зростання вартості медичної допомоги. Проте не можна не зазначити, що останніми роками багато держав серйозно зайнялися реформуванням та удосконаленням галузі і досягли певних успіхів. Їхній досвід доцільно використати у нашій країні [67,68].

Головною метою державної політики України в галузі охорони здоров'я на сучасному етапі має бути досягнення позитивних змін в існуючій ситуації, а саме – збереження і поліпшення здоров'я усіх верств населення, підвищення якості та ефективності медико-санітарної допомоги, забезпечення соціальної справедливості і прав громадян на її одержання в умовах трансформації соціально-економічних відносин за рахунок удосконалення організації і фінансування галузі та раціонального використання ресурсів [69,70].

Концепція розвитку охорони здоров'я населення України, опрацьована провідними фахівцями охорони здоров'я і затверджена Указом Президента України від 7 грудня 2000 р. № 1313/2000, так формулює кінцеву мету реформування галузі [71]:

- збереження та зміцнення здоров'я населення, подовження періоду активного довголіття і тривалості життя людей;
- створення правових, економічних та управлінських механізмів реалізації конституційних прав громадян України на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування;
- забезпечення гарантованого рівня надання безоплатної кваліфікованої медичної допомоги у визначеному законодавством обсязі;
- формування керованого ринку платних медичних послуг, сприяння діяльності закладів охорони здоров'я всіх форм власності, створення умов для задоволення потреб населення в медичних послугах;
- ефективне використання наявних кадрових, фінансових і матеріальних ресурсів;
- солідарна участь держави, роботодавців, територіальних громад та окремих юридичних і фізичних осіб у фінансуванні послуг з надання громадянам медичної допомоги.

Реалізація цієї концепції передбачає здійснення комплексу державних і галузевих заходів.

До загальнодержавних заходів належать:

- проведення економічних реформ, спрямованих на прогресивний розвиток виробництва і збільшення валового національного продукту, що дозволить підвищити добробут населення і сформувати державний бюджет, який забезпечить реалізацію програм охорони здоров'я і соціального захисту тих, хто його потребує;
- поетапне збільшення державних асигнувань у сферу охорони здоров'я, їх ефективне використання; запровадження ефективної системи багатоканального фінансування галузі за рахунок бюджету і загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування;
- забезпечення ефективної охорони навколишнього середовища, яка включатиме впровадження екологічно безпечних технологій в промисловості, енергетиці, сільському господарстві, будівництві і на транспорті, створення і використання сучасних засобів знешкодження шкідливих речовин і захисту довкілля, підвищення екологічної культури населення;
- забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення, переорієнтацію охорони здоров'я на суттєве посилення заходів з

попередження захворювань, запобігання інфекційним захворюванням, зниження ризиків для здоров'я людини, що пов'язані із забрудненням та шкідливим впливом факторів довкілля;

- забезпечення охорони праці і техніки безпеки на всіх виробництвах, створення здорових умов праці, ефективна профілактика виробничого травматизму і професійних захворювань;

- формування здорового способу життя, його моральне і матеріальне стимулювання, гігієнічне виховання і навчання людей, особливо дітей та молоді, розвиток фізичної культури і спорту, боротьба із шкідливими звичками (алкоголізмом, тютюнопалінням, наркоманією, токсикоманією);

- активна демографічна політика, спрямована на підвищення народжуваності і зниження смертності, особливо дітей і людей працездатного віку, удосконалення системи планування і захисту сім'ї, політики підтримки молоді, соціального захисту інвалідів і людей похилого віку;

- збереження і зміцнення репродуктивного здоров'я населення, удосконалення системи охорони материнства, поліпшення умов праці та побуту жінки-матері;

- забезпечення всебічного гармонійного, фізичного та психічного розвитку дитини, починаючи з народження, її раціонального харчування, оптимальних умов побуту, виховання і навчання;

- удосконалення законодавства про охорону здоров'я відповідно до європейських вимог і стандартів; створення системи соціального та правового захисту медичних працівників і пацієнтів;

- забезпечення профілактичної спрямованості системи охорони здоров'я шляхом удосконалення санітарного законодавства, широкого проведення профілактичних заходів;

- розвиток фармацевтичної та медико-інструментальної промисловості, виробництва імунобіологічних препаратів, медичного приладобудування, здешевлення вартості, підвищення якості та безпеки вітчизняної продукції, що має сприяти підвищенню її конкурентоздатності, кардинальному поліпшенню медикаментозного і матеріально-технічного забезпечення медичних закладів і населення.

Галузеві заходи мають передбачати:

- розроблення державних комплексних та цільових програм охорони здоров'я населення;

- визначення пріоритетів медичної допомоги та обґрунтування переліку і обсягу гарантованого рівня безоплатної медичної допомоги громадянам у державних і комунальних закладах охорони здоров'я;
- розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини;
- проведення реструктуризації галузі з метою ліквідації диспропорцій у розвитку різних видів медичної допомоги, раціоналізації амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги, упорядкування мережі, структури і функцій закладів охорони здоров'я;
- удосконалення системи інформаційного забезпечення галузі охорони здоров'я на основі широкого розвитку інформаційних мереж, реорганізації медико-статистичної служби;
- створення системи забезпечення і контролю якості надання медичної допомоги на основі розроблених стандартів якості;
- запровадження системи ліцензійних інтегрованих іспитів у вищих медичних навчальних закладах, незалежно від їх підпорядкування, для уніфікованого контролю за якістю підготовки фахівців для сфери охорони здоров'я;
- удосконалення порядку акредитації закладів охорони здоров'я та атестації медичних і фармацевтичних працівників;
- удосконалення форм і методів управління галуззю, залучення до вирішення проблем охорони здоров'я медичної та широкої громадськості;
- створення системи інформаційного забезпечення охорони здоров'я на основі широкого використання комп'ютерної техніки, уніфікації методів і засобів інформації, розвитку інформаційних мереж, удосконалення медико-статистичної служби.

Згідно з Концепцією реформування системи охорони здоров'я України, Українським інститутом громадського здоров'я було опрацьовано проект Комплексної цільової програми реформування галузі [70]. Було чітко визначено етапи формування та реалізації програми, їх тривалість і зміст: підготовчий (07.1997–06.1998), формування програми (07.1998–06.1999), експериментальний (07.1999–12.2000), опрацювання нормативно-правових документів і організаційних заходів (2001–2002 рр.), впровадження зазначених розробок у практику (2003–2005 рр.).

До цієї роботи було залучено усі профільні інститути МОЗ України, які дали згоду на участь у ній. Уже в 1998 р. проект програми був поданий до МОЗ України для затвердження і передбачення необхідних ресурсів для її реалізації.

Складовою реформи мав стати розвиток законодавчої бази, який передбачав прийняття основних законів, що мали забезпечувати нормативно-правове регулювання галузі охорони здоров'я: про фінансування галузі, про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування, про медичну діяльність, про медичні заклади, про захист прав пацієнтів, про лікарське самоврядування тощо.

Економічні засади діяльності системи охорони здоров'я у результаті її реформування мали такі основні складові:

- щорічне законодавче визначення гарантованого державою рівня безоплатної медичної допомоги населенню і затвердження відповідних обсягів державного фінансування згідно з встановленим базовим стандартом якості;

- багатоканальне фінансування галузі на основі принципу солідарної відповідальності держави, працедавців та населення;

- загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування як система діяльності медичних страхових фондів, лікувально-профілактичних закладів різних форм власності, страхувальників (місцевих органів виконавчої влади, підприємств, роботодавців) і застрахованих осіб;

- фінансування лікувально-профілактичних закладів за кінцевим результатом їхньої діяльності залежно від кількості пацієнтів, які за власним вибором прикріпилися до закладів для отримання первинної допомоги, та обсягу наданої вторинної і третинної допомоги.

Джерелами фінансування охорони здоров'я мали стати державний і місцеві бюджети, кошти загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування, а також добровільного медичного страхування, добродійних та інших фондів, цільових медичних зборів, безпосередні платежі юридичних та фізичних осіб тощо.

Бюджетні ресурси на охорону здоров'я передбачалося розподіляти на підставі нормативів витрат з розрахунку на одного жителя, враховуючи рівень здоров'я населення, клімато-географічні та екологічні особливості регіонів.

Реформування економічних засад галузі вимагало зміни податкової політики щодо установ та закладів охорони здоров'я, певних змін Основ законодавства України про охорону здоров'я.

Реорганізація управління системою охорони здоров'я мала бути одним з основних напрямків реформування галузі, на який покладалося забезпечення реалізації державної політики, спрямованої на збереження та зміцнення здоров'я населення в нових економічних умовах.

Удосконалення системи управління галуззю передбачало запровадження державного, комунального та приватного секторів охорони здоров'я.

Державний сектор охорони здоров'я мав забезпечувати населення необхідним обсягом медичних послуг. Комунальний сектор охорони здоров'я мав ґрунтуватися на комунальній формі власності і керуватися органами місцевої влади на основі державних стандартів якості медичної допомоги, ліцензування медичної діяльності, акредитації закладів охорони здоров'я.

Передбачалося залучення до системи загальнообов'язкового соціального медичного страхування різних закладів охорони здоров'я незалежно від форм власності.

Приватна медична практика мала стати складовою системи охорони здоров'я, набути свого поширення з розвитком ринкових відносин в економіці країни і бути тісно пов'язаною з добровільним медичним страхуванням.

У реформі управління важливе місце мала займати оптимізація її структури, зокрема взаємодії між різними управлінськими органами, як по горизонталі, так і по вертикалі. Передбачалося збереження дійової управлінської вертикалі для забезпечення державної політики у сфері охорони здоров'я, гарантованого державою рівня безоплатної медичної допомоги, єдиних галузевих стандартів та норм.

Центральним органом законодавчої влади у системі охорони здоров'я залишається Міністерство охорони здоров'я України. На регіональному рівні функції управління охороною здоров'я поклалися на Міністерство охорони здоров'я АР Крим, управління охорони здоров'я обласних, міських міст Києва і Севастополя державних адміністрацій. На районному та міському рівнях галузеві управлінські функції передбачалося покласти на територіальні медичні об'єднання (ТМО), підпорядковані районним державним адміністраціям або органам місцевого самоврядування.

Зміст перебудови системи управління та її органів в охороні здоров'я реалізував принцип децентралізації управління із збереженням відповідальності за результати діяльності на кожному ієрархічному рівні системи.

Здійснення адміністративної реформи в галузі охорони здоров'я передбачало перехід на систему функціонального управління, зосередження функцій Міністерства охорони здоров'я на аналізі ситуації, формуванні політики і стратегії охорони здоров'я, ініціюванні законодавчих передбачень, законотворчій роботі, вирішенні економічних і фінансових проблем галузі, забезпеченні якості медичної допомоги. Передбачався відповідний перегляд структури, а також чіткий розподіл функцій органів управління галуззю різних рівнів.

На основі новітніх телеметричних технологій мала реорганізуватися система інформаційного забезпечення, створювались інформаційно-аналітичні системи на всіх рівнях управління, у тому числі національна медична комп'ютерна мережа комунікаційних каналів, яка мала забезпечити входження галузевої інформаційної системи до світової комп'ютерної мережі. Значно більшої ролі мали набути професійні об'єднання лікарів, діяльність яких передбачала позитивний вплив на вирішення багатьох регіональних і місцевих проблем.

У процесі реформування галузі передбачалося розширення співробітництва з ВООЗ, Дитячим фондом ООН (ЮНІСЕФ) та іншими агенціями Організації Об'єднаних Націй у реалізації загальноєвропейської стратегії «Здоров'я для всіх у XXI столітті», виконання положень Міжнародної декларації про права дитини.

Посилення профілактичної спрямованості діяльності системи охорони здоров'я становило суть реформування галузі.

Передбачалися опрацювання і реалізація програм та нормативно-правових актів, спрямованих на збереження та зміцнення здоров'я широких верств населення, формування здорового способу життя людей, його соціально-економічного стимулювання.

Пропонувалося законодавчим шляхом заборонити рекламу алкоголю, тютюну та інших шкідливих для здоров'я речовин, спонсорство тютюнових компаній та інших форм опосередкованої реклами, створити зони, вільні від тютюнового диму, запровадити цільові відрахування на профілактичні програми з оподаткування на виробництво та продаж алкоголю і тютюну.

Гігієнічне виховання населення мало трансформуватися у державну систему безперервного навчання і здійснюватись на всіх етапах, починаючи із самого раннього віку.

Широке впровадження профілактичних технологій потребувало серйозних змін у роботі амбулаторно-поліклінічних закладів. Ключовою фігурою мав стати лікар загальної практики/сімейний лікар. Суттєву роль у здійсненні заходів щодо зміцнення здоров'я мали відігравати відновлені у структурі поліклінік відділення профілактики зі створеними кабінетами діагностики ресурсів здоров'я та оздоровлення немедикаментозними засобами.

Системному реформуванню підлягали організаційна структура, кадрове, матеріально-технічне, інформаційно-аналітичне забезпечення, правове поле та організаційні заходи санітарно-епідемічної служби з урахуванням медико-демографічних тенденцій і соціально-економічних та екологічних особливостей регіонів.

Передбачалось провести чіткий поділ компетенції між центром та регіонами і зберегти цілісність служби за рахунок єдиних для охорони здоров'я України систем планування, нормування, стандартизації, ліцензування, сертифікації, кадрової політики.

Підвищенню ефективності діяльності державного санітарно-епідеміологічного нагляду мало сприяти удосконалення правового регулювання діяльності органів і закладів санітарно-епідеміологічної служби з адаптацією нормативно-правових документів відповідно до вимог Європейського Союзу.

Удосконалення організації лікувально-профілактичної допомоги мало бути вузловою проблемою реформування галузі.

Планувалося створення оптимальної системи надання медичної допомоги, здатної функціонувати при максимальній медичній, соціальній та економічній ефективності, що мало забезпечити доступність, якість та ефективність основних видів медичних послуг відповідно до гарантованого державою рівня безоплатної допомоги.

З цією метою належало здійснити реструктуризацію галузі на основі науково обґрунтованих потреб населення у різних видах медичної допомоги, забезпечити пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної лікарської практики/сімейної медицини, відповідну

раціоналізацію спеціалізованої та стаціонарної допомоги, упорядкування мережі лікувально-профілактичних закладів.

У реформуванні системи охорони здоров'я особливе місце мала зайняти проблема удосконалення організації медичної допомоги сільському населенню. Запроваджувалися сучасні ефективні форми і методи роботи фельдшерсько-акушерських пунктів, сільських лікарських амбулаторій, дільничних лікарень, розширювалося використання стаціонарозамінних форм медичної допомоги, пересувних форм спеціалізованої медичної допомоги на селі, збільшувалися обсяги планової спеціалізованої стаціонарної допомоги в районних лікувально-профілактичних закладах.

Реформування стаціонарної медичної допомоги передбачало вирішення таких проблем:

- розширення мережі національних, регіональних і міжрегіональних центрів спеціалізованої медичної допомоги;
- створення на основі багатоканального фінансування широкої мережі лікувально-профілактичних закладів для надання безоплатної медико-соціальної допомоги хронічним хворим, що потребують довготривалого лікування і догляду, інвалідам, особам старших вікових груп тощо;
- раціоналізацію використання ліжкового фонду на основі удосконалення ресурсно-нормативної бази лікувально-профілактичних закладів, впровадження сучасних ресурсозберігаючих медичних технологій, стандартів діагностики і лікування, диференційованих залежно від рівня лікувально-діагностичного процесу та етапу надання медичної допомоги, проведення ліцензування і сертифікації медичної діяльності та акредитації закладів охорони здоров'я;
- запровадження системи забезпечення якості стаціонарної і спеціалізованої медичної допомоги в лікувально-профілактичних закладах різного типу і різних форм власності на основі розроблених і затверджених в установленому порядку стандартів якості.

Розвиток стаціонарозамінної медичної допомоги планувалося здійснювати шляхом розширення мережі економічно ефективних організаційних форм медичного обслуговування (денних і домашніх стаціонарів, центрів амбулаторної хірургії тощо), розширення діапазону медичних послуг цих закладів та їх ширше застосування для профілактики і діагностики захворювань, лікування і реабілітація хворих, удосконалення її ресурсно-нормативної бази.

З метою виключення дублювання у діяльності лікувально-профілактичних закладів різної підпорядкованості відомчі заклади передбачалося залучити до реалізації програм гарантованого рівня медичних послуг.

Охорона здоров'я матері і дитини, захист генофонду нації ґрунтується на законодавчому забезпеченні прав жінок і дітей у всіх діях держави; здійсненні заходів, спрямованих на підвищення шлюбності, загальної допомоги молодим сім'ям, охорону праці жінок репродуктивного віку; створенні умов, сприятливих для зміцнення фізичного, психічного та соціального благополуччя дітей і підлітків; розширенні їх доступу до спортивних, оздоровчих закладів, молодіжних клубів; розвитку індустрії дитячого харчування; забезпеченні рівноцінного доступу населення до служб репродуктивного здоров'я, планування сім'ї, медико-генетичного консультування, медичної допомоги жінкам під час вагітності та пологів і дітям на всіх етапах їхнього життя.

Концептуальні основи реформування служби охорони здоров'я матерів і дітей передбачали:

- розширення профілактичних, лікувально-діагностичних та реабілітаційно-відновних заходів, спрямованих на оздоровлення жінок, починаючи з дитячого віку;

- поступальний розвиток служб планування сім'ї, безпечного материнства, медико-генетичного консультування, впровадження ступінчастої системи перинатальної допомоги;

- розвиток медико-організаційних технологій щодо забезпечення народження здорових дітей, збереження і зміцнення їхнього здоров'я, профілактику інвалідності;

- переорієнтацію на засади загальної лікарської практики/сімейної медицини;

- упорядкування мережі та структури дитячих та родопомічних закладів відповідно до потреб жіночого та дитячого населення у медичній допомозі; першочергове оснащення їх лікувально-діагностичною апаратурою; впровадження в їх діяльність гнучких організаційних систем залежно від регіональних умов.

Поліпшення медикаментозного та матеріально-технічного забезпечення галузі мало стати однією з основних умов удосконалення

системи охорони здоров'я. Воно вимагало інтенсивного розвитку вітчизняної фармацевтичної та медико-інструментальної промисловості, виробництва імунобіологічних препаратів, медичного приладобудування.

Реформування фармацевтичного сектору насамперед мало передбачати створення вітчизняних життєво необхідних лікарських засобів, удосконалення систем управління у фармації відповідно до стандартів Європейського Союзу, забезпечення закладів охорони здоров'я і населення якісними лікарськими засобами та виробами медичного призначення, підвищення ефективності діяльності аптечних закладів, забезпечення галузі висококваліфікованими кадрами, організації вітчизняного промислового виробництва лікарських засобів, а також їх виробництва за індивідуальними приписами лікарів в аптечних умовах відповідно до вимог належної виробничої та аптечної практики.

Передбачалося удосконалення матеріально-технічної бази галузі, суттєве збільшення та оновлення існуючих основних фондів охорони здоров'я, зокрема за рахунок удосконалення матеріально-технічного забезпечення, капітального будівництва, модернізації та заміни морально застарілого технічного обладнання тощо.

Наголошувалося на удосконаленні податкової політики у виробництві та придбанні матеріально-технічних ресурсів для охорони здоров'я.

Реформування кадрової політики в галузі охорони здоров'я передбачало:

- удосконалення системи планування, прогнозування і моніторингу підготовки фахівців та кадрового забезпечення галузі з урахуванням сучасних соціально-економічних умов та територіальних потреб охорони здоров'я;

- реорганізація системи планування та розподілу кадрового потенціалу щодо співвідношення «лікар – медичний працівник середньої ланки» зі збільшенням кількості останніх;

- реформування ступеневої системи медичної і фармацевтичної освіти; введення на післядипломному етапі системи резидентури з конкурсним вступом на окремі спеціальності замість існуючої інтернатури; запровадження підготовки за новими спеціальностями: реабілітолог, медичний психолог, клінічний фармаколог, економіст охорони здоров'я, спеціаліст з інформатики охорони здоров'я, спеціаліст з експлуатації

медичної техніки, менеджер охорони здоров'я, розширення підготовки лікарів загальної практики/сімейних лікарів тощо;

- зосередження підготовки та підвищення кваліфікації медичних кадрів за державним замовленням у системі вищих навчальних закладів Міністерства охорони здоров'я України;

- розробка нових державних стандартів вищої медичної та фармацевтичної освіти, освітньо-кваліфікаційних характеристик фахівців, освітньо-професійних програм та засобів уніфікованої діагностики рівня знань медичних працівників;

- реформування системи підготовки та використання в галузі охорони здоров'я медичних сестер, розробка і реалізація Національної програми розвитку сестринства, розширення функцій медичних сестер відповідно до світового досвіду, що знизить потребу країни в лікарях; становлення сестринства як окремої професії;

- удосконалення системи оплати праці працівників охорони здоров'я відповідно до рівня їхньої кваліфікації, організації та режимів праці, обсягу, якості, складності, ефективності, безпеки та особливих умов надання медичної допомоги.

Розвиток медичної науки спрямовувався на опрацювання і впровадження в практику нових медичних технологій, ефективних методів профілактики і діагностики захворювань, лікування і реабілітації хворих.

У процесі реформування системи охорони здоров'я медична наука розглядалась як рушійна сила, що забезпечує всебічне наукове обґрунтування перебудови галузі, бере участь у визначенні стандартів рівня і якості надання медичної допомоги населенню, визначає прогностичні тенденції здоров'я нації та розробляє науково обґрунтовані заходи щодо його поліпшення.

Реформування управління медичною наукою мала ґрунтуватися на збереженні принципу пріоритетності у системі планування і фінансовому забезпеченні наукових розробок та застосуванні економічних важелів і підвищенні ефективності використання наукового потенціалу.

Відповідно до цього передбачалася оптимізація та реконструкція мережі, структури та основних напрямків діяльності галузевих науково-дослідних установ.

Фінансування галузевої медичної науки мало здійснюватися за рахунок бюджетних та позабюджетних джерел. Планування наукових досліджень

передбачалося на конкурсних засадах і мало спрямовуватися на отримання конкретних результатів (нових медичних технологій, лікарських засобів, виробів медичної техніки) тощо. Під реалізацією проектів, які перемогли в конкурсі, мали виділятися спеціальні гранти.

Реформування системи охорони здоров'я передбачало забезпечення професійних прав, гарантій та соціального захисту працівників охорони здоров'я. Їм мало бути забезпечено право на:

- можливість заняття медичною і фармацевтичною діяльністю відповідно до спеціальності та кваліфікації: належні умови професійної діяльності; підвищення кваліфікації, перепідготовку не рідше одного разу на п'ять років; вільний вибір апробованих форм, методів і засобів діяльності, впровадження у встановленому порядку сучасних досягнень медичної та фармацевтичної науки, безплатне користування соціальною, екологічною та спеціальною медичною інформацією, необхідною для здійснення професійних обов'язків;

- обов'язкове страхування за рахунок власника закладу охорони здоров'я у зв'язку з виконанням професійних обов'язків у випадках, передбачених законодавством;

- соціальну допомогу з боку держави у разі захворювання, каліцтва або в інших випадках втрати працездатності, що настала у зв'язку з виконанням професійних обов'язків;

- встановлення у державних закладах охорони здоров'я середніх ставок і посадових окладів на рівні, не нижчому від середньої заробітної плати працівників промисловості;

- скорочений робочий день і додаткову оплачувану відпустку у випадках, встановлених законодавством.

- пільгові умови пенсійного забезпечення, надання житла та забезпечення телефоном;

- безплатне користування квартирою з опаленням і освітленням тим, хто проживає у сільській місцевості; надання пільг щодо сплати земельного податку, кредитування обзаведення господарством і будівництва власного житла, придбання авто- та мототранспорту;

- першочергове одержання лікувально-профілактичної допомоги, забезпечення лікарськими та протезними засобами;

- судовий захист професійної честі і гідності.

Держава мала гарантувати працівникам охорони здоров'я:

- належні умови праці, побуту, відпочинку, медичного обслуговування;
- підвищення кваліфікації не рідше одного разу на п'ять років;
- компенсації, встановлені законодавством, в разі втрати роботи у зв'язку зі змінами в організації праці;
- встановлення підвищених посадових окладів (ставок заробітної плати) за наукові ступені, звання «Заслужений лікар» та «Заслужений працівник охорони здоров'я»;
- виплати допомоги на оздоровлення у розмірі місячного посадового окладу (ставки заробітної плати при наданні щорічної відпустки);
- встановлення в державних закладах охорони здоров'я середніх посадових окладів (ставок заробітної плати) не нижче середньої заробітної плати працівників промисловості;
- встановлення доплат спеціалістам, які працюють у системі охорони здоров'я до рівня середньомісячної заробітної плати працівників у цілому по народному господарству;
- встановлення середнього розміру посадових окладів (ставок заробітної плати) обслуговуючому персоналу відповідно до схеми посадових окладів (ставок заробітної плати), що визначені Кабінетом Міністрів України;
- перегляд розміру заробітної плати двічі на рік із застосуванням індексації та урахуванням рівня інфляції;
- надання щорічної винагороди за сумлінну працю, зразкове виконання службових обов'язків.

Передбачалося, що у разі захворювання медичного працівника, яке унеможливило виконання ним професійних обов'язків, або тимчасового переведення за тих чи інших обставин на іншу роботу, за ним зберігається попередній середній заробіток. У разі хвороби або каліцтва попередній середній заробіток виплачується до відновлення працездатності або встановлення інвалідності.

Медичним працівникам, які працюють у сільській місцевості і селищах міського типу, а також пенсіонерам, які раніше працювали медичними працівниками у цих населених пунктах і проживають в них, держава має забезпечити безплатне користування житлом з опаленням і освітленням у

межах встановлених норм та реалізацію права на одержання у власність земельну ділянку.

Паралельно зі створенням системи соціального захисту медичних працівників передбачалося створення і запровадження ефективної системи захисту пацієнтів шляхом законодавчого визначення їхніх прав та державних гарантій.

Проте реформування системи охорони здоров'я України пішло іншим шляхом. Незважаючи на те, що новий варіант Концепції розвитку охорони здоров'я населення України було затверджено Указом Президента України, замість того, щоб підтримати і затвердити опрацьований на його основі проект Програми реформування галузі, у 1999 р. було створено фіктивну громадську організацію під назвою «Громадська ініціатива за здорову націю «Пульс України». До її складу включили керівників органів управління галузі усіх рівнів і багатьох закладів охорони здоров'я, а на чолі поставили міністра охорони здоров'я. Ця організація уклала угоду з Президентом України про те, що вона опрацює програму реформування галузі, а він надасть їй всебічну державну підтримку у цій справі. В угоді було проголошено турботу президента про здоров'я нації, його піклування про працю медичних працівників, про необхідність удосконалення організації, підвищення доступності, якості та ефективності медичної допомоги. Для реалізації цієї угоди було запрошено велику команду фахівців з Москви на чолі з досвідченим політтехнологом І.С. Валітовим, для роботи якої було створено оптимальні умови і виділено значні кошти.

Проголосивши принципом реформи перехід «від удаваної безкоштовності до реальної доступності», автори «Пульсу України» запропонували впровадити так звану «модель контрактних відносин між замовником і отримувачем медичних послуг», посередниками між якими мають бути їх організатори та виконавці. Підтримавши запропоновану раніше багатоканальну систему фінансування, основним елементом якої мав бути бюджет і кошти загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування, вони значно, навіть занадто, розширили її за рахунок ініціативних фондів та програм, добровільного медичного страхування, накопичувальних програм, державної медичної позики, добровільних фондів і, особливо, безпосередніх платежів. Таким чином, їхні пропозиції мали сприяти узаконенню і розширенню витрат населення на медичну допомогу, зробивши її недоступною для багатьох громадян [72].

Цей проект програми, розбавлений соціальною демагогією, з одного боку, полегшував завдання уряду в економії витрат на охорону здоров'я, а з другого – демонстрував піклування президента Л.Д. Кучми про медичних працівників, маючи таємне завдання забезпечити їхні голоси, голоси членів їхніх родин і пацієнтів, тобто мільйонів виборців, на його виборах на другий термін. Не дивно, що після виборів про ретельно складений проект «Пульсу України» скоро забули, але шкода, причинена ним, залишилася, бо реформа на кілька років обмежилася лише реорганізацією первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах сімейної медицини, намаганнями реструктуризації медичної допомоги, поліпшенням охорони здоров'я сільського населення, а також розвитком стаціонарозамінних форм медичної допомоги і відповідним зменшенням кількості стаціонарних ліжок.

Важливу роль у загостренні уваги до проблеми реорганізації ПМСД і розвитку сімейної медицини в Україні, започаткованої у 1987–1988 рр. доцентом Я.П. Базидевичем у Львові, відіграла обґрунтована Українським інститутом громадського здоров'я і опублікована у 1999 р. Концепція реформування ПМСД [73,74] та розроблені проекти Програми поетапного переходу до організації ПМСД на засадах сімейної медицини і Комплексної цільової програми реструктуризації галузі, передані на затвердження МОЗ України у 1997–1998 рр. Результати проведених досліджень і проекти 39 опрацьованих нормативно-правових документів, інструктивно-методичних матеріалів та статистичних форм були опубліковані у 2000 р. і 2001 р.[75]. Вони стали стимулом для видання постанови Кабінету Міністрів України від 20 червня 2000 р. № 989 «Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я» [76]. На виконання цієї постанови було видано наказ МОЗ України від 11 вересня 2000 р. «Про затвердження плану поетапного переходу до організації ПМСД на засадах сімейної медицини». Ці акти та низка офіційно затверджених документів у 2001 р. були опубліковані в довіднику-посібнику для лікарів загальної практики/сімейної медицини «Організація ПМСД на засадах сімейної медицини в Україні: сучасний стан та нормативно-правові документи, що регламентують роботу сімейних лікарів», а 7–9 листопада 2001 р. у Львові відбувся Перший з'їзд сімейних лікарів України, на якому було розглянуто і обговорено набутий досвід і проблеми розвитку ПМСД на засадах сімейної медицини, прийнято до відома і схвалено розроблені нормативно-правові документи [77,78].

Якщо у 2000 р. ПМСД на засадах загальної лікарської практики/сімейної медицини надавалася лише в близько 200 медичних закладах, де працювало 317 лікарів цієї спеціальності, що становило 0,06 лікаря на 10 тис. населення (проти 4,6 дільничного терапевта на 10 тис. населення), то у 2011 р. в Україні функціонувало 3375 закладів ПМСД на засадах сімейної медицини у сільській місцевості і 727 – у міських поселеннях. До штатного розпису закладів ПМСД введено 9707,2 посади сімейного лікаря, а кількість фізичних осіб, що займають ці посади, досягла 8794 [79]. Нарешті було загалом вирішено питання оплати праці лікарів первинної ланки та їхніх помічників, встановлення надбавок за обсяг і якість виконаної роботи, що регламентовано постановами Кабінету Міністрів України від 5 березня 2012 р. № 209 і від 20 травня 2013 р. № 395. У пілотних регіонах створено 159 центрів ПМСД, які стають місцевими органами управління розвитком сімейної медицини [80].

Все це, звичайно, мало, але не можна не визнати, що розвиток первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини поки залишається єдиним напрямком у реформуванні системи охорони здоров'я, який реалізується більш-менш успішно, принаймні у пілотних регіонах. Проте основні недоліки і проблеми у розвитку сімейної медицини залишаються такими самими:

- незадовільна практична підготовка сімейних лікарів;
- незадовільне розміщення кабінетів сімейних лікарів і брак приміщень для цього;
- недостатнє і незадовільне медико-технологічне, медикаментозне і матеріально-технічне забезпечення закладів первинної медичної допомоги;
- незадовільне забезпечення сімейних лікарів житлом та іншими соціальними послугами, особливо у сільській місцевості.

Саме ці проблеми дискредитують ідею сімейної медицини в очах як пацієнтів, так і медичних працівників. Без їх розв'язання розвиток первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини буде неможливим.

Науковим працівниками обґрунтовано перерозподіл обсягів медичної допомоги між лікарями первинного, вторинного та третинного рівня в умовах переходу до сімейної медицини, який став основою організаційного та фінансового розмежування між первинною та спеціалізованою медичною допомогою [81].

Правовідносини у сфері охорони здоров'я регламентуються і регулюються Конституцією України, Основами законодавства України про охорону здоров'я, низкою законів України, указами Президента України, постановами Кабінету Міністрів України, наказами Міністерства охорони здоров'я України, які реєструються в Міністерстві юстиції України, а також національними і державними, комплексними і цільовими програмами з актуальних проблем охорони здоров'я, затвердженими указами Президента України або постановами Кабінету Міністрів України.

Деякі правові норми у галузі охорони здоров'я не переглянуті ще з радянських часів, тому продовжують діяти постанови урядів та накази міністерств охорони здоров'я СРСР і УРСР, хоча система функціонує зовсім в інших політичних і соціально-економічних умовах.

Недосконалість нормативно-правових актів у сфері охорони здоров'я, їх декларативність і неузгодженість між собою та іншими правовими актами призводить до того, що Верховна Рада України часто змушена приймати зміни до них. Через це у нормативно-правовій базі охорони здоров'я створився певний хаос, який утруднює виконання зазначених норм, породжує нехтування ними і, як наслідок, правовий нігілізм.

Систематизація законодавства України у сфері охорони здоров'я покликана не тільки навести порядок у нормативно-правовому забезпеченні системи, але й підвищити його якість відповідно до існуючого політичного та соціально-економічного становища у державі та європейських стандартів і вимог.

Однією з основних умов успішного проведення систематизації законодавства України у сфері охорони здоров'я є запровадження нормативно-правового регулювання суспільних відносин на законодавчому рівні, тобто встановлення первинних (вихідних) норм лише законами України, прийнятими Верховною Радою України в установленому порядку, які мають передбачати обґрунтовані норми і відповідальність певних органів, посадових осіб та громадян за їх дотримання і виконання.

Передусім мають бути розглянуті та прийняті Верховною Радою України закони «Про фінансування охорони здоров'я», «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування», «Про гарантований державою рівень медичної допомоги», «Про медичну діяльність», «Про заклади охорони здоров'я», «Про забезпечення прав

пацієнтів», «Про лікарське самоврядування», «Про управління системою охорони здоров'я», «Про первинну медико-санітарну допомогу і сімейну медицину», «Про спеціалізовану медицину» оскільки вони визначатимуть тип вітчизняної системи охорони здоров'я і основи її діяльності, а також внесені необхідні зміни до Конституції України та Основ законодавства України про охорону здоров'я [82].

У зв'язку з переходом до ринкових відносин і кризових явищ в економіці країни, найсерйознішою проблемою вітчизняної системи охорони здоров'я залишається фінансування галузі. Хоча багато років пропагується перехід до багатоканального фінансування (з перевагою бюджетно-страхового), досі не прийнято Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування», кілька проектів якого роками знаходяться на розгляді у Верховній Раді України. Тому, за офіційними даними, охорона здоров'я фінансується з державного та місцевих бюджетів.

Аналіз видатків на охорону здоров'я свідчить про їх зростання зі зведеного, державного і місцевих бюджетів, а також зростання видатків на одного жителя. Значно менше зростає відсоток цих видатків до видатків зведеного бюджету України і ще менше до внутрішнього валового продукту (ВВП). При цьому зберігається тенденція до переважного фінансування стаціонарної медичної допомоги, а не амбулаторної, з пріоритетним орієнтуванням на розвиток первинної медичної допомоги. Спостерігається деформована економічна структура видатків: кошти спрямовуються переважно на оплату праці медичних працівників та утримання закладів охорони здоров'я. При цьому у 2010 р. порівняно з 2009 р. видатки на забезпечення лікувального процесу, а саме медикаментозного, навіть зменшувалися [83,84].

Про недостатнє бюджетне фінансування свідчить навіть офіційна статистика МОЗ України, за якою зростають власні надходження до закладів охорони здоров'я. Таким чином, недостатнє державне фінансування системи охорони здоров'я доповнюється коштами з інших джерел, з яких певну роль відіграє добровільне медичне страхування, зокрема така його форма, як лікарняні каси.

Ще цікавіші дані надає поглиблене вивчення джерел фінансування системи охорони здоров'я України в сучасних умовах, яке суттєво доповнює офіційні дані.

Результати загального аналізу національних рахунків охорони здоров'я у 2003–2004 рр. свідчать, що з національної економіки України виділяється близько 7% від ВВП на охорону здоров'я, включаючи бюджетні, приватні та донорські витрати, що майже вдвічі більше, ніж у країнах, які мають схожий рівень економічного розвитку. Наведений показник є майже вдвічі вищим, ніж вказують офіційні джерела. При цьому загальні бюджетні витрати на охорону здоров'я, як частка ВВП, становлять близько 4%. Отже, кошти державного і місцевих бюджетів становлять приблизно 58% витрат на охорону здоров'я. Загальні бюджетні витрати на охорону здоров'я дорівнюють 13–14% від загальних державних витрат.

Внесок донорів у сектор охорони здоров'я є мінімальним і становить близько 1%. Приватні джерела беруть на себе тягар решти витрат на охорону здоров'я, з яких витрати домашніх господарств становлять майже 38–39% від зведених витрат на охорону здоров'я (ЗВОЗ). При цьому більшість цих коштів витрачається «з кишені» (близько 38%), що створює фінансові бар'єри в доступі до медичної допомоги, від яких найбільше страждають малозабезпечені прошарки населення.

На профілактику і діяльність, спрямовану на охорону громадського здоров'я, виділяється лише близько 4% від ЗВОЗ, що є досить низьким показником. Частка витрат на медичні препарати у ЗВОЗ становить 33%. Основний тягар фінансування препаратів лягає на домогосподарства, і їхня частка становить близько 36% від усіх витрат на медичні препарати в Україні.

Країна витрачає близько чверті від ЗВОЗ на стаціонарну допомогу і близько 15% – на амбулаторну допомогу, включаючи ПМСД і спеціалізовану амбулаторну допомогу. Близько 7% від ЗВОЗ витрачається на реабілітаційні послуги, представлені головним чином послугами, що надаються в санаторіях.

Структура бюджетних витрат на фінансування закладів охорони здоров'я засвідчує, що бюджетні кошти переважно витрачаються на заробітну платню персоналу, а також на комунальні послуги та інші видатки на утримання приміщень, а видатки на медикаменти та харчування хворих були вкрай незначними і недостатніми для задоволення потреб пацієнтів.

Значні витрати на персонал і комунальні послуги визначаються характером фінансування охорони здоров'я, заснованим на фінансуванні

інфраструктури, а не на оплаті наданих послуг. Таким чином, збільшення витрат на охорону здоров'я з державних джерел в основному нівелюється зростаючими тарифними ставками на зарплату і збільшенням вартості комунальних послуг, а не спрямовуються на вдосконалення лікувально-діагностичного процесу, задоволення реальних потреб населення в охороні здоров'я.

Тому обґрунтовано і пропонується для удосконалення фінансування системи охорони здоров'я програмно-цільовий метод (ПЦМ) бюджетування, за яким фінансується не мережа медичних закладів, а сукупність заходів, що перетворюють витрачені кошти в суспільно значущі результати, а саме на профілактику захворювань, лікування та реабілітацію хворих [85].

Важливою соціально-економічною проблемою є забезпечення гідної оплати праці медичних працівників, яка, згідно з Основами законодавства України про охорону здоров'я, має бути не нижчою за середню заробітну платню в промисловості. Але і зараз, займаючи значну частку в структурі витрат на охорону здоров'я, середня заробітна плата медичних працівників залишається однією з найнижчих порівняно з іншими галузями народного господарства.

Низка праць наводить переконливі докази щодо необхідності повернення до ідеї запровадження загальнообов'язкового державного соціально-медичного страхування, про реалії та перспективи його розвитку [86,87].

Провідні фахівці вважають основною проблемою охорони здоров'я недостатні обсяги фінансування галузі з державних джерел, що призводить до надмірних витрат населення на потреби охорони здоров'я, неадекватні методи фінансування медичних закладів і оплати праці медичного персоналу [88,89,90].

Незважаючи на вжиті заходи, залишається неефективною структура медичного обслуговування з надлишковою кількістю стаціонарних закладів та лікарняних ліжок. Зберігається низька якість медичної допомоги, зумовлена перетворенням ліцензування та акредитації медичних закладів на досить формальні інструменти внутрішньовідомчої експертизи. Подібні зауваження стосуються й атестації лікарів. Не позбавлені недоліків і стандарти медичної допомоги у формі клінічних протоколів, розроблені експертним методом без використання даних доказової медицини [89].

Серйозною проблемою залишається медикаментозне забезпечення медичних закладів і пацієнтів, витрати на яке лише на 4–5% покриваються за рахунок бюджету, а всі інші лягають на плечі споживачів.

Все це призвело до того, що на порядок денний знову було поставлено питання про проведення системних реформ в охороні здоров'я [90,91,92,93].

Організаційні та правові засади експерименту з реформування системи охорони здоров'я в сучасних умовах регулюються Законом України «Про порядок реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» [94]. Зараз ще рано говорити про результативність та ефективність проведених заходів, але вони вже викликають критику і нарікання з боку як пацієнтів, так і медичних працівників, передусім через зменшення доступності спеціалізованої та стаціонарної допомоги, особливо для сільських жителів.

Серйозним недоліком в управлінні цим процесом є призупинення роботи Національної ради з охорони здоров'я, відсутність або бездіяльність громадських рад при органах управління і закладах охорони здоров'я, які могли роз'яснити суть реформи для широких мас і допомогти у її реалізації. Не менш важливим стало б прийняття Закону України «Про лікарське самоврядування» і створення Національної корпоративної організації лікарів, яка могла б взяти на себе частину важливих функцій МОЗ України у вирішенні професійних проблем медичної етики, підвищення кваліфікації лікарів, управління якістю медичної допомоги, захисту прав пацієнтів і медичних працівників [95,96].

Перелік посилань до розділу 1

1. Пономаренко В. М. Основи організації медико-санітарної допомоги і управління охороною здоров'я / В. М. Пономаренко, О. М. Ціборовський // Охорона здоров'я в Україні: проблеми і перспективи. – Тернопіль : Укрмедкнига, 1999. – С. 59.
2. Крыштопа Б. П. Менеджер в здравоохранении / Б. П. Крыштопа, И. М. Андреева. – К. : Добродій М.К., 1995. – С. 13.
3. Гурне Бернар Державне управління / Бернар Гурне; пер. з фр. В. Шевчук. – К. : Основи, 1993. – С. 3.
4. Райт Глен Державне управління / Глен Райт; пер. з англ. В. Івашко, О. Коваленко, С. Соколик. – К. : Основи, 1994. – С. 10.
5. Копенгагенская декларация по политике здравоохранения [Электронный ресурс]. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 1994. – С. 5. – Режим доступа: <http://www.euro.roho.im/data/assets/pdf-file/0009/114939/E93948.R.pdf>. – Название с экрана.

6. Немцов В. Д. Стратегічний менеджмент : навч. посібн. / В. Д. Немцов, Д. Є. Довгаль. – К., 2001. – С. 537.
7. Acting on the Evidence. – Birmingham : National Assotiation of Health Authorities and Trusts, 1995. – P. 248.
8. Murray C. A. Framerwork for Assessing the Performanse of Health Systems [Elektronic resourse] / Christopfer J. L. Murray, Julio Frenk // Bulletin of the WHO. – Genewa, 2000. – Vol. 78 (6). – P. 713–717. – Access mode : [http://www.who.int/bulletin/archives/78\(6\)717.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/78(6)717.pdf). – Title from screen.
9. Annand I. Human Resources and Health Outcomes: Grosscountry Econometric Study / I. Annand, T. Bömighausen // The Lancet. – 2004. – Vol. 364, Issue 9445. – P. 1603–1609.
10. Conceptual Framerworks for Health Systems Performanse: a Quest for Effectiveness, Quality and Improvement / O. A. Arah [et. al.] // Internftional Journal for Quality in Health Care. – 2003. – Vol. 15, № 5. – P. 377–398.
11. Bernstein J. Topics in Medical Economics: Health Care Rationing / J. Bernstein // JBJS. – 2006. – Vol. 88. – P. 2527–2532.
12. Alderslade R. Health in all Policies. The Argument for Investment in Equitable Health [Elektronic resourse] / R. Alderslade, B. Retus, S. Smith. – Copengagen : WHO Regional Offise for Europe, 2011. – Access mode : http://phobe.vu.gov.lv/misc_dbweb.nsf/626e6035eadbb4cd85256499006b15ab/0dl12aafd0abe72c22575b0003093b9/TILE/Ricard%20Alderslade_3data.pdf. – Title from screen.
13. Birkavs V. Policies for Scared Societies: Their Contribution to Well – being and Economics Performanse / V. Birkavs, C. McCartney // Im Challenge Europe: Srowth, Well – being and Social Policy in Europe: Trude off or Synergy? – Drussels : European Policy Centre, 2011. – P. 20–26.
14. Braveman P. Defining Equity in Health / P. Braveman, S. Yruskin // Journal of Epidemiology and Community Health – 2003. – Vol. 17. – P. 254–258.
15. Bryson J. M. The Design and Implementation of Cross-sector Collaborations: Propositions from the Literature / J. M. Bryson, B. C. Crosby, M. M. Stone // Public Administration Review. – 2006. – Vol. 32. – P. 44–45.
16. Effects of the Heartbeat Wales Programme / S. Cafewell [et. al.] // British Medical Journal. – 1999. – Vol. 112. – P. 216–228.
17. Cashore B. Legitimacy and the Privatisation of Environmental Governance: hew non-state market driven (NSMD). Governance Systems gain rule making authority / B. Cashore // Governance Journal. – 2002. – Vol. 64. – P. 503–529.
18. Castell-Florit P. Intersectoral Health Strategies: From Discourse to Action / P. Castell-Florit // MEDYC Review. – 2010. – Vol. 12. – P. 17–29.
19. Cristensen T. The Whole of Government Approach to Public Sector Reform / T. Cristensen, P. Laegreid // Public Administration Review. – 2007. – Vol. 32. – P. 1059–1066.
20. Вялков А. И. Современные проблемы эффективности управления здравоохранением / А. И. Вялков // Материалы научн.-практ. конф. с междунар. уч. – М. : РЦ «Фармединфо», 2012. – С. 329.
21. Гладун З. С. Адміністративно-правове регулювання охорони здоров'я населення в Україні / З. С. Гладун. – К. : Юрінком Інтер, 2007. – 720 с.

22. Гладун З. С. Державне управління в галузі охорони здоров'я / З. С. Гладун. – Тернопіль : Укрмедкнига, 1999. – 312 с.
23. Кризина Н. П. Аналіз державної політики в галузі охорони здоров'я в працях українських учених [Електронний ресурс] / Н. П. Кризина // Державне управління: теорія і практика. – 2006. – № 1. – Режим доступу : <http://www.academy.gov.ua/ej3/txts/GALUZEVE/08-KRYZYNA.pdf>. – Назва з екрану.
24. Корнацький В. М. Проблема здоров'я і стратегія його поліпшення / В. М. Корнацький // Україна. Здоров'я нації. – 2007. – № 1. – С. 32–37.
25. Ціборовський О. М. Динаміка демографічної ситуації у зв'язку з соціально-економічними умовами в Україні / О. М. Ціборовський. – К., 2010. – 99 с.
26. Голяченко О. М. Демографічні процеси в Україні в роки незалежності / О. М. Голяченко, А. О. Голяченко // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2011. – № 4. – С. 38–41.
27. Чепелевська Л. А. Медико-соціальні особливості смертності населення України / Л. А. Чепелевська // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 4 (16). – С. 37–42.
28. Лехан В. М. Перинатальна смертність в Україні: досягнення та проблеми / В. М. Лехан, В. Г. Гінзбург // Україна. Здоров'я нації. – 2012. – № 1 (21). – С. 15–25.
29. Підсумки роботи галузі в 2007 році та пріоритетні напрями розвитку охорони здоров'я, гарантування прав громадян і національної безпеки держави. – К. : МОЗ України, 2008. – С. 30–32.
30. Аналіз демографічної ситуації в Україні / Л. А. Чепелевська, О. М. Орда, О. П. Рудницький, О. В. Любінець // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2011 рік. – К., 2012. – С. 18–30.
31. Весельський В. Л. Закономірності змін стану здоров'я населення України / В. Л. Весельський // Україна. Здоров'я нації. – 2007. – № 2. – С. 16–20.
32. Ціборовський О. М. Захворюваність як показник стану здоров'я населення України і основні ризики її підвищення в сучасних історичних умовах / О. М. Ціборовський. – К., 2010. – 63 с.
33. Характеристика стану здоров'я населення України / В. Ф. Москаленко [та ін.] // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2011 рік. – К., 2012. – С. 54–89.
34. Нагорна А. М. Стан професійної захворюваності та виробничого травматизму / А. М. Нагорна // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2007 рік. – К., 2008. – С. 76–86.
35. Іпатов А. В. Аналіз інвалідності в Україні / А. В. Іпатов // Там само. – С. 136.
36. Доброштан Є. В. Захворюваність на інфекційні та паразитарні хвороби / Є. В. Доброштан // Панорама охорони здоров'я населення України. – К. : Здоров'я, 2003. – С. 69–71.
37. Захворюваність населення країни на деякі інфекційні хвороби (ситуаційний аналіз) / Г. О. Слабкий [та ін.] // Україна. Здоров'я нації. – 2007. – № 1. – С. 38–41.
38. Ципко М. І. Захворюваність населення на туберкульоз / М. І. Ципко, О. В. Розум // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2011 рік. – К., 2012. – С. 130–150.

39. Епідемія ВІЛ-інфекцій в Україні та організація протидії її розвитку / Н. М. Нізова [та ін.] // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2011 рік. – К., 2012. – С. 118–128.
40. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2011 рік. – К., 2012. – С. 56–59.
41. Сучасні демографічні та епідеміологічні тенденції як підґрунтя для формування стратегії розвитку охорони здоров'я / В. Ф. Москаленко [та ін.]. – Там само. – С. 39–48.
42. Литвинова Л. О. Стан психічного здоров'я населення країн Європейського регіону / Л. О. Литвинова, О. Б. Тонковид // Охорона здоров'я України. – 2007. – № 3–4 (27–28). – С. 22–26.
43. Пилягина Г. Я. Особливості проблеми само руйнівної поведінки в Україні та шляхи її вирішення / Г. Я. Пилягина // Україна. Здоров'я нації. – 2007. – № 2. – С. 57–65.
44. Україна: Медико-демографічне обстеження. 2007 / Український центр соціальних реформ. Держкомстат України, МОЗ України, ІШАІД, Marco International Inc. – К., 2008. – С. 144–148.
45. Ринда Ф. П. Проблеми алкоголізації населення / Ф. П. Ринда, О. В. Олексієнко // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію. 2008 рік. – К., 2009. – С. 121–123.
46. Там само. – С. 125–126.
47. Слабкий Г. О. Нормативно-правова база України щодо контролю над тютюном і шляхи подальшого її удосконалення / Г. О. Слабкий, Ф. П. Ринда // Україна. Здоров'я нації. – 2007. – № 3–4. – С. 151.
48. Контроль над тютюном в Україні : Національний звіт. – К. : МОЗ України, 2009. – С. 21.
49. Князевич В. М. Розвиток національної системи охорони здоров'я: стан, перспективи та шляхи розбудови / В. М. Князевич // Охорона здоров'я України. – 2008. – № 3 (31). – С. 5.
50. Ціборовський О. М. Основи державної політики України у галузі охорони здоров'я / О. М. Ціборовський // Укр. мед. вісті. – 1997. – № 1 (56). – С. 37–38.
51. Пономаренко В. М. Проблеми реформування системи охорони здоров'я України / В. М. Пономаренко // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 1999. – № 1. – С. 7.
52. Трагедія, якої можна уникнути: Подолання в Україні кризи здоров'я людини. Досвід Європи. – К. : ВЕРСО-04, 2009. – С. 12–19.
53. Характеристика санітарно-епідемічної ситуації України / А. С. Некрасова [та ін.] // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2011 рік. – К., 2012. – С. 152–154.
54. Там само. – С. 152–157.
55. Там само. – С. 170.
56. Трагедія, якої можна уникнути: Подолання в Україні кризи здоров'я людини. Досвід Європи. – К. : ВЕРСО-04, 2009. – С. 38.
57. Там само. – С. 31–37.

58. Слабкий Г. О. Нормативно-правова база України щодо контролю над тютюном і шляхи подальшого її удосконалення / Г. О. Слабкий, Ф. П. Ринда // Україна. Здоров'я нації. – 2007. – № 3–4. – С. 151.
59. Ціборовський О. М. Проблеми системи охорони здоров'я України і шляхи їх розв'язання в сучасних історичних умовах / О. М. Ціборовський. – К., 2010. – С. 5–6.
60. Програма Всеукраїнського лікарського товариства // Вісн. ВУЛТ. – 1990. – № 1. – С. 11–15.
61. Ціборовський О. М. Роль Всеукраїнського лікарського товариства в реформуванні системи охорони здоров'я України / О. М. Ціборовський // IX конгрес Світової федерації українських лікарських товариств : тези доп. – Луганськ-Київ-Чикаго, 2002. – С. 71–73.
62. Концепція економічної реформи охорони здоров'я Української РСР на основі бюджетно-соцстрахівської системи фінансування МОЗ УРСР. – К., 1990. – 25 с.
63. Конституція України (прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 р.). – К., 1997. – 80 с.
64. Основи законодавства України про охорону здоров'я (Закон України від 19 листопада 1992 р. № 2801-ХІІ). – К., 1992. – 38 с.
65. Панорама охорони здоров'я населення України. – К. : Здоров'я, 2003. – С. – 100.
66. Ціборовський О. М. Основи державної політики в галузі охорони здоров'я / О. М. Ціборовський // Укр. мед. вісті. – 1997. – № 1 (56). – С. 37–38.
67. Галієнко Л. І. Характеристика основних особливостей реформ первинної медико-санітарної допомоги в нових незалежних державах / Л. І. Галієнко // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 1999. – № 1. – С. 95–101.
68. Ціборовський О. М. Основні тенденції реформування системи медичної допомоги в економічно розвинених країнах / О. М. Ціборовський, Л. І. Галієнко // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2000. – № 1. – С. 92–93.
69. Пономаренко В. М. Основні проблеми реформування системи охорони здоров'я України / В. М. Пономаренко // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 1999. – № 1. – С. 7–10.
70. Пономаренко В. М. Програма реформування системи охорони здоров'я України і перспективи її реалізації / В. М. Пономаренко, О. М. Ціборовський, В. І. Євсєєв // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 1999. – № 2. – С. 57–61.
71. Концепція розвитку охорони здоров'я населення України : зб. офіційних документів. – К., 2001. – 29 с.
72. Пульс України: за здорову націю. Перспектива 2010: програма реорганізації медичної допомоги в Україні. – К., 1999. – 96 с.
73. Пономаренко В. М. Принципи і форми удосконалення ПМСД на засадах сімейної медицини / В. М. Пономаренко, О. М. Ціборовський // Укр. мед. вісті. – 1998. – Т. 2, № 1–2 (59–60). – С. 61–62.
74. Концепція реформування первинної медико-санітарної допомоги / В. М. Пономаренко, О. М. Ціборовський [та ін.] // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 1999. – № 1. – С. 67–73.

75. Реорганізація первинної медико-санітарної допомоги населенню на засадах загальної лікарської практики / сімейної медицини : Інструктивно-методичні матеріали для сімейного лікаря / В. М. Пономаренко, О. М. Ціборовський [та ін.]. – К., 2000 (2001). – 180 с.
76. Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я : Постанова Кабінету Міністрів України від 20 червня 2000 р. № 989. – К., 2000. – 7 с.
77. Пономаренко В. М. Наукове обґрунтування реформування ПМСД на засадах сімейної медицини / В. М. Пономаренко, О. М. Ціборовський // Матеріали Першого з'їзду сімейних лікарів України. – К., 2001. – С. 14–16.
78. Моделі організації ПМСД населенню на засадах сімейної медицини / В. М. Пономаренко, О. М. Ціборовський [та ін.] // Охорона здоров'я України. – 2003. – № 4 (11). – С. 97–98.
79. Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2011 рік. – К. : МОЗ України, 2012. – С. 97–108.
80. Ціборовський О. М. Центри первинної медико-санітарної допомоги як місцеві органи управління розвитком сімейної медицини / О. М. Ціборовський // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 4 (16). – С. 115–118.
81. Організаційно-методичні аспекти перерозподілу обсягів медичної допомоги між лікарями первинного, вторинного та третинного рівнів в умовах переходу до сімейної медицини / В. М. Пономаренко, О. М. Ціборовський [та ін.]. – Київ-Луганськ : ЛОД, 2003. – 83 с.
82. Ціборовський О. М. Шляхи систематизації законодавства України у сфері охорони здоров'я / О. М. Ціборовський, С. В. Істомін, В. М. Сорока. – К., 2011. – 72 с.
83. Шевченко М. В. Фінансування системи охорони здоров'я України у 2009-2010 роках / М. В. Шевченко // Україна. Здоров'я нації. – 2011. – № 4 (20). – С. 113–116.
84. Фінансування системи охорони здоров'я і оплата праці медичних працівників / О. М. Ціборовський // Проблеми системи охорони здоров'я України і шляхи їх розв'язання в сучасних історичних умовах. – К., 2010. – С. 14–18.
85. Шевченко М. В. Пропозиції щодо удосконалення системи фінансування охорони здоров'я України / М. В. Шевченко, В. М. Лехан, Г. О. Слабкий // Україна. Здоров'я нації. – 2011. – № 2 (18). – С. 126–132.
86. Реалії та перспективи розвитку медичного страхування в Україні: розробка нормативних документів / А. Л. Федущак [та ін.] // Україна. Здоров'я нації. – 2007. – № 2. – С. 101–106.
87. Скороход А. В. Шляхи реформування системи фінансування охорони здоров'я України / А. В. Скороход // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2010. – № 4. – С. 31–34.
88. Стратегічні напрями розвитку охорони здоров'я в Україні / за заг. ред. проф. В. М. Лехан. – К. : Сфера, 2001. – 176 с.
89. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я і український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. – К., 2009. – 50 с.

90. Голяченко О. М. Реформа охорони здоров'я в Україні: як вийти з кризи / О. М. Голяченко. – К. : ВСВ «Медицина», 2010. – 80 с.
91. Москаленко В. Ф. Принципи побудови оптимальної системи охорони здоров'я: український контекст / В. Ф. Москаленко. – К. : Книга плюс, 2008. – 317 с.
92. Князевич В. М. Реформа охорони здоров'я в Україні та її законодавче забезпечення / В. М. Князевич // Укр. мед. вісті. – 2011. – Т. 9, № 1–4 (72–75). – С. 50–53.
93. Москаленко В. Ф. Правові аспекти реформування охорони здоров'я в Україні / В. Ф. Москаленко, Т. С. Грузева, Р. Ю. Гревцова // Укр. мед. вісті. – 2011. – Т. 9, № 1–4 (72–75). – С. 54–55.
94. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві : Закон України від 7 липня 2011 р. № 3612-VI // Відомості Верховної Ради України. – 2013. – № 30. – С. 340.
95. Мусій О. С. Лікарське самоврядування – нагальна необхідність запровадження у час реформи системи охорони здоров'я / О. С. Мусій // Укр. мед. вісті. – 2011. – Т. 9, № 1–4 (72–75). – С. 56–58.
96. Нечаїв С. В. Лікарське самоврядування як важлива умова реформування системи охорони здоров'я в сучасній Україні / С. В. Нечаїв // Укр. мед. вісті. – 2011. – Т. 9, № 1–4 (72–75). – С. 58–64.

2. РЕЗУЛЬТАТИВНІСТЬ ВПЛИВУ ДЕРЖАВИ НА МЕДИКО-ДЕМОГРАФІЧНУ СИТУАЦІЮ ТА СТАН ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

2.1. Нормативно-правові впливи держави на здоров'я населення

Вплив України, як і будь-якої іншої держави, на демографічну ситуацію та стан здоров'я населення проявляється в розробці та впровадженні в життя різноманітних нормативно-правових документів: указів Президента, постанов Кабінету Міністрів (КМУ), законів Верховної Ради, наказів відомств, передусім Міністерства охорони здоров'я (МОЗ), Міністерства соціальної політики, Ради національної безпеки і оборони тощо. За останні 10 років прийнято «Стратегію демографічного розвитку на період до 2015 року», затверджену постановою КМУ від 24.06.2006 р. № 879. Крім того, законами України затверджено 12 програм, постановами Верховної Ради – 5, указами Президента – 7, постановами КМУ – 34 програми з різних соціально-економічних і питань охорони здоров'я (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Перелік Державних програм в охороні здоров'я

І. Державні програми в охороні здоров'я, затверджені законами України
1. Про затвердження Загальнодержавної соціальної програми поліпшення стану безпеки, гігієни праці та виробничого середовища на 2014–2018 роки <i>Закон України від 04.04.2013 р. № 178-VII</i>
2. Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012–2016 роки <i>Закон України від 16.10.2012 р. № 5451-VI</i>
3. Про виконання програм Глобального фонду для боротьби із СНІДом, туберкульозом та малярією в Україні <i>Закон України від 21.06.2012 р. № 4999-VI</i>
4. Про внесення змін до Закону України «Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки» <i>Закон України від 05.06.2012 р. № 4888-VI</i>
5. Про Державну програму економічного і соціального розвитку України на 2010 рік <i>Закон України від 20.05.2010 р. № 2278-VI</i>
6. Про затвердження Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2011 року <i>Закон України від 22.01.2010 р. № 1841-VI</i>
7. Про затвердження Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року <i>Закон України від 23.12.2009 р. № 1794-VI</i>

8. Про затвердження Загальнодержавної програми імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб на 2009–2015 роки

Закон України від 21.10.2009 р. № 1658-VI

9. Про Загальнодержавну програму «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини» на період до 2016 року

Закон України від 05.03.2009 р. № 1065-VI

10. Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки

Закон України від 19.02.2009 р. № 1026-VI

11. Про затвердження Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз у 2007–2011 роках

Закон України від 08.02.2007 р. № 648-V

12. Про Загальнодержавну програму подолання наслідків Чорнобильської катастрофи на 2006–2010 роки

Закон України від 14.03.2006 р. № 3522-IV

II. Державні Програми в охороні здоров'я, затвержені постановами Верховної Ради України

1. Про затвердження Завдань Національної програми інформатизації на 2006–2008 роки

Постанова Верховної Ради України від 04.11.2005 р. № 3075-IV

2. Про Державну цільову програму «Діагностика, профілактика та заходи боротьби з губчастоподібною енцефалопатією та іншими пріонними інфекціями на території України на 2005–2010 роки»

Постанова Верховної Ради України від 05.11.2004 р. № 2176-IV

3. Про розроблення програми забезпечення населення, яке проживає на забруднених внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС територіях, якісною питною водою

Постанова Верховної Ради України від 06.10.2004 р. № 2063-IV

4. Про сприяння реалізації українсько-кубинської програми медичної допомоги дітям України, які постраждали внаслідок Чорнобильської та інших катастроф

Постанова Верховної Ради України від 11.07.2003 р. № 1135-IV

5. Про затвердження Завдань Національної програми інформатизації на 2000–2002 роки

Постанова Верховної Ради України від 06.07.2000 р. № 1851-III

III. Державні програми в охороні здоров'я, затвержені указами Президента України

1. Про Програму профілактики та лікування стоматологічних захворювань на 2002–2007 роки

Указ Президента України від 21.05.2002 р. № 475/2002

2. Про Державну комплексну програму соціально-медичного забезпечення ветеранів війни на період до 2005 року

Указ Президента України від 08.05.2002 р. № 442/2002

3. Про Національну програму боротьби із захворюванням на туберкульоз на 2002–2005 роки

Указ Президента України від 20.08.2001 р. № 643/2001

4. Про Національну програму «Репродуктивне здоров'я 2001–2005»

Указ Президента України від 26.03.2001 р. № 203/2001

5. Про Комплексну програму «Цукровий діабет»

Указ Президента України від 21.05.1999 р. № 545/99

6. Цільова комплексна програма «Фізичне виховання – здоров'я нації»

Указ Президента України від 01.09.1998 р. № 963а/98

7. Про Національну програму «Діти України»

Указ Президента України від 18.01.1996 р. № 63/96

**IV. Державні програми в охороні здоров'я,
затверджені постановами Кабінету Міністрів України**

1. Про затвердження Державної цільової соціальної програми профілактики, діагностики та лікування вірусних гепатитів на період до 2016 року
Постанова КМУ від 29.04.2013 р. № 637
2. Про затвердження Державної цільової програми біобезпеки та біологічного захисту на 2015–2020 роки
Постанова КМУ від 01.04.2013 р. № 620
3. Про затвердження Державної цільової програми «Національний план дій з реалізації Конвенції про права інвалідів» на період до 2020 року
Постанова КМУ від 01.08.2012 р. № 706
4. Про затвердження Державної цільової програми радіаційного і соціального захисту населення м. Жовті Води на 2013–2022 роки
Постанова КМУ від 25.06.2012 р. № 579
5. Про затвердження Державної цільової науково-технічної програми розроблення новітніх технологій створення вітчизняних лікарських засобів для забезпечення охорони здоров'я людини та задоволення потреб ветеринарної медицини на 2011–2015 роки
Постанова КМУ від 22.06.2011 р. № 725
6. Про затвердження Державної цільової соціальної програми зменшення шкідливого впливу тютюну на здоров'я населення на період до 2012 року
Постанова КМУ від 03.09.2009 р. № 940
7. Про затвердження Державної цільової програми «Цукровий діабет» на 2009–2013 роки
Постанова КМУ від 19.08.2009 р. № 877
8. Про затвердження Державної цільової науково-технічної програми розвитку виробництва медичної техніки на 2009–2013 роки
Постанова КМУ від 05.11.2008 р. № 968
9. Про затвердження Державної цільової соціальної програми «Трансплантація» на період до 2012 року
Постанова КМУ від 08.10.2008 р. № 894
10. Про затвердження Державної програми створення єдиної системи надання екстреної медичної допомоги на період до 2010 року
Постанова КМУ від 05.11.2007 р. № 1290
11. Про затвердження Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року
Постанова КМУ від 27.12.2006 р. № 1849
12. Про затвердження Державної програми «Дитяча онкологія» на 2006–2010 роки
Постанова КМУ від 19.07.2006 р. № 983
13. Про затвердження Державної програми запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань на 2006–2010 роки
Постанова КМУ від 31.05.2006 р. № 761
14. Про затвердження Концепції стратегії дій Уряду, спрямованих на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу, на період до 2011 року та Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004–2008 роки
Постанова КМУ від 04.03.2004 р. № 26
15. Про затвердження Державної програми будівництва сучасних інфекційних лікарень (відділень) в обласних центрах та великих містах на 2004–2010 роки
Постанова КМУ від 10.12.2003 р. № 1906
16. Про затвердження Державної програми забезпечення населення лікарськими засобами на 2004–2010 роки
Постанова КМУ від 25.07.2003 р. № 1162

17. Про затвердження Програми боротьби з виробництвом та розповсюдженням фальсифікованих лікарських засобів на 2003–2008 роки
Постанова КМУ від 17.07.2003 р. № 1075
18. Про затвердження Програми реалізації державної політики у сфері боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів на 2003–2010 роки
Постанова КМУ від 04.06.2003 р. № 877
19. Про затвердження Державної програми відпочинку та оздоровлення дітей на період до 2008 року
Постанова КМУ від 16.01.2003 р. № 33
20. Про затвердження Програми організації медичної допомоги дітям, які постраждали внаслідок Чорнобильської та інших екологічних катастроф, що надається Республікою Куба, на 2003–2005 роки
Постанова КМУ від 24.02.2003 р. № 201
21. Про затвердження Програми імунопрофілактики населення на 2002–2006 роки
Постанова КМУ від 24.10.2002 р. № 1566
22. Про затвердження Державної програми профілактики йодної недостатності у населення на 2002–2005 роки
Постанова КМУ від 26.09.2002 р. № 1418
23. Про затвердження Державної програми розвитку трансплантації на 2002–2005 роки
Постанова КМУ від 12.09.2002 р. № 1339
24. Про затвердження Державної програми відпочинку та оздоровлення дітей на період до 2008 року
Постанова КМУ від 16.01.2003 р. № 33
25. Про затвердження Програми подання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги
Постанова КМУ від 11.07.2002 р. № 955
26. Про затвердження Державної програми «Онкологія» на 2002–2006 роки
Постанова КМУ від 29.03.2002 р. № 392
27. Про затвердження Програми розвитку Державної служби медицини катастроф на 2002–2005 роки
Постанова КМУ від 15.02.2002 р. № 174
28. Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002–2011 роки
Постанова КМУ від 10.01.2002 р. № 14
29. Про затвердження Програми розвитку донорства крові та її компонентів на 2002–2007 роки
Постанова КМУ від 26.10.2001 р. № 1403
30. Про затвердження Національної програми поліпшення стану безпеки, гігієни праці та виробничого середовища на 2001–2005 роки
Постанова КМУ від 10.10.2001 р. № 1320
31. Про Програму профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2001–2003 роки
Постанова КМУ від 11.07.2001 р. № 790
32. Про затвердження Національної програми патріотичного виховання населення, формування здорового способу життя, розвитку духовності та зміцнення моральних засад суспільства
Постанова КМУ від 15.09.1999 р. № 1697
33. Про затвердження Комплексної програми розвитку медичної промисловості на 1997–2003 роки
Постанова КМУ від 18.12.1996 р. № 1538
34. Про затвердження Національної програми імунопрофілактики населення на 1993–2000 роки
Постанова КМУ від 21.04.1993 р. № 288

V. Концепції не прийнятих Державних програм в охороні здоров'я

1. Про схвалення Концепції Державної цільової соціальної програми оздоровлення та відпочинку дітей і розвитку мережі дитячих закладів оздоровлення та відпочинку на період до 2017 року

Розпорядження КМУ від 15.05.2013 р. № 549-р

2. Про схвалення Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки

Розпорядження КМУ від 13.05.2013 р. № 356-р

3. Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір»

Розпорядження КМУ від 31.10.2011 р. № 1164-р

4. Про схвалення Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми «Здорова нація» на 2009–2013 роки

Розпорядження КМУ від 21.05.2008 р. № 731-р

У результаті виконання цих програм відбулися деякі позитивні зрушення у стані демографічної ситуації та взагалі стану здоров'я населення. Зокрема, знизився загальний рівень смертності та смертності від окремих причин смерті: інфекційних та паразитарних хвороб, хвороб системи кровообігу, органів дихання, органів травлення, а також від зовнішніх дій; зменшилася смертність немовлят і материнська смертність; збільшилася середня очікувана тривалість життя (СОТЖ); зріс рівень народжуваності, на який вплинули відповідні нормативно-правові акти про збільшення матеріальної допомоги при народженні дитини.

2.2. Динаміка медико-демографічних показників

2.2.1. Зміни чисельності населення

Чисельність населення в Україні протягом останніх 20 років неухильно скорочується. З 1993 р. (коли фіксувалася найбільша чисельність населення України) до кінця 2012 р. спостерігався його природний убуток як наслідок перевищення числа померлих над числом народжених і негативне сальдо міграції (що фіксувалося в Україні з 1994–2004 рр.). Це привело до скорочення кількості населення майже на 7 млн осіб, головну роль в якому відіграло природне зменшення – депопуляція (табл. 2.2).

Перевищення числа померлих над кількістю народжених сьогодні не є таким вже екстраординарним явищем – понад третина європейських країн охоплені депопуляцією.

Зміни чисельності населення України за 2004–2013 рр.

Рік	Чисельність населення на початок року	Загальний приріст	У тому числі		
			природний приріст	міграційний приріст	адміністративно-територіальні зміни
<i>Усе населення</i>					
2004	47622,4	-341,6	-334,0	-7,6	
2005	47280,8	-351,3	-355,9	4,6	
2006	46929,5	-283,5	-297,7	14,2	
2007	46646,0	-273,4	-290,2	16,8	
2008	46372,7	-229,0	-243,9	14,3	
2009	46143,7	-180,8	-194,2	13,4	
2010	45962,9	-184,4	-200,5	16,1	
2011	45778,5	-144,9	-162,0	17,1	
2012	45633,6	-80,6	-142,4	61,8	
2013	45553,0				
<i>Міське населення</i>					
2004	32146,5	-137,2	-176,1	37,1	1,9
2005	32009,3	-131,6	-187,3	55,7	–
2006	31877,7	-100,3	-155,1	48,5	6,3
2007	31777,4	-108,6	-152,2	43,6	-
2008	31668,8	-81,6	-122,3	40,7	–
2009	31587,2	-62,4	-92,8	29,9	4,6
2010	31524,8	-83,2	-104,5	21,4	–
2011	31441,6	-60,7	-82,1	21,3	
2012	31380,9	-2,3	-70,2	65,5	
2013	31378,6				
<i>Сільське населення</i>					
2004	15476,0	-204,5	-157,9	-44,7	-1,9
2005	15271,5	-219,7	-168,6	-51,1	–
2006	15051,8	-183,1	-142,6	-34,2	-6,3
2007	14868,7	-164,8	-138,0	-26,7	-
2008	14703,9	-147,4	-121,6	-25,8	–
2009	14556,5	-118,4	-101,4	-16,5	-4,6
2010	14438,1	-101,2	-96,0	-5,2	–
2011	14336,9	-84,2	-79,9	-4,2	
2012	14252,7	-78,3	-72,2	-3,6	
2013	14174,4				

Однак Україна серед цих держав вирізняється масштабністю депопуляції, прискореними темпами скорочення чисельності населення: на початку 2000-х років країна внаслідок депопуляції щорічно втрачала в середньому понад 300 тис. осіб (за 2012 р. – 142 тис. осіб). Причому показник депопуляції

(відношення числа померлих до кількості народжених) нині становить в Україні 1,3 і є найвищим у Європі. Рівні народжуваності й смертності в Україні настільки несприятливі, що навіть за умови певного поліпшення демографічної ситуації в довгостроковій перспективі населення буде скорочуватися. У середині XXI ст., за оцінками авторитетних дослідницьких центрів (відділ народонаселення Організації Об'єднаних Націй (ООН), Бюро цenzів США, Інститут демографії та соціальних досліджень Національної академії наук України), воно становитиме 36–38 млн (на 10–12 млн осіб менше, ніж сьогодні).

Незважаючи на затяжну кризу у сфері відтворення населення, Україна залишається однією з багатолюдних європейських країн, посідаючи за чисельністю п'яте місце після Німеччини, Великобританії, Франції та Італії.

На початок 2013 р., за оцінками Державної служби статистики, чисельність населення України становила 45 553 тис. осіб. Темпи скорочення чисельності населення помітно сповільнилися у 2009–2012 рр. За цей період вона зменшилася в цілому майже на 0,9 млн осіб, а протягом 2012 р. – на 81 тис. осіб, або на 0,2%.

Сповільнення темпів скорочення природного убутку населення України за декілька останніх років – явище, швидше за все, тимчасове, обумовлене перехідними факторами. Серед них значне зростання числа жінок дітородного віку (результат підвищення народжуваності в 1980-ті роки), що сприяє збільшенню числа народжень, а також призупиненню зростання і навіть скороченню числа літніх людей, що сповільнило збільшення кількості смертей. Починаючи з 2001 р., 60-річну межу перетнули нечисленні покоління 1941 р. і наступних років народження, внаслідок чого число людей у віці 60 років і старше скоротилося протягом 2002–2006 рр. майже на 10%; з 2007 р. чисельність цього вікового контингенту знову повільно збільшилася.

Вже у 20-х роках XXI ст. число потенційних матерів повернеться до рівня початку 1990-х років, а зростання числа літніх людей знову набере силу за рахунок численних повоєнних поколінь, народжених у 1949–1960 рр. Як наслідок, структурні фактори, дуже сприятливі з точки зору формування природного приросту в першому десятиріччі XXI ст., із середини другого десятиріччя будуть, навпаки, дуже несприятливими.

Ще один чинник, який обумовлює сповільнення природного убутку населення України останнім часом, – сприятливі зміни у динаміці

народжуваності в результаті активізації соціально-демографічної політики. Досвід багатьох країн показує, що підвищення народжуваності в Україні у результаті заходів демографічної політики не буде довготривалим і сталим.

Зараз сприятливі зміни вікової структури посилюють позитивний ефект поліпшення показників народжуваності, але через кілька років зміни вікового складу будуть діяти у протилежному напрямі, послаблюючи ефект досягнень демографічної політики. За всіма оцінками, очікувані підвищення рівня народжуваності й зниження рівня смертності, навіть за найоптимістичнішими прогнозами, не можуть нейтралізувати вплив несприятливих структурних змін, внаслідок чого природний убуток населення посилюватиметься.

Це зростання може бути більшим або меншим, залежно від того, наскільки найближчими роками вдасться знизити рівень смертності та підвищити показники народжуваності, але, за жодним демографічним прогнозом, такі зміни, які б повністю виключили збільшення природного убутку населення України, не очікуються.

Останнім часом фактором протидії убутку населення України виступає міграційний чинник. За даними Держслужби статистики, протягом 2008–2012 рр. в Україну прибуло на 122,7 тис. осіб більше, ніж вибуло. Однак такі обсяги додатного сальдо міграції не можуть істотно вплинути на депопуляційний тренд динаміки населення України.

За роки незалежності помітні зміни відбулися в динаміці міського та сільського населення України. Якщо раніше число жителів міських поселень швидко збільшилось абсолютно і відносно, а число сільських жителів – скоротилося, то протягом останніх 20 років міське населення також зменшилося. У 1993 р. статистичні органи України вперше за повоєнні роки зареєстрували убуток міського населення. У підсумку за період 1993–2012 рр. чисельність міського населення скоротилася на 4 млн осіб, а за останні п'ять років – на 0,3 млн осіб. Сільське населення також зменшилося на 2,6 млн осіб (рис. 2.1).

Чисельність міського та сільського населення у 2008–2012 рр. формувалася за рахунок усіх трьох складових: природного і міграційного приросту / убутку, а також адміністративно-територіальних перетворень. При цьому природний убуток для міста та села став основним довготривалим фактором зменшення чисельності населення (табл. 2.3).

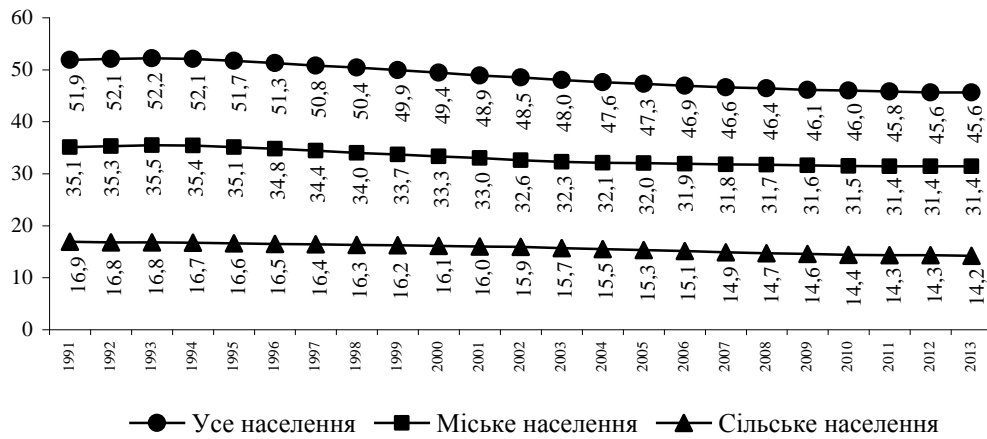


Рис. 2.1. Динаміка чисельності населення України у 1991–2013 рр. (млн осіб)

Таблиця 2.3

Загальні коефіцієнти природного приросту / убутку населення України у 2004–2012 рр.

Рік	Загальні коефіцієнти природного приросту / убутку населення (%)		
	міські поселення та сільська місцевість	міські поселення	сільська місцевість
2004	-7,0	-5,5	-10,3
2005	-6,4	-4,9	-9,5
2006	-6,2	-4,8	-9,4
2007	-5,3	-3,9	-8,3
2008	-4,2	-2,9	-7,0
2009	-4,2	-2,9	-7,0
2010	-4,4	-3,3	-6,7
2011	-3,5	-2,6	-5,6
2012	-3,1	-2,2	-5,1

Серед регіонів України за чисельністю населення виділилися Донецька область (4375,4 тис. осіб, або 9,6% населення України, на початок 2013 р.), м. Київ (2845,0 тис. осіб, або 6,2%) і Харківська область (2744,4 тис. осіб, або 6,0%). На Львівську, Одеську і Луганську області припало по 5,0–5,6% населення країни, на решту регіонів – менше ніж по 3%. Найменша кількість населення – в Чернівецькій (907,2 тис. осіб) і Кіровоградській (995,2 тис. осіб) областях.

Скорочення чисельності у 2008–2012 рр. спостерігалось у переважній більшості регіонів України. Найбільше – в Чернігівській (на 5,1% порівняно з 2008 р.), Сумській (на 4,5%), Луганській та Кіровоградській (на 4,2%) областях. У групі п'яти західних областей (Волинська, Рівненська, Івано-Франківська, Чернівецька та Закарпатська) чисельність населення станом на 31.12.2012 р. була практично на рівні показників початку 2008 року.

Зростання населення протягом останніх п'яти років зафіксовано в містах Києві (на 3,8%) і Севастополі (0,1%).

2.2.2. Зрушення у статеві-віковій структурі населення

Статеві-віковий склад населення – це узагальнене відображення демографічних процесів (народжуваність, смертність, міграція), що мали місце в минулому. Статеві-вікова структура населення України значною мірою деформована соціально-економічними катаклізмами (голодоморами, війнами тощо), які надто часто переривали відносно спокійний хід історії України.

Серйозну проблему становили економічні наслідки сучасних структурних вікових зрушень. Так, незважаючи на те, що чисельність населення України зменшилася, кількість людей працездатного віку до 2006 р. збільшилася. У результаті демографічне навантаження на одного працівника, тобто співвідношення контингентів населення працездатного і непрацездатного (діти, люди літнього віку) віку, скоротилося. Але з 2007 р. цей сприятливий етап завершився, висхідна хвиля в динаміці населення працездатного віку змінилася низхідною, тому рівень демографічного навантаження працездатних непрацездатними в Україні протягом останніх п'яти років мав сталу тенденцію до зростання (табл. 2.4).

Таблиця 2.4

Розподіл населення України за великими віковими групами на початок 2007, 2011, 2012, 2013 рр. (%)

Рік	Частка населення у віці		
	допрацездатному	працездатному	післяпрацездатному
<i>Міські та сільські поселення</i>			
2007	15,6	60,6	23,9
2011	15,3	60,0	24,7
2012	15,4	59,6	25,0
2013	15,5	59,2	25,3
<i>Міські поселення</i>			
2007	14,4	63,2	22,4
2011	14,4	61,8	23,8
2012	14,5	61,2	24,3
2013	14,7	60,6	24,7
<i>Сільська місцевість</i>			
2007	17,9	54,9	27,2
2011	17,2	56,2	26,6
2012	17,2	56,3	26,5
2013	17,3	56,2	26,5

Найістотношою рисою довготривалих змін у статеві-віковому складі населення України усіх типів поселень на сучасному етапі є його старіння (зменшення частки дітей і молоді та збільшення частки людей старшого і похилого віку) як об'єктивний результат еволюції основних демографічних процесів. Старіння поглиблюється доти, доки відбуваються зміни в режимі відтворення і міграції населення. З їх стабілізацією певним чином стабілізується статево-віковий склад населення, який кардинально відрізняється від попереднього. Пусковим чинником старіння населення в історичній ретроспективі є зниження рівня народжуваності. Але з часом провідним фактором цього процесу є подовження тривалості життя.

Старіння населення – закономірний глобальний процес, демографічна ознака і наслідок цивілізаційного прогресу, зниження дитородної активності населення та результат досягнутих людством успіхів у подовженні тривалості життя. Саме старіння населення та його наслідки визначають соціально-демографічний портрет розвинутого суспільства нині й на перспективу. За результатами більшості сучасних демографічних прогнозів, XXI ст., на відміну від XX ст. – «століття зростання», стане «століттям старіння». Частка осіб, які досягли «першого порогу старості» (60 років), у світі дорівнює 11%, осіб, старших 65 років, – близько 8%. Основним регіоном із найвищою часткою літніх осіб сьогодні є Європа (майже 22% населення становлять особи віком 60 років і старші, понад 16% – особи віком 65 років і старші).

В Україні поглиблюється процес старіння населення на середньо- і довгострокову перспективу – саме XXI ст. стане періодом триваючого старіння її населення. Вже зараз Україна належить до країн із високим рівнем постаріння населення: за часткою осіб віком 60 років і старших вона завершує список 25 найстаріших країн світу. Однак через порівняно низьку тривалість життя в країні частка осіб найстарших вікових груп (понад 70–80 років) у складі населення помітно менша, ніж у розвинутих європейських країнах.

Прискорене старіння населення на тлі низького рівня народжуваності та депопуляції є одним із тих демографічних феноменів, які уособлюють не лише сучасні проблеми з відтворенням населення в Україні, але й мають довготривалий вплив на усі аспекти життєдіяльності суспільства. У суто демографічному сенсі постаріння населення країни гальмує процес її виходу з депопуляції, міцно утримуючи замкнене коло «низька народжуваність–

постаріння–депопуляція». Саме через доволі високий рівень постаріння населення депопуляція в Україні в недалекій перспективі триватиме навіть за підвищення народжуваності та зниження смертності. Депопуляція та її провідна детермінанта і «супутник» – старіння населення – своїми основними економіко-демографічними наслідками матимуть скорочення чисельності й частки працездатних контингентів (а відтак – формування з часом певного дефіциту робочої сили), збільшення демоекономічного (і відповідно податкового) навантаження на працездатне населення, скорочення фінансових можливостей щодо соціального забезпечення в умовах загального зростання попиту на соціальні послуги з боку осіб похилого віку, самотніх, малозабезпечених.

Негативний вплив високого ступеня постаріння населення в Україні та деформованості його вікового складу пов'язаний із хвилеподібною динамікою загальної чисельності населення та його вікових контингентів, що тривалий час гальмуватиме формування демографічних передумов сталого соціально-економічного розвитку. Внаслідок старіння населення збільшуються втрати його життєвого і трудового потенціалів, зростає економічне «навантаження» працездатних непрацездатними.

У цілому демографічне старіння певним чином порушує структуру взаємодії між поколіннями, у т.ч. між нинішніми і майбутніми. Породжувані старінням населення виклики потребують кардинальної перебудови всієї її соціально-економічної системи, пристосування суспільства та економіки до особливостей «старого» населення, в якому кількість споживачів вища за чисельність економічно активного населення. У зв'язку з цим нині основний акцент у соціальній політиці розвинутих країн Європи робиться саме на мінімізації нинішніх і майбутніх соціально-економічних наслідків старіння населення. В ідеалі стратегічні заходи реагування слід вживати завчасно, щоб полегшити адаптацію до цих довгострокових демографічних змін. Наслідки старіння зрештою залежать від заходів, що розробляються і впроваджуються для вирішення пов'язаних із ним складних проблем.

2.2.3. Тенденції народжуваності населення

Після тривалого етапу обвального зниження рівня народжуваності даний демографічний процес на початку XXI ст. поступово почав входити в «еволюційне русло», а відтак – в останні 11 років, позначився компенсаційним приростом числа народжень.

З 2002 р. (2002–2004 рр., 2008–2009 рр. і 2011–2012 рр.) дещо збільшилася кількість народжених. Це, однак, не вказує на докорінний «перелом» у тенденціях народжуваності, а являє собою вже неодноразово фіксовану в посткризові (у т.ч. повоєнні) роки компенсацію народжень, що відбувається до того ж на тлі припливу «демографічної хвилі» (мається на увазі вступ у дітородний вік більш численних контингентів жінок 1983–1988 рр. народження), а також певної активізації соціально-демографічної політики останніми роками.

У 2012 р. число народжень в Україні порівняно з 2011 р. в абсолютному вимірі збільшилося на 18 тис. осіб, а відносний показник – загальний коефіцієнт народжуваності (в минулому році він дорівнював 11,4‰) – підвищився на 4,0‰. Найвищий за останні п'ять років рівень народжуваності в Україні був у 2012 р., протягом якого народилося на 23 тис. більше дітей, ніж у 2010 р. Приріст народжень у міських поселеннях у 2012 р. порівняно з 2010 р. становив 15 тис., а в селах – 8 тис. осіб. Загальний коефіцієнт народжуваності також збільшився: з 10,8‰ у 2010 р. до 11,4‰ у 2012 р. (табл. 2.5).

Таблиця 2.5

Чисельність народжених осіб і загальні коефіцієнти народжуваності в Україні (динаміка за 2004–2012 рр.)

Рік	Число народжених (тис. осіб)				Загальні коефіцієнти народжуваності (‰)			
	міські поселення та сільська місцевість	міські поселення	сільська місцевість	міські поселення у % до сільської місцевості	міські поселення і сільська місцевість	міські поселення	сільська місцевість	міські поселення у % до сільської місцевості
2004	427,3	284,4	142,9	199,0	9,0	8,9	9,3	95,7
2005	426,1	284,3	141,8	200,5	9,0	8,9	9,4	94,7
2006	460,4	306,6	153,7	199,5	9,8	9,6	10,3	93,2
2007	472,7	314,0	158,6	198,0	10,2	9,9	10,7	92,5
2008	510,6	340,6	170,0	200,4	11	10,8	11,6	93,1
2009	512,5	339,5	173,0	196,2	11,1	10,8	11,9	90,8
2010	497,7	326,6	171,1	190,9	10,8	10,4	11,9	87,4
2011	502,6	328,9	173,7	189,4	11,0	10,5	12,1	86,8
2012	520,7	341,6	179,1	190,7	11,4	10,9	12,6	86,5
2012 р. у % до 2004 р.	121,9	120,1	125,3	X	126,7	122,5	135,5	X

Як показано вище, число народжень в Україні протягом 2002–2012 рр. збільшилося завдяки віковій структурі населення – чисельність основного дітородного контингенту (до 35 років) знаходилася у фазі зростання. Проте слід зазначити, що ситуація у сфері відтворення населення в Україні протягом останніх років дещо поліпшилася завдяки не тільки позитивній динаміці зрушень у віковій структурі дітородного контингенту, але й заходам соціальної політики держави, спрямованій на стимулювання народжуваності.

Однією з характерних структурних змін у народжуваності, які в Україні найбільш яскраво проявились вже в останнє десятиліття, є специфічне «постаріння» материнства, зумовлене поширенням феномену «відкладання» народження дітей до моменту здобуття професійної освіти, економічної незалежності.

Аналіз кривих повікової народжуваності та детермінант їх змін за останні десятиріччя підтверджує вищезазначене припущення, що вікова модель народжуваності в Україні змінюється під впливом двох груп чинників: умов компенсаційного приросту народжуваності в період виходу з кризи перехідного періоду (переважно перша половина щойно минулого десятиріччя) та більш загальних і довготривалих факторів постаріння народжуваності (які діють у межах другого демографічного переходу).

У першій половині минулого десятиліття «зсув» кривої народжуваності вправо в цілому незначний: підвищення інтенсивності дітонародження у жінок, старших 25 років, зумовлене переважно тимчасово діючим фактором – реалізацією народжень первістків (рідше – других дітей), які були «відкладені» в найтяжчі роки соціально-економічної кризи перехідного періоду (а отже, відбулись у цих матерів пізніше). Однак саме після завершення (в цілому) періоду компенсації народжуваності її «постаріння» триває і стає дещо інтенсивнішим, що, імовірно, зумовлене поширенням нової (для України) моделі дітородної поведінки (моделі «пізнього піку народжуваності»), яка повною мірою притаманна більш розвинутих західно- та північноєвропейським країнам.

Наразі «модальним» віком дітонародження в нашій країні є 25 років (проти 21 року – у 1999 і 2001 рр., 22 років – у 2004 р.). Водночас, модальний вік народження дитини у згаданих західно- та північноєвропейських державах становить 29–31 рік. З огляду на дедалі більше поширення західних взірців дітородної поведінки процес «постаріння» материнства в Україні має

ще значні резерви для свого прогресування і, очевидно, триватиме в майбутньому.

Привертає увагу, що частка позашлюбних народжень у сільській місцевості країни в останні п'ять років стало перевищує таку в міських поселеннях. Комбінований структурний аналіз сукупностей новонароджених за шлюбним станом матері, її віком та черговістю народженої дитини в містах і селах показує, що сільська «перевага» за часткою позашлюбних народжень стосується, головним чином, народження первістків (почасти – других дітей) у молодих жінок, серед яких нині більш поширеним є як власне безшлюбне материнство, так і практика спільного проживання без офіційної реєстрації шлюбних стосунків.

Нова повікова та шлюбна/позашлюбна модель народжуваності формується під впливом багатьох чинників і вказує на необхідність відповідних змін у соціально-демографічній політиці. Серед значущих чинників структурних змін у народжуваності – «подорожчання» процесів утримання й виховання дітей та підготовки їх до праці, підвищення продуктивності жіночої зайнятості, соціальне визнання практик поєднання жінкою економічної діяльності з генеративною, зміни системи уявлень щодо гендерного розподілу соціальних і сімейних ролей, традицій взаємодії між поколіннями тощо.

Становлення сучасної моделі народжуваності зумовлює нові вимоги до політики підтримки дітородної активності населення, висуваючи на передній план ту її складову, яка пов'язана зі створенням належних умов для поєднання материнства з професійною зайнятістю, а також різних інструментів непрямої як фінансової, так і організаційної підтримки матерів/батьків протягом усього періоду народження і виховання дітей. Крім того, віддаючи належне певним перевагам моделі «пізньої народжуваності» з точки зору формування економічного підґрунтя для народження і виховання дітей, становлення відповідального батьківства тощо, слід ураховувати й певні несприятливі риси та ризики, породжувані нею: поглиблення ментально-психологічного розриву між поколіннями батьків і дітей, медико-генетичні ризики пізніх вагітностей та пологів, можливі ризики раннього сирітства тощо. Згадані ризики та проблеми в Україні, з огляду на незадовільний стан здоров'я населення і певні вади медичного обслуговування, можуть набути особливо гострого характеру, тому

заздалегідь слід урахувати необхідність їх запобігання в соціально-демографічній політиці.

В Україні спостерігається істотна територіальна диференціація народжуваності (табл. 2.6).

Таблиця 2.6

**Регіональна диференціація рівня народжуваності в Україні
за 2011–2012 рр. (на 1000 населення)**

Адміністративно-територіальна одиниця	Усе населення		Міське населення		Сільське населення	
	2012 р.	2011 р.	2012 р.	2011 р.	2012 р.	2011 р.
АР Крим	12,6	11,9	11,6	10,9	14,3	13,6
<i>Область</i>						
Вінницька	11,2	10,9	11,6	11,2	10,9	10,6
Волинська	14,8	14,1	13,4	13,0	16,2	15,3
Дніпропетровська	11,2	10,9	11,0	10,6	12,0	12,0
Донецька	9,8	9,5	9,7	9,4	10,3	10,1
Житомирська	12,2	11,9	11,9	11,7	12,5	12,1
Закарпатська	15,1	14,8	14,6	14,1	15,4	15,1
Запорізька	10,6	10,1	10,1	9,8	12,0	11,3
Івано-Франківська	12,4	12,0	11,1	10,9	13,3	12,8
Київська	12,2	11,7	12,4	11,8	11,9	11,4
Кіровоградська	11,0	10,5	10,8	10,2	11,4	11,0
Луганська	9,6	9,3	9,6	9,4	9,3	9,3
Львівська	11,9	11,4	11,1	10,6	13,2	12,6
Миколаївська	11,5	11,0	10,5	10,1	13,7	13,0
Одеська	12,7	12,2	11,3	10,8	15,5	15,1
Полтавська	9,9	9,5	9,7	9,3	10,3	10,0
Рівненська	15,9	15,3	13,5	13,1	18,0	17,4
Сумська	9,7	9,1	9,9	9,2	9,3	8,8
Тернопільська	11,3	11,1	11,3	11,3	11,3	10,8
Харківська	9,9	9,6	9,7	9,4	10,8	10,3
Херсонська	11,7	11,1	11,2	10,5	12,6	12,1
Хмельницька	11,3	11,0	11,7	11,2	10,8	10,6
Черкаська	10,0	9,8	10,1	9,9	10,0	9,5
Чернівецька	12,8	12,5	11,1	10,9	14,0	13,6
Чернігівська	9,4	9,3	9,6	9,6	9,1	8,7
<i>Місто</i>						
Київ	12,0	11,4	12,0	11,4	х	х
Севастополь	12,0	11,1	12,0	11,0	11,8	12,7
Україна	11,4	11,0	10,9	10,5	12,6	12,1

За рівнем народжуваності регіони України розподіляються на три групи. У східних (Сумській, Чернігівській, Луганській, Донецькій, Полтавській та Харківській) областях реєструється надзвичайно низький рівень народжуваності, що навіть наполовину не відтворює чисельності населення. У західних (Волинській, Рівненській, Закарпатській, Івано-

Франківській, Чернівецькій, а також до них тяжіє Одеська) областях спостерігаються відносно високі показники народжуваності та порівняно високі сумарні коефіцієнти народжуваності (1,4–1,6 дитини на одну жінку). Це території, де зберігаються традиції дводітності, які демонструють найменші в країні показники поширеності абортів, з удвічі нижчою за український рівень часткою позашлюбної народжуваності. До третьої групи входить решта областей (демографічно старі регіони півночі та центру), в яких показники відтворення населення на рівні середньоукраїнських.

У 2012 р., як уже зазначалось, рівень народжуваності в Україні дещо зріс порівняно з 2011 р. в результаті не тільки сприятливої вікової структури, але й державної соціальної політики.

Слід зазначити, що в Україні державні заходи стосовно допомоги сім'ям із дітьми позитивно впливають на суспільний клімат, в якому сім'ї приймають рішення про народження або ненародження дітей. Те саме спостерігається в інших країнах, стурбованих низьким рівнем народжуваності. Однак, на відміну від України, в інших країнах, за винятком Росії, зростання рівня народжуваності не декларується як основна мета демографічної та соціальної політики. Насправді створення більш сприятливого соціального оточення сімей із дітьми, посилення гендерної рівності, поліпшення якості життя батьків у зв'язку з тим, що їм легше поєднувати виконання сімейних та професійних обов'язків, і зростання добробуту сімей із дітьми, вирішення проблеми бідності дітей – це самі по собі важливі завдання, вирішення яких оздоровлює суспільство. Водночас, недостатньо продумані заходи соціальної політики в Україні (насамперед проблема дошкільних закладів і нерозвиненість державних та ринкових послуг у сфері догляду за дітьми та їх виховання) можуть значно зменшити їх позитивний вплив.

2.2.4. Тенденції смертності населення

Найсерйознішою проблемою в Україні, як і раніше, залишається високий рівень смертності населення. Незважаючи на позитивну динаміку загального коефіцієнта смертності за останні п'ять років, він у 2012 р. був одним із найвищих у Європі. У 2012 р. кількість померлих в Україні становила 663,1 тис. осіб, що на 1,5 тис. осіб менше, ніж у 2011 р. У міських поселеннях абсолютне число померлих у 2012 р. порівняно з попереднім роком навіть дещо підвищилось (табл. 2.7). Загалом за 2008–2012 рр. кількість померлих в Україні зменшилася на 91,3 тис. осіб (у містах – на 51,1, у селах – на 40,2 тис. осіб).

**Число померлих і загальні коефіцієнти смертності
в Україні за 2004–2012 рр.**

Рік	Число померлих (тис. осіб)				Загальні коефіцієнти смертності (‰)			
	міські поселення і сільська місцевість	міські поселення	сільська місцевість	міські поселення у % до сільської місцевості	міські поселення і сільська місцевість	міські поселення	сільська місцевість	міські поселення у % до сільської місцевості
2004	761,3	460,5	300,8	153,1	16,0	14,4	19,6	73,5
2005	782,0	471,6	310,4	150,2	16,6	14,8	20,5	72,2
2006	758,1	461,8	296,3	155,9	16,2	14,5	19,8	73,2
2007	762,9	466,3	296,6	157,2	16,4	14,7	20,1	73,1
2008	754,5	462,9	291,6	158,8	16,3	14,7	19,9	73,9
2009	706,7	432,3	274,4	157,5	15,3	13,7	18,9	72,5
2010	698,2	431,1	267,1	161,4	15,2	13,7	18,6	73,7
2011	664,6	411,0	253,6	162,1	14,5	13,1	17,7	74,0
2012	663,1	411,8	251,4	163,8	14,5	13,1	17,7	74,0
2012 р. у % до 2004 р.	87,1	89,4	83,6	X	90,6	91,0	90,3	X

Абсолютне число померлих походить від чисельності населення тих чи інших вікових груп. Динаміка кількості померлих значною мірою визначається в Україні коливаннями вікової інтенсивності смертності та змінами вікової структури. За розрахунками 2008–2012 рр., кількість померлих в Україні від структурних факторів залежить на 55%, а решта 45% – це наслідок зниження інтенсивності смертності внаслідок дії інших чинників, насамперед соціально-економічних. Таким чином, кількість померлих в Україні останніми роками зменшується більшою мірою під впливом структурних чинників і меншою мірою – соціально-економічних.

Рівень смертності в країні має суттєву регіональну диференціацію. Так, у 2012 р. величина загального коефіцієнта смертності коливалася в межах від 9,8‰ у м. Києві до 18,6‰ у Чернігівській області (табл. 2.8).

Регіони України за відмінностями в рівнях смертності поділені на три групи. Відносно краща ситуація щодо смертності спостерігається в західних областях; гірша – у східних і південних регіонах, а проміжне місце посідають центральні області України.

**Регіональна диференціація смертності в Україні
за 2011–2012 рр. (на 1000 населення)**

Адміністративно-територіальна одиниця	Усе населення		Міське населення		Сільське населення	
	2012 р.	2011 р.	2012 р.	2011 р.	2012 р.	2011 р.
АР Крим	13,7	14,0	13,8	14,1	13,7	13,9
<i>Область</i>						
Вінницька	15,4	15,5	11,1	11,0	19,7	19,9
Волинська	13,2	13,3	10,6	10,8	16,0	16,1
Дніпропетровська	15,5	15,7	14,9	14,9	18,5	19,2
Донецька	16,1	16,1	15,8	15,8	18,7	18,9
Житомирська	16,3	16,0	13,0	12,8	20,8	20,4
Закарпатська	11,8	11,7	11,3	11,3	12,1	11,9
Запорізька	14,8	15,0	13,7	13,9	18,3	19,0
Івано-Франківська	12,2	12,1	9,6	9,6	14,1	14,0
Київська	15,8	15,6	12,2	11,9	21,6	21,5
Кіровоградська	16,5	16,6	14,8	14,9	19,4	19,3
Луганська	16,0	16,3	15,6	15,9	18,8	19,4
Львівська	12,5	12,3	10,7	10,4	15,2	15,1
Миколаївська	14,7	14,8	13,7	13,7	16,9	17,1
Одеська	14,1	14,1	12,6	12,8	17,0	16,8
Полтавська	16,4	16,4	13,9	13,6	20,5	21,0
Рівненська	12,4	12,3	9,5	9,2	15,0	15,1
Сумська	16,6	16,3	13,9	13,5	22,3	22,0
Тернопільська	13,8	13,7	9,8	9,7	16,9	16,8
Харківська	14,6	14,6	13,5	13,5	18,9	19,0
Херсонська	14,7	14,6	14,5	14,5	15,1	14,7
Хмельницька	15,5	15,2	10,7	10,2	21,3	21,3
Черкаська	16,2	16,3	13,2	12,8	20,2	20,7
Чернівецька	12,5	12,4	10,2	10,2	14,2	14,0
Чернігівська	18,6	18,5	13,7	13,5	27,2	26,9
<i>Місто</i>						
Київ	9,8	9,6	9,8	9,6	X	X
Севастополь	13,7	14,1	13,7	14,2	14,2	12,9
Україна	14,5	14,5	13,1	13,1	17,7	17,7

Незважаючи на позитивні зрушення у 2008–2012 рр., загальні коефіцієнти смертності і в Україні, і в регіонах утримуються на надто високому рівні та є одними з найвищих в Європі.

На зменшення числа смертей останніми роками впливає скорочення вікових інтенсивностей смертності в більшості вікових груп. Найбільше рівень смертності знижується серед населення працездатного віку, як у жінок, так і в чоловіків, особливо старших 40 років.

Загалом форма вікової кривої смертності схожа на ту, яка існувала наприкінці 1980-х років, – стрімке підвищення смертності.

Імовірність смерті в чоловіків усіх вікових груп вища, ніж у жінок, але ця різниця особливо значуща серед осіб працездатного віку. Нині четверта

частина всіх смертних випадків припадає на населення працездатного віку, серед чоловічого населення на працездатний вік припадає третина смертей. Так, у всіх вікових групах 16–60 років імовірність померти в чоловіків у 3–4 рази вища, ніж у жінок.

Як вже зазначалося, рівень смертності формують усі вікові групи, у т.ч. діти. Смертність дітей віком до одного року є однією з важливих характеристик не лише роботи системи охорони здоров'я, але й розвитку країни в цілому, а також одним з основних індикаторів досягнення Цілей розвитку тисячоліття. В Україні (і за окремими регіонами) рівень смертності немовлят, на відміну від СОТЖ, неухильно знижується, починаючи з 2000 р. Але ці досягнення не настільки відчутні, як здається на перший погляд. Зафіксований в Україні у 2012 р. рівень смертності дітей віком до одного року (8,5‰) (табл. 2.9) досі залишається приблизно в 2–3 рази вищим, ніж у багатьох розвинутих країнах. При цьому в Україні частина немовлят, які за критерієм Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) вважаються померлими на першому тижні життя, при розрахунку коефіцієнтів смертності немовлят не враховуються. Тому реальний розрив України та інших розвинутих країн за рівнем малюкової смертності ще більший.

Таблиця 2.9

Смертність дітей віком до одного року в Україні за 2008–2012 рр.

Рік	Померло дітей у віці до одного року					
	абс.			на 1000 живонароджених		
	обидві статі	хлопчики	дівчатка	обидві статі	хлопчики	дівчатка
<i>Міські поселення та сільська місцевість</i>						
2008	5049	2892	2157	10	11,1	8,8
2009	4801	2724	2077	9,4	10,3	8,4
2010	4564	2647	1917	9,1	10,3	7,9
2011	4512	2603	1908	9,0	10,1	7,9
2012	4371	2522	1849	8,5	9,5	7,4
<i>Міські поселення</i>						
2008	3220	1837	1383	9,6	10,5	8,5
2009	3050	1746	1304	9	9,9	8
2010	2792	1642	1150	8,5	9,7	7,2
2011	2 811	1 652	1 159	8,6	9,7	7,3
2012	2724	1 601	1 123	8,1	9,2	6,9
<i>Сільська місцевість</i>						
2008	1829	1055	774	10,9	12,2	9,5
2009	1751	978	773	10,1	11	9,2
2010	1772	1005	767	10,3	11,4	9,2
2011	1700	951	749	9,8	10,7	8,9
2012	1647	921	726	9,3	10,1	8,5

Як і всі інші показники, коефіцієнт смертності дітей віком до одного року включає і нівелює зміни у всіх регіонах, і, відповідно, для досягнення більш низьких рівнів малюкової смертності в Україні необхідно знизити його рівень у всіх регіонах країни (табл. 2.10).

Таблиця 2.10

Регіональна диференціація смертності дітей віком до одного року в Україні за 2012 р.

Адміністративно-територіальна одиниця	На 1000 народжених померло дітей до одного року		
	усе населення	міське населення	сільське населення
АР Крим	8,9	9,1	8,7
<i>Область</i>			
Вінницька	9,1	7,8	10,5
Волинська	7,0	5,6	8,3
Дніпропетровська	10,0	9,6	12,1
Донецька	12,7	12,7	12,5
Житомирська	8,0	7,8	8,4
Закарпатська	8,9	8,7	9,0
Запорізька	8,3	7,4	10,9
Івано-Франківська	6,5	5,9	6,9
Київська	5,7	4,7	7,4
Кіровоградська	9,5	9,3	9,8
Луганська	7,6	7,2	10,5
Львівська	7,9	7,4	8,6
Миколаївська	7,2	5,4	10,0
Одеська	8,9	7,4	11,0
Полтавська	5,9	4,5	7,7
Рівненська	8,1	7,0	8,9
Сумська	7,0	5,9	9,5
Тернопільська	8,0	8,4	7,7
Харківська	7,6	6,5	11,6
Херсонська	8,0	7,4	8,9
Хмельницька	9,0	9,4	8,6
Черкаська	9,6	7,0	13,1
Чернівецька	8,0	7,0	8,5
Чернігівська	9,1	8,7	9,9
<i>Місто</i>			
Київ	7,9	7,9	–
Севастополь	5,2	5,2	–
Україна	8,5	8,1	9,3

Смертність немовлят в Україні має позитивну динаміку: у 2012 р. порівняно з 2008 р. коефіцієнт знизився на 15%, у містах – на 15,6%, у сільській місцевості – на 14,7%.

Водночас, зберігається значна регіональна диференціація по цьому показнику. У 2012 р. розрив між максимальним (Донецька область – 12,7‰) і

мінімальним (Київська область – 5,7‰) коефіцієнтами смертності немовлят становив 7,0‰. Найнижчі показники малюкової смертності зафіксовано в Київській, Полтавській, Івано-Франківській областях, а високі – в Донецькій, Дніпропетровській, Кіровоградській та Черкаській областях.

Зниження смертності немовлят в Україні супроводжується зміною співвідношень її неонатальної та постнеонатальної складових. Так, частка дітей, померлих на першому місяці життя, зросла з 55,0% у 2001 р. до 65,0% у 2012 р., а на першому тижні – з 38,0% до 48,0% відповідно.

Загальне зниження смертності немовлят віддзеркалює її зменшення практично від усіх основних причин в Україні. Виняток становлять нещасні випадки, травми та отруєння, тобто ті причини смерті, яким можна запобігти за умови належного догляду. Однак тільки за період 2008–2012 рр. рівень смертності саме від цих причин зріс майже на 15%. Найбільший внесок у формування цієї вкрай негативної статистики робить зростання смертності від випадкового механічного задушення, яке обумовлює нині майже 60% усіх смертей від нещасних випадків, травм та отруєнь. Майже 70% усіх смертей немовлят обумовлюють стани, що виникли у перинатальному періоді, та природжені вади розвитку.

Незважаючи на певні позитивні зрушення, структура смертності немовлят за причинами смерті істотно відрізняється від такої в західних країнах. Головним чинником розбіжностей є, безумовно, смертність від зовнішніх дій – саме вони в декілька разів частіше в Україні спричиняють смерть у немовлят. Значною є також різниця у смертності від інфекційних та паразитарних хвороб.

Вигідно вирізняється на фоні змін вікового профілю вимирання населення смертність дитячого вікового контингенту старше одного року. Смертність дітей має позитивну динаміку впродовж не одного десятиріччя. Ризик смерті дітей є найменшим, він різко знижується після досягнення дитиною однорічного віку і скорочується аж до 10–11 років. За останні п'ять років смертність серед дітей скоротилася на понад 11%.

У структурі смертності дитячого контингенту провідна роль належить екзогенним причинам (зовнішнім причинам, інфекційним і паразитарним хворобам). Слід зауважити, що рівень смертності в цьому віковому інтервалі має особливості в розрізі статі (показник смертності хлопчиків вищий за

аналогічний у дівчаток на третину) і залежить від типу поселення (в сільській місцевості він вищий в 1,3 разу).

Позитивною динамікою відзначалася у 2008–2012 рр. смертність населення працездатного та післяпрацездатного віку як у містах, так і в сільській місцевості. Зниження рівня смертності населення цих вікових контингентів було характерним і для чоловіків, і для жінок практично у всіх регіонах країни.

Через затяжну кризу смертності населення в Україні сформулювалася специфічна «консервативна» структура причин смерті, в якій високий рівень смертності від ендогенних причин (хвороб системи кровообігу та новоутворень) поєднався зі значущим рівнем смертності від екзогенних патологій (хвороб органів дихання, травлення, інфекційних та паразитарних хвороб, зовнішніх причин). На жаль, ця архаїчна структура причин смерті стала для України нормою.

Структура смертності за причинами смерті останніми роками в цілому не змінилася.

У 2012 р. на першому місці за кількістю смертних випадків були серцево-судинні захворювання (65,8%). За ними у відповідній послідовності – новоутворення (14,0%), зовнішні причини смерті (6,2%), хвороби органів травлення (4,2%), хвороби органів дихання (2,6%), інфекційні та паразитарні хвороби (2,4%), (табл. 2.11).

Таблиця 2.11

**Смертність населення за причинами смерті в Україні
протягом 2008–2012 рр. (на 100 тис. осіб)**

Причина смерті	Рік					2012 р. у % до 2011 р.
	2008	2009	2010	2011	2012	
Усього померлих	1631	1534,6	1522,2	1454,0	1454,5	100,0
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби, у т.ч.:	37,3	32,9	31,9	30,7	30,2	98,4
– туберкульоз	22,4	18,2	16,6	15,2	15,2	100,0
– ВІЛ	11,2	11,7	12,3	12,6	12,0	95,2
Новоутворення	192,4	192,4	193,4	194,6	203,2	104,4
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	0,7	0,7	0,6	0,7	0,6	85,7
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	6,1	5,8	5,8	5,5	5,5	100,0

Причина смерті	Рік					2012 р. у % до 2011 р.
	2008	2009	2010	2011	2012	
Розлади психіки та поведінки	6,2	4,5	3,6	3,2	3,4	106,3
у т.ч. розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю	4,5	2,9	2,1	1,8	2,0	111,1
Хвороби нервової системи	15,8	13,7	13,8	13,2	13,0	98,5
Хвороби системи кровообігу, у т.ч.:	1037,9	1000,4	1013,9	963,4	957,5	99,4
– ішемічна хвороба серця	693	675,3				
хвороби, що характеризуються підвищеним кров'яним тиском	1,4	1,3				
Хвороби органів дихання, у т.ч.:	50,3	45,8	42,5	39,1	37,2	95,1
– грип і пневмонія	14	12	10,9	10,7	11,6	108,4
Хвороби органів травлення, у т.ч.:	76,1	65,4	58,5	55,2	60,8	110,1
– алкогольні хвороби печінки	11,1	7,9	5,9	5,1	5,7	111,8
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	1,2	1	1	1,0	1,3	130,0
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	1,6	1,4	1,4	1,3	1,3	100,0
Хвороби сечостатевої системи	6,9	6,6	6,6	6,5	6,9	106,2
Ускладнення при вагітності, пологах та в післяпологовому періоді	0,2	0,3	0,3	0,2	0,2	100,0
Окремі стани, що виникають в перинатальному періоді	5,7	5,5	5,2	5,1	5,1	100,0
Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	4,5	4,2	4,2	4,2	4,0	95,2
Симптоми, ознаки та відхилення від норми, що виявлені при клінічних і лабораторних дослідженнях, не класифіковані в інших рубриках	55,3	48,1	43,5	37,3	34,2	91,7
Зовнішні причини	132,7	106,3	95,8	92,7	90,0	97,1

У структурі причин смерті провідне місце посідають хвороби системи кровообігу. Надсмертність від серцево-судинних захворювань становить досить серйозну проблему. Поряд з одним із найвищих в Європі рівнів і несприятливою динамікою особливе занепокоєння викликає структура цієї причини смерті, а саме надлишкова порівняно з розвинутими країнами частка смертей від ішемічної хвороби серця. Ця особливість полягає в тому, що надто багато людей помирає від цього класу хвороб у молодому віці, причому здебільшого чоловіки.

Наступний за значущістю клас причин смерті – це новоутворення. Ситуація зі смертністю від онкологічних захворювань теж неблагополучна.

Просто на даному етапі Україна певною мірою «захищена» від цієї недуги ранньою смертністю від інших причин смерті – хвороб системи кровообігу та зовнішніх причин смерті.

В умовах надсмертності від ішемічної хвороби серця частина потенційних жертв новоутворень помирає від серцево-судинної патології, таким чином знижуючи онкологічну смертність. Водночас, за наявності хоча б мінімального контролю над хворобами системи кровообігу кількість померлих від онкологічних захворювань могла б зростати.

Висока смертність від зовнішніх причин смерті – одна з основних складових кризи смертності в Україні. Втрати, яких зазнає Україна від причин смерті цього класу, не менші, а у віці до 70 років – набагато вагоміші за втрати від онкологічних захворювань (а в чоловіків віком до 45 років вони навіть більші, ніж від серцево-судинних захворювань). Однак загроза здоров'ю та життєздатності населення країни з боку зовнішніх причин смерті за останні п'ять років істотно знизилась. Так, рівень смертності від зовнішніх причин у 2012 р. порівняно з 2008 р. скоротився на 32,2%. Подальші позитивні зміни в динаміці зовнішніх причин смерті залежать від поліпшення соціально-економічної ситуації в державі.

2.2.5. Тривалість життя

Важливий індикатор здоров'я населення України, який акумулює в собі всі основні фактори, що впливають на здоров'я (соціально-економічні, біологічні, зусилля системи охорони здоров'я зі збереження і поліпшення здоров'я, стан довкілля, якість життя), – це СОТЖ при народженні, яка дає узагальнюючу оцінку рівня смертності населення незалежно від його вікової структури.

Україна вступила в пострадянський період із низькою тривалістю життя. Це стало наслідком кризи смертності, яка спостерігалася в цілому ЄСРП і Україні зокрема із середини 1960-х років і, безумовно, була однією з найбільш характерних прикмет «епохи застою».

За 1966–1984 рр. тривалість життя скоротилася в чоловіків на 3,5, жінок – на 1,5 року. У результаті Україна, яка в середині 1960-х років мала майже однакові із Західною Європою та Японією показники тривалості життя, напередодні «антиалкогольної кампанії» (1984 р.) відставала від них на 6–9 років.

За часів «перебудови», насамперед у зв'язку з антиалкогольною кампанією другої половини 1980-х років, тривалість життя дещо підвищилася: у 1989 р. вона становила 66,1 року в чоловіків і 75,2 року в жінок. Через рік ці показники були вже нижчими, ніж у попередньому році, але на фоні провальних 1970-х і I половини 1980-х вони були відносно непоганими, але, за європейськими стандартами того часу, дуже низькими.

Останнє 23-річчя мало невизначену динаміку тривалості життя: за періодами стагнації та зниження (1990–1995, 1999–2007 рр.) наступали періоди зростання (1996–1998, 2008–2012 рр.). Останній період подовження тривалості життя відмічався з 2008 р., але темпи змін дуже відрізнялися за роками. У 2008 р. СОТЖ при народженні зросла найбільше в чоловіків (на 2,1 року, в жінок – на 0,92 року). У 2009–2011 рр. підвищення тривалості життя продовжувалося, але повільно порівняно з попереднім роком. При цьому тривалість життя міських чоловіків і жінок підвищилася більше, ніж сільських (табл. 2.12).

Таблиця 2.12

**Зміни середньої очікуваної тривалості життя населення України
у 2004–2012 рр. (років)**

Рік	Чоловіки			Жінки		
	міські поселення	сільські поселення	усі поселення	міські поселення	сільські поселення	усі поселення
<i>Середня очікувана тривалість життя</i>						
2004	63,40	61,50	62,60	74,40	73,50	74,10
2005	62,70	60,70	61,80	74,20	73,20	73,90
2006	62,90	61,10	62,20	74,10	73,30	73,90
2007	62,80	60,90	62,00	74,10	73,30	73,90
2008	63,09	60,62	62,28	74,22	73,24	73,93
2009	65,16	62,74	64,36	75,22	74,01	74,85
2010	65,92	63,77	65,21	75,53	74,46	75,20
2011	66,65	64,62	65,98	76,20	75,19	75,88
2012	66,85	64,61	66,11	76,38	75,19	76,02
<i>Приріст / убуток</i>						
2004–2005	-0,70	-0,80	-0,80	-0,20	-0,3	0,2
2005–2006	0,20	0,40	0,40	-0,10	0,10	0,00
2006–2007	-0,10	-0,20	-0,20	0,00	0,00	0,00
2007–2008	0,29	-0,28	0,28	0,12	-0,06	0,03
2008–2009	2,07	2,12	2,08	1,00	0,77	0,92
2009–2010	0,76	1,04	0,85	0,31	0,45	0,35
2010–2011	0,74	0,84	0,77	0,67	0,73	0,68
2011–2012	0,01	0,09	0,04	0,02	0,04	0,03
2004–2012	3,24	3,21	3,43	1,82	1,73	1,8

Середня очікувана тривалість життя при народженні зросла протягом 2008–2012 рр. переважно у зв'язку зі зниженням рівня смертності в працездатних вікових групах. При цьому 3/4 підвищення тривалості життя в чоловіків припало на вік 30–74 роки, жінок – понад 45 років. У чоловіків на підвищення тривалості життя найбільше вплинуло зниження рівня смертності серед 15–59-річних, а в жінок однаковою мірою – у вікових групах 45–59 і 60–74 роки. Ці тенденції були майже однаковими для міського і сільського населення.

Аналіз змін структури причин смерті за останні два десятиріччя показав, що в різні періоди одні й ті самі причини неоднаково вплинули на зміну тривалості життя населення України. За роки незалежності, як вже зазначалось, вона знизилась удвічі – в 1990–1995 рр. і 1999–2007 рр., причому і серед чоловіків, і серед жінок, загальний темп зниження в 1999–2007 рр. був більш ніж удвічі нижчим порівняно з 1990–1995 рр. Якщо в перший період головною причиною зниження тривалості життя чоловіків було зростання смертності від зовнішніх причин смерті, то в 1999–2007 рр. – від хвороб системи кровообігу. У жінок хвороби системи кровообігу були і залишилися головною причиною зниження тривалості життя, а роль зовнішніх причин смерті відносно зменшилася.

Основне зростання тривалості життя протягом 2008–2011 рр. і в чоловіків, і в жінок, і в місті, і в селі, пов'язане з позитивною динамікою смертності від хвороб системи кровообігу і від зовнішніх причин, хоча в цей період інфекційні хвороби і хвороби органів травлення припинили негативний вплив на динаміку СOTЖ дорослих.

Динаміка тривалості життя у віці 15 років, так само, як і при народженні, переважно обумовлювалася змінами смертності від хвороб системи кровообігу і зовнішніх причин.

Сьогодні Україна зазнає найбільших втрат щодо населення працездатного віку. Високий рівень смертності осіб працездатного віку відіграє основну роль у формуванні низької тривалості життя. Показники життєздатності чоловіків працездатного віку в Україні значно нижчі, ніж на Заході. Зокрема, ймовірність дожити від 15 до 60 років становить для українських чоловіків лише 62%, тоді як в Італії – 91%, Німеччині – 89%, Чехії – 84%, Угорщині – 74%. Для жінок розрив у показниках є менш суттєвим.

Як наслідок, в Україні СOTЖ для юнаків, які досягли 15-річного віку, на 16 років менша, ніж для їхніх однолітків зі Швеції. Для 45-річних чоловіків цей розрив становить 12 років, а у віці 65 років – лише 6 років. Тобто чоловіки, які дожили до 65-річного віку, в Україні мають кращі шанси дожити до глибокої старості, ніж 15-річні юнаки. Тому саме у працездатному віці приховані найбільші можливості подовження тривалості життя в Україні.

Україні притаманні значні територіальні відмінності в показниках СOTЖ. Регіональна диференціація обумовлена низкою факторів, вирішальними серед яких є соціально-економічні, екологічні, демографічні тощо. За показниками СOTЖ при народженні регіони України можна об'єднати у три групи (табл. 2.13).

Таблиця 2.13

**Середня очікувана тривалість життя населення при народженні
в регіонах України за 2010–2012 рр. (років)**

Адміністративно-територіальна одиниця	Чоловіки			Жінки		
	2010 р.	2011 р.	2012 р.	2010 р.	2011 р.	2012 р.
АР Крим	65,16	65,62	66,31	75,09	75,75	76,17
<i>Область</i>						
Вінницька	66,36	66,93	66,99	76,17	76,55	76,71
Волинська	65,07	65,55	66,10	76,12	76,27	76,72
Дніпропетровська	63,60	64,45	64,56	73,87	74,59	74,64
Донецька	63,17	64,37	64,36	74,01	74,79	75,02
Житомирська	63,15	64,35	64,23	74,58	75,38	75,38
Закарпатська	66,19	66,93	67,02	74,02	74,75	74,95
Запорізька	65,61	65,68	66,28	75,32	75,90	76,25
Івано-Франківська	67,87	68,44	68,52	77,38	77,80	76,71
Київська	63,67	64,74	64,97	74,70	75,41	76,72
Кіровоградська	63,32	64,17	64,26	74,13	74,44	74,64
Луганська	64,14	64,81	65,12	74,38	75,02	75,02
Львівська	67,78	68,29	68,45	77,31	77,70	75,38
Миколаївська	63,46	64,61	64,80	73,65	74,53	74,95
Одеська	64,67	65,30	65,51	73,19	74,13	76,25
Полтавська	65,23	65,81	66,11	75,20	76,09	76,71
Рівненська	65,41	66,22	66,59	75,92	76,55	76,72
Сумська	64,95	65,96	65,76	75,35	76,31	74,64
Тернопільська	68,04	68,42	68,33	77,79	77,74	75,02
Харківська	66,32	66,70	66,85	75,55	76,08	75,38
Херсонська	63,65	64,45	64,68	74,16	75,03	74,95
Хмельницька	65,88	66,87	66,39	76,20	76,77	76,25
Черкаська	65,80	66,07	66,09	75,71	76,17	76,71
Чернівецька	68,43	68,30	68,62	76,96	77,34	76,72
Чернігівська	62,68	64,73	64,48	75,45	76,28	74,64
<i>Місто</i>						
Київ	69,56	69,96	69,93	77,37	77,87	77,86
Севастополь	65,15	65,42	66,24	75,54	76,13	76,90
Україна	65,21	65,98	66,11	75,20	75,88	76,02

До першої групи з відносно високими показниками СОТЖ належать м. Київ і чотири західні (Івано-Франківська, Львівська, Тернопільська, Чернівецька) області. Рівень тривалості життя при народженні в першій групі областей на сьогодні в чоловіків на 3–4, а в жінок – на 2,0–2,5 року вищий за загальноукраїнські показники.

Більшість областей (Дніпропетровська, Донецька, Кіровоградська, Запорізька, Херсонська, Одеська та північна – Чернігівська) сходу та півдня України входять до другої групи, у якій СОТЖ при народженні серед чоловіків на 3 роки, а серед жінок – на 2 роки нижча, ніж в областях першої групи.

Показники СОТЖ у решті регіонів, а це переважно центральні, три західні (Волинська, Рівненська та Закарпатська) області та Автономна Республіка Крим, мають середні значення між першою та другою групами областей (табл. 2.13).

Розрив між нинішніми показниками СОТЖ і показниками 1990 р. подолала переважна більшість областей. Виняток становили лише Дніпропетровська, Донецька та Чернігівська області.

Загалом за останні п'ять років в усіх регіонах України СОТЖ зросла і серед чоловіків, і серед жінок у результаті зменшення рівня смертності від серцево-судинних захворювань і зовнішніх причин смерті.

Після короткочасного зростання тривалості життя в Україні протягом 2008–2011 рр., її показники у 2012 р. були на рівні 2011 р. За прогнозними оцінками, у 2013 р. прогрес у динаміці тривалості життя не очікується. Таким чином, зміни рівнів смертності в Україні з 1984 р. розвиваються за лавиноподібним сценарієм. Отримуючи «перепочинок» під час коротких періодів зниження смертності, криза знову набирає силу в періоди підвищення смертності. Такий перебіг змін смертності продовжуватиметься доти, доки Україна перебуватиме в тенетах трансформаційних реформ.

Неприпустимо низькі як для європейської країни показники СОТЖ не тільки свідчать про поганий стан здоров'я населення, але й стають індикатором загального соціального неблагополуччя. Затяжна криза здоров'я та смертності – найбільш неблагополучна прикмета сучасної медико-демографічної ситуації. Тому з огляду на кризу у сфері відтворення населення саме збереження та поліпшення здоров'я населення мають бути одним із найважливіших пріоритетів. Поліпшення здоров'я і, відповідно, подовження тривалості життя, повинні стати кінцевою метою проведення соціально-економічних реформ у країні.

Політика держави у сфері охорони здоров'я і зростання тривалості життя постійно реалізується в її загальній соціальній політиці, у практичній діяльності МОЗ та інших відомств, від яких залежить здоров'я та життя українців.

Однією з основних перешкод на шляху поліпшення здоров'я і подовження тривалості життя в Україні залишається відносно слабе фінансування, витрати на ці цілі надто малі, щоб вона могла конкурувати за показниками здоров'я і тривалості життя з більшістю європейських країн, успіхи яких у цій царині пов'язані з величезним зростанням за останні десятиріччя сукупних витрат (державних і приватних) на охорону здоров'я.

За статистичним аналізом даних європейських країн, між загальними витратами на охорону здоров'я і тривалістю життя існує досить тісна залежність. Зв'язок між тривалістю життя і часткою витрат Внутрішнього валового продукту (ВВП) має лінійний характер: зростання частки на 1% обумовлює зростання тривалості життя в середньому на 2 роки. Зв'язок між абсолютними затратами на охорону здоров'я і СОТЖ має нелінійну форму. Згідно із законом спадної продуктивності, кожний додатковий внесок в охорону здоров'я дає меншу віддачу у вигляді зростання тривалості життя. Однак дія цього закону проявляється після досягнення порогового значення величини душевих витрат у 2000 доларів.

Звичайно, гроші вирішують не все, однак розраховувати на досягнення таких самих показників тривалості життя в Україні, що й у країнах, де витрати на потреби охорони здоров'я перевищують наші в рази, було б нереалістично. Вже радянський досвід показав, що екстенсивне зростання деяких ключових характеристик системи охорони здоров'я – кількість медичного персоналу, число лікарняних ліжок тощо, не підкріплених більш швидким зростанням фінансування, яке дає змогу підвищити заробітну плату медичному персоналу і вдосконалити інфраструктуру охорони здоров'я, було малоефективним, зокрема, не привело до зростання тривалості життя населення.

2.3. Аналіз стану здоров'я населення

Здоров'я населення є результатом соціально-історичного розвитку суспільства, життєздатності людей, які проживають на певній території в ряді поколінь. Головним пріоритетом демократичних держав, до яких прагне наблизитися Україна, є збереження і зміцнення здоров'я населення. Здоров'я

є одним із найбільш складних, багатофункціональних і динамічних у часі понять, що якісно характеризує населення держави.

Здоров'я поєднує в собі медико-біологічну та соціальну сутність, розглядається як його якісна характеристика, необхідна основа для продуктивної соціальної та економічної життєдіяльності.

Сучасний стан здоров'я населення України можна охарактеризувати як незадовільний. Соціально-економічні трансформації 1990-х років, різке зниження життєвого рівня водночас із руйнацією звичного способу життя спричинили значний негативний вплив на здоров'я і життєздатність, зумовили соціальну дезадаптацію значної частини населення, причому основний тягар суспільних змін ліг на плечі населення працездатного віку.

Зміни, які відбуваються протягом року чи декількох років, характеризують спрямованість процесів, але не відображають сталих тенденцій формування. Особливості й закономірності формування здоров'я простежуються та вивчаються протягом значних часових інтервалів. Аналіз динаміки захворюваності за останні п'ять років дає змогу виявити деякі з них. Такий період спостереження (5 років) дає змогу встановити сталі тенденції змін показників здоров'я населення різного віку і може бути основою для рекомендацій щодо програмно-цільового планування заходів з охорони здоров'я з урахуванням регіональних особливостей.

Здоров'я населення залежить від соціальних, економічних, політичних умов, стану навколишнього середовища. Це особливо актуально для людей похилого віку, допомога яким виходить за межі поняття «хвороба», а передбачає забезпечення людини усіма благами, спрямованими на повноцінне використання нею своїх функціональних можливостей, підтримку здоров'я та досягнення активного довголіття.

2.3.1. Загальні закономірності стану здоров'я населення України

Розвиток суспільства супроводжується визначенням життєвих цінностей, які є орієнтиром для кожної конкретної особи в її діяльності, інтересах, потребах. У спектрі цих цінностей здоров'я посідає найвагоміше місце.

Охорона здоров'я не є виключно соціальною сферою, як інколи вважають. Це – система життєзабезпечення, один із найважливіших інститутів безпеки нації, оскільки без здорових громадян неможливе не лише успішне функціонування держави, але й її збереження. Тому діяльність у

медичній галузі має бути пріоритетною серед інших галузей народного господарства, освіти, культури, спорту тощо.

Значущість здоров'я для суспільства в цілому і для кожної конкретної людини потребує активізації питань громадського здоров'я, виховання свідомого ставлення до нього не лише як до особистого надбання, але й як до надбання держави. Оскільки збереження здоров'я є необхідною умовою успішного виконання першочергових вимог економічного та соціального розвитку країни, інформація про захворюваність населення набуває особливого значення. Це тісно пов'язано з визначенням особливостей формування і тенденцій стану здоров'я, без урахування яких неможливо провести відповідні заходи, спрямовані на його поліпшення. У спектрі патології, яка щорічно виявляється, існують певні особливості захворюваності та поширеності хвороб, їх рівня і динаміки.

Збереження капіталу здоров'я як важливої складової людського капіталу входить до числа факторів, за якими визначається конкурентноздатність держави на міжнародному рівні.

Вивчення тенденцій захворюваності та поширеності хвороб серед різних вікових груп населення є однією з важливих складових стратегічного планування медичної галузі.

Аналіз показників поширеності всіх захворювань серед усього населення України показав, що протягом 2008–2011 рр. спостерігались тенденції до їх зростання, а в 2012 р. цей показник знизився. Рівень первинної захворюваності зменшився в динаміці за п'ять років (рис. 2.2).

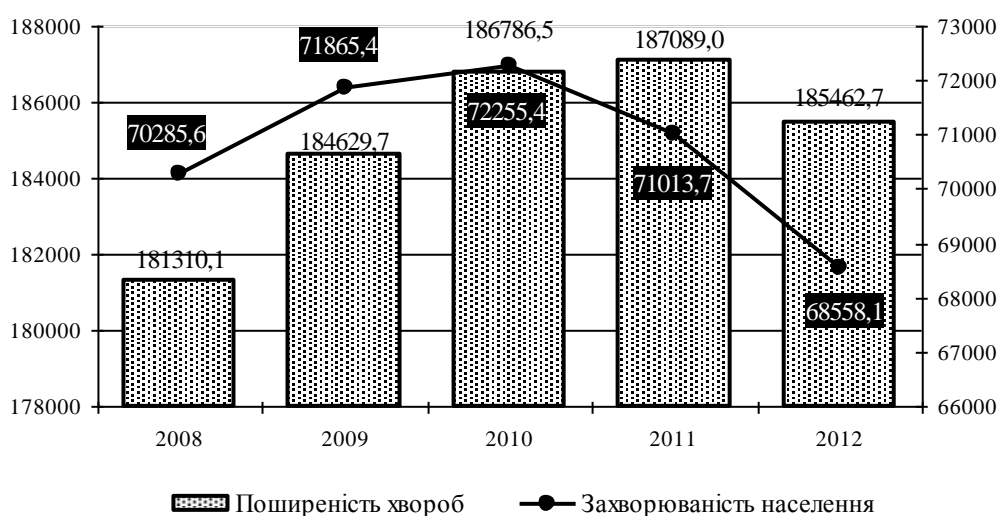


Рис. 2.2. Динаміка захворюваності та поширеності хвороб серед населення у 2008–2012 рр. (на 100 тис. усього населення)

Зменшення рівня первинної захворюваності серед усього населення за останні п'ять років з 70 285,6 у 2008 р. до 68 558,1 на 100 тис. населення у 2012 р. (-2,46%), при зниженні її значення порівняно з минулим роком з 71 013,7 до 68 558,1 на 100 тис. населення (-3,46%), вказало на стабілізацію тенденцій зниження кількості вперше виявлених захворювань серед населення України.

Показник поширеності захворювань зріс із 181 310,1 у 2008 р. до 187 089,0 на 100 тис. населення у 2012 р. (+2,29%), а порівняно з минулим роком знизився на 0,87% (185 462,7 на 100 тис. населення). Таким чином, спостерігалася проблема накопичення хронічної патології серед населення України.

Структуру первинної захворюваності у 2012 р. формували: хвороби органів дихання (42,42%), хвороби системи кровообігу (7,44%), травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників (6,87%), хвороби сечостатевої системи (6,57%), хвороби шкіри (5,94%), (рис. 2.3).

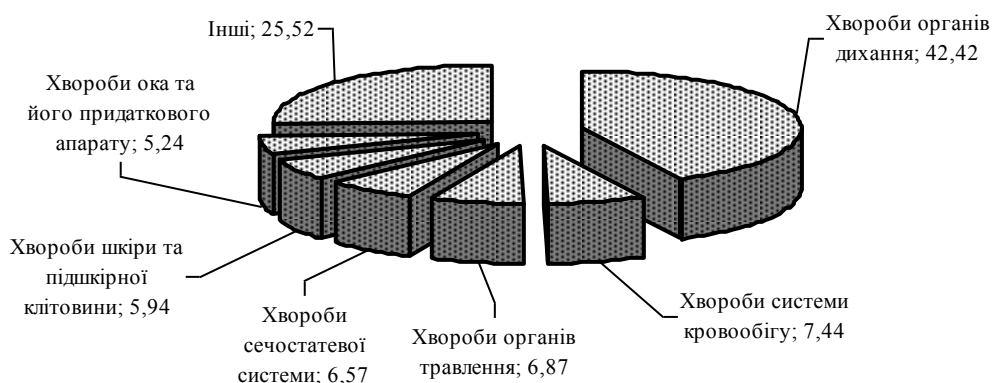


Рис. 2.3. Структура захворюваності за класами хвороб серед усього населення у 2012 р. (%)

За останні п'ять (2008–2012) років при загалом незмінній структурі захворюваності серед усього населення відбулися незначні зміни питомої ваги основних класів хвороб, що її формували. Так, несуттєво зросла питома вага хвороб органів дихання в загальній структурі первинної захворюваності серед усього населення з 42,10% у 2008 р. до 42,40% у 2012 р. Натомість питома вага хвороб системи кровообігу в загальній структурі первинної захворюваності серед усього населення України знизилась із 7,63% до 7,44%; хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини – з 4,83% до 4,64%;

травм, отруєнь та деяких інших наслідків дії зовнішніх чинників – з 6,97% до 6,87% (у 2008 р. та 2012 р. відповідно).

Показники первинної захворюваності серед усього населення за основними класами хвороб у динаміці за останні п'ять років мали різноспрямовані тенденції (табл. 2.14). За означений період зменшилася первинна захворюваність за такими класами: розлади психіки та поведінки (-17,42%), хвороби крові й кровотворних органів (-7,73%), хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (-6,28%), хвороби системи кровообігу (-4,94%), хвороби органів травлення (-4,35%), травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників (-3,91%), хвороби нервової системи (-2,39%). Порівняно з 2011 р. ці показники зменшились за такими класами: хвороби органів дихання (-6,26%), розлади психіки та поведінки (-4,23%), хвороби крові й кровотворних органів (-3,49%), хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (-2,68%), хвороби нервової системи (-2,45%), хвороби сечостатевої системи (-1,98%), хвороби органів травлення (-1,80%) тощо.

Таблиця 2.14

Динаміка показників захворюваності за основними класами хвороб у 2008, 2011, 2012 рр. (на 100 тис. усього населення)

Клас хвороб	Показник	Рік		
		2008	2011	2012
Хвороби органів дихання	на 100 тис.	29595,5	31027,9	29084,2
	%	42,11	43,69	42,42
Хвороби системи кровообігу	на 100 тис.	5363,6	5142,2	5098,8
	%	7,63	7,25	7,44
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	на 100 тис.	4899,8	4684,4	4708,0
	%	6,97	6,60	6,87
Хвороби сечостатевої системи	на 100 тис.	4623,1	4594,8	4504,0
	%	6,58	6,47	6,57
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	на 100 тис.	4136,6	4125,9	4075,5
	%	5,89	5,81	5,94
Хвороби ока та його придаткового апарату	на 100 тис.	3488,4	3 631,2	3592,6
	%	4,96	5,11	5,24
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	на 100 тис.	3392,3	3266,5	3179,1
	%	4,83	4,60	4,64
Хвороби органів травлення	на 100 тис.	2948,0	2871,6	2819,8
	%	4,19	4,04	4,11
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	на 100 тис.	2769,9	2762,7	2676,6
	%	3,94	3,89	3,90
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	на 100 тис.	2572,0	2676,3	2669,2
	%	3,66	3,77	3,89
Хвороби нервової системи	на 100 тис.	1630,8	1631,8	1591,9
	%	2,32	2,30	2,32

Клас хвороб	Показник	Рік		
		2008	2011	2012
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	на 100 тис.	1146,8	1102,0	1100,3
	%	1,63	1,55	1,60
Новоутворення	на 100 тис.	879,5	926,7	952,5
	%	1,25	1,30	1,39
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	на 100 тис.	493,9	472,2	455,7
	%	0,70	0,66	0,66
Розлади психіки та поведінки	на 100 тис.	490,8	423,2	405,3
	%	0,70	0,60	0,59
Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	на 100 тис.	111,1	121,5	119,4
	%	0,16	0,17	0,17

За основними класами хвороб у динаміці за останні п'ять років зменшилася первинна захворюваність населення (рис. 2.4).

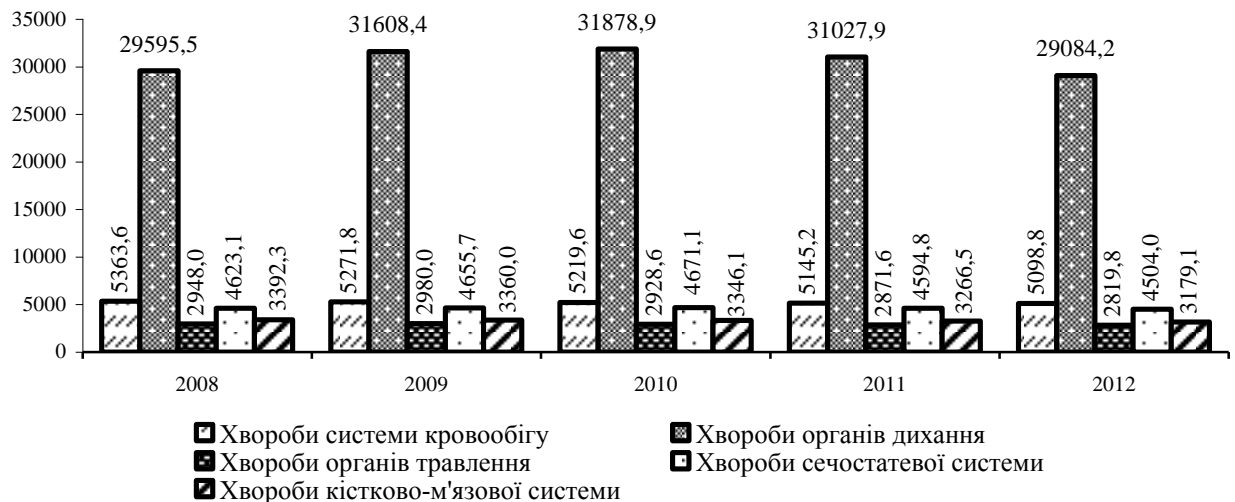


Рис. 2.4. Динаміка захворюваності за основними класами хвороб серед усього населення у 2008–2012 рр. (на 100 тис. усього населення)

Найвищі рівні захворюваності за підсумками 2012 р. зареєстровано в м. Києві (92 849,9), Івано-Франківській (87 227,3), Львівській (82 450,1), Дніпропетровській (79 978,5), Вінницькій (76 167,2) та Рівненській (74 813,6) областях при середньому по Україні значенні 68 558,1 на 100 тис. усього населення. Найменші рівні поширеності хвороб у 2012 р. зафіксовано серед населення АР Крим (51 413,2) та Сумської (50 499,6 на 100 тис. усього населення) області.

Основу структури поширеності традиційно формували хвороби системи кровообігу (31,50%), хвороби органів дихання (19,20%), хвороби органів травлення (9,70%), хвороби сечостатевої системи (5,40%), хвороби

кістково-м'язової системи та сполучної тканини (5,37%), хвороби ока та його придаткового апарату (4,98%), травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників (2,69%), хвороби шкіри та підшкірної клітковини (2,63%) та інші (19,15%), (рис. 2.5).

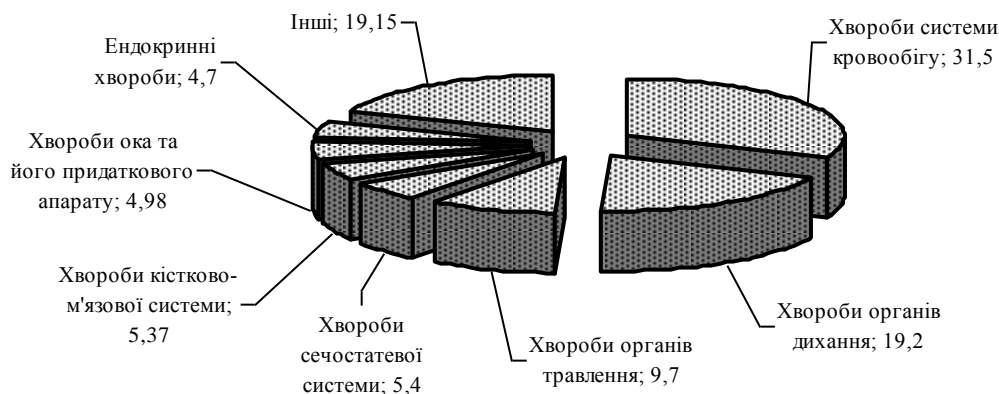


Рис. 2.5. Структура поширеності хвороб за класами серед усього населення у 2012 р. (%)

За більшістю класів структура поширеності хвороб серед усього населення суттєво не змінилася (табл. 2.15).

Таблиця 2.15

Динаміка показників поширеності хвороб за основними класами у 2008, 2011, 2012 рр. (на 100 тис. усього населення)

Клас хвороб	Показник	Рік		
		2008	2011	2012
Хвороби системи кровообігу	на 100 тис.	55315,5	57967,2	58385,7
	%	30,51	30,98	31,48
Хвороби органів дихання	на 100 тис.	36005,1	37602,0	35642,0
	%	19,86	20,10	19,22
Хвороби органів травлення	на 100 тис.	17696,3	18025,3	18058,1
	%	9,73	9,63	9,74
Хвороби сечостатевої системи	на 100 тис.	9736,9	10074,9	10007,7
	%	5,37	5,36	5,40
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	на 100 тис.	10031,7	10068,6	9956,4
	%	5,53	5,38	5,37
Хвороби ока та його придаткового апарату	на 100 тис.	8954,5	9246,3	9240,3
	%	4,94	4,94	4,98
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	на 100 тис.	8049,6	8541,0	8669,1
	%	4,44	4,57	4,69
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	на 100 тис.	5181,1	4985,3	4997,0
	%	2,86	2,66	2,69
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	на 100 тис.	4934,7	4918,1	4879,7
	%	2,72	2,63	2,63

Клас хвороб	Показник	Рік		
		2008	2011	2012
Хвороби нервової системи	на 100 тис.	4868,7	4898,5	4864,4
	%	2,69	2,62	2,62
Розлади психіки та поведінки	на 100 тис.	4769,9	4649,1	4660,3
	%	2,65	2,48	2,51
Новоутворення	на 100 тис.	3858,0	4159,4	4262,7
	%	2,13	2,22	2,30
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	на 100 тис.	4157,3	4174,3	4057,5
	%	2,29	2,23	2,19
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	на 100 тис.	3412,0	3502,1	3504,9
	%	1,88	1,87	1,89
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	на 100 тис.	1726,7	1757,2	1729,5
	%	0,95	0,94	0,93
Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	на 100 тис.	608,3	670,0	683,3
	%	0,34	0,36	0,37

Показники поширеності за цей період (2008–2012 рр.) збільшилися за такими класами: новоутворення (10,49%), ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин (8,07%), хвороби системи кровообігу (5,55%), хвороби ока та його придаткового апарату (3,19%), хвороби вуха та соскоподібного відростка (2,72%), хвороби сечостатевої системи (2,78%).

Зниження показників зафіксовано за такими класами: травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників (-3,55%), розлади психіки та поведінки (-2,85%), хвороби шкіри та підшкірної клітковини (-1,11%), хвороби органів дихання (-1,01%). Динаміка показників поширеності хвороб за основними класами серед усього населення України за 2008–2012 рр. показана на рис. 2.6.

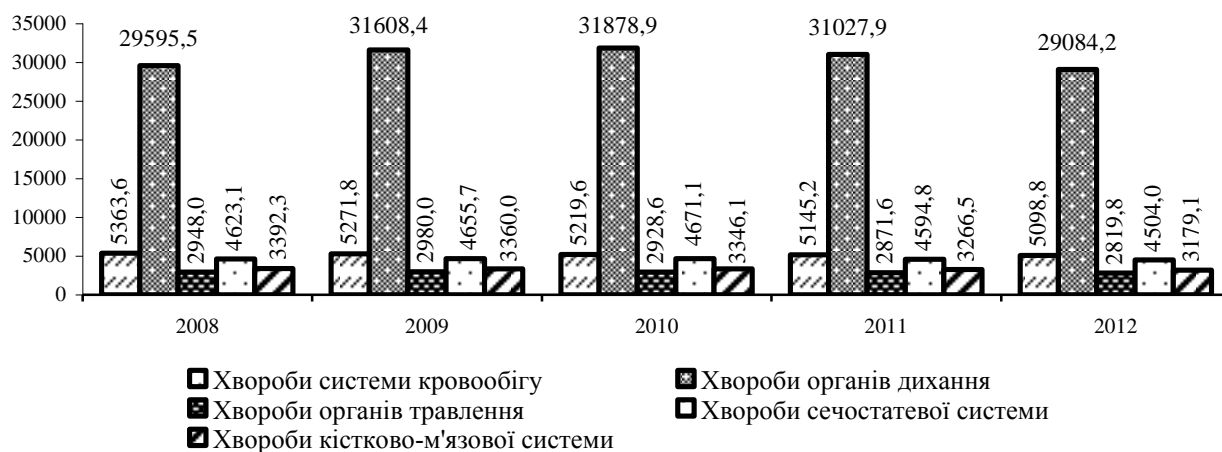


Рис. 2.6. Динаміка поширеності за основними класами хвороб серед усього населення у 2008–2012 рр. (на 100 тис. усього населення)

Найвищі рівні поширеності за підсумками 2012 р. зареєстровано в м. Києві (240 929,8), Вінницькій (212 424,7), Дніпропетровській (206 361,6), Київській (201 893,0) та Черкаській (200 511,3) областях при середньому по Україні значенні 185 462,7 на 100 тис. усього населення. Найменші рівні поширеності хвороб у 2012 р. зафіксовано серед населення АР Крим (147 614,8) і Запорізької (146 683,9 на 100 тис. усього населення) області.

2.3.2. Динаміка стану здоров'я дорослого населення України

Одним із пріоритетних завдань внутрішньої політики на найближчі роки в Україні визначено збереження і розвиток національного людського капіталу держави як головного фактора економічного росту, суттєву роль у збереженні якого відіграє система охорони здоров'я.

На усіх етапах розвитку людини повинні бути реалізовані три групи можливостей: прожити довге і здорове життя, набути знань, мати доступ до ресурсів щодо підтримки здорового способу життя (ЗСЖ). Однією із суттєвих стратегій вкладання коштів в охорону здоров'я є збільшення тривалості трудової життєдіяльності людини.

Система охорони здоров'я бере на себе функції контролю за станом здоров'я, чим сприяє відновленню і зміцненню стану здоров'я дорослого населення як основної працездатної складової населення України.

За даними офіційної статистики, у 2012 р. серед дорослого населення України зареєстровано понад 20,0 млн випадків виявлених вперше хвороб (захворюваність) і 68,97 млн звернень на рік із приводу усіх хвороб (поширеність). Відносний показник захворюваності у 2012 р. (на 100 тис. дорослого населення) становив 53 682,2, а поширеності – 184 012,7.

Захворюваність дорослого населення України у 2008–2012 рр.

За останні п'ять (2008–2012) років рівень захворюваності дорослого населення поступово знижувався з 56 417,2 у 2008 р. до 53 682,2 у 2012 році.

У структурі захворюваності дорослого населення у 2012 р. традиційно домінували хвороби органів дихання (34,73%), хвороби системи кровообігу (7,01%), хвороби сечостатевої системи (5,27%), травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників (8,37%), хвороби шкіри та підшкірної клітковини (6,58%), хвороби ока та його придаткового апарату (5,03%), хвороби кістково-м'язової системи і сполучної тканини (5,27%) та хвороби органів травлення (4,24%). Разом ці класи хвороб дорівнювали 84,00% усіх випадків захворювань дорослого населення України у 2012 р. (табл. 2.16).

**Динаміка захворюваності дорослого населення України
у 2008–2012 рр. за класами хвороб (на 100 тис. дорослого населення)**

Клас хвороб	Показник	Рік				
		2008	2009	2010	2011	2012
Усі хвороби		56417,2	57231,0	56556,5	55474,2	53682,2
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	на 100 тис.	2131,5	2076,7	2075,0	2091,2	2052,0
	%	3,85	3,63	3,67	3,77	3,82
Новоутворення	на 100 тис.	1003,5	1007,8	1036,6	1051,0	1078,2
	%	1,78	1,76	1,83	1,89	2,01
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	на 100 тис.	223,6	231,3	237,8	236,2	233,4
	%	0,40	0,40	0,42	0,43	0,44
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	на 100 тис.	909,4	893,3	890,5	899,7	920,7
	%	1,61	1,56	1,57	1,62	1,72
Розлади психіки та поведінки	на 100 тис.	464,7	412,0	387,4	392,0	377,9
	%	0,82	0,72	0,68	0,71	0,70
Хвороби нервової системи	на 100 тис.	1506,6	1518,7	1516,9	1502,4	1477,8
	%	2,67	2,65	2,68	2,71	2,76
Хвороби ока та його придаткового апарату	на 100 тис.	3252,0	3277,4	3334,2	3373,8	3345,0
	%	5,76	5,73	5,90	6,08	6,23
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	на 100 тис.	2262,5	2298,8	2340,1	2325,6	2330,6
	%	4,01	4,02	4,14	4,19	4,34
Хвороби системи кровообігу	на 100 тис.	6328,2	6190,7	6108,8	6003,8	5961,9
	%	11,22	10,82	10,80	10,82	11,11
Хвороби органів дихання	на 100 тис.	17379,5	18647,6	17896,4	17395,6	16017,0
	%	30,81	32,58	31,64	31,36	29,84
Хвороби органів травлення	на 100 тис.	2446,4	2472,3	2427,9	2394,9	2351,5
	%	4,34	4,32	4,29	4,32	4,38
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	на 100 тис.	3416,7	3407,4	3493,8	3434,4	3361,8
	%	6,06	5,95	6,18	6,19	6,26
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	на 100 тис.	3472,7	3432,5	3385,0	3300,5	3213,5
	%	6,16	6,00	5,99	5,95	5,99
Хвороби сечостатевої системи	на 100 тис.	4980,6	5021,0	5018,8	4941,7	4850,4
	%	8,83	8,77	8,87	8,91	9,04
Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	на 100 тис.	14,4	13,6	13,6	14,0	13,9
	%	0,03	0,02	0,02	0,03	0,03
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	на 100 тис.	4808,4	4575,5	4714,8	4492,9	4491,3
	%	8,52	7,99	8,34	8,10	8,37

При загалом незмінній протягом 2008–2012 рр. структурі захворювань дорослого населення за основними класами хвороб зросла питома вага захворюваності за 9 із 16 класів хвороб, наведених у таблиці 2.16:

новоутворення (з 1,78% у 2008 р. до 2,00% у 2011 р.), хвороби крові й кровотворних органів (з 0,40% у 2008 р. до 0,43% у 2012 р.), ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин (з 1,61% у 2008 р. до 1,72% у 2012 р.), хвороби нервової системи (з 2,67% у 2008 р. до 2,76% у 2012 р.), хвороби ока та його придаткового апарату (з 5,76% в 2008 р. до 6,23% у 2012 р.), хвороби вуха та соскоподібного відростка (з 4,01% у 2008 р. до 4,34% у 2012 р.), хвороби органів травлення (з 4,34% у 2008 р. до 4,38% у 2012 р.), хвороби шкіри та підшкірної клітковини (з 6,06% у 2008 р. до 6,26% у 2012 р.), хвороби сечостатевої системи (з 8,83% у 2008 р. до 9,04% у 2012 р.). За цей самий період знизилася питома вага хвороб за такими 5 класами хвороб: деякі інфекційні та паразитарні хвороби (з 3,85% у 2008 р. до 3,82% у 2012 р.), хвороби системи кровообігу (з 11,22% у 2008 р. до 11,11% у 2012 р.), хвороби органів дихання (з 30,81% у 2008 р. до 29,84% у 2012 р.), хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (з 6,16% у 2008 р. до 5,99% у 2012 р.), травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників (з 8,52% у 2008 р. до 8,37% у 2012 р.). У 2012 р. первинна захворюваність дорослого населення значно зменшилася порівняно з 2008 р. за класом хвороб «Розлади психіки та поведінки» (з 0,82% до 0,70%). Питома вага не змінилася за класом «Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії», яка дорівнювала 0,03% як на початку, так і в кінці даного п'ятирічного періоду, хоча у 2008–2009 рр. вона зменшився до 0,02%. Така тенденція вказала на зменшення кількості звернень, а відтак – на стабілізацію зростання рівня захворюваності за цими класами.

За 4 класами хвороб протягом 2011–2012 рр. зріс рівень захворюваності дорослого населення країни: деякі інфекційні та паразитарні хвороби (+0,05%), хвороби системи кровообігу (+0,29%), хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (+0,04%), травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників (+0,27%), що вказало на подальшу потребу моніторингу захворюваності дорослого населення за цими класами захворювань.

Основу структури захворюваності формували хвороби органів дихання (29,84%), хвороби системи кровообігу (11,11%), хвороби сечостатевої системи (9,04%), травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників (8,37%), хвороби шкіри та підшкірної клітковини (6,26%), хвороби ока та його придаткового апарату (6,23%), хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (5,99%) та інші (23,16%), (рис. 2.7).

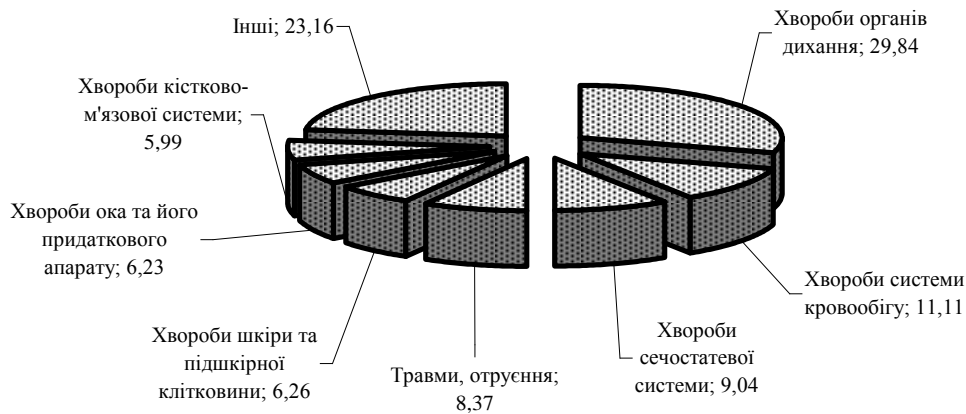


Рис. 2.7. Структура захворюваності серед дорослого населення України за 2012 р. (%)

У 2012 р. найвищі рівні захворюваності дорослого населення в Україні зареєстровано в Івано-Франківській (68 800,8 на 100 тис.), Львівській (68 858,8 на 100 тис.) областях і м. Києві (76 137,1 на 100 тис.); найнижчі – у м. Севастополі (36 811,6 на 100 тис.), АР Крим (36 984,6 на 100 тис.) і Луганській області (37 439,4 на 100 тис.).

Поширеність хвороб серед дорослого населення України у 2008–2012 рр.

На протипагу захворюваності, поширеність хвороб серед дорослого населення за всіма класами хвороб мала виразну тенденцію до зростання: у 2012 р. порівняно із 2008 р. вона збільшилася на 2,39% – з 179 711,8 на 100 тис. дорослого населення до 184 012,7 відповідно.

За останні п'ять років, при збільшенні загалом поширеності усіх хвороб серед дорослого населення порівняно з 2008 р., у структурі поширеності хвороб із 16 класів зріс рівень поширеності (як і захворюваності) за такими 9 класами хвороб: новоутворення (з 2,52% у 2008 р. до 2,70% у 2012 р.), хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму (з 0,63% у 2008 р. до 0,66% у 2012 р.), ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин (з 4,27% у 2008 р. до 4,72% у 2012 р.), хвороби ока та його придаткового апарату (з 4,83% у 2008 р. до 4,87% у 2012 р.), хвороби системи кровообігу (з 37,13% у 2008 р. до 38,03% у 2012 р.), хвороби органів травлення (з 10,15% у 2008 р. до 10,30% у 2012 р.), хвороби шкіри та підшкірної клітковини (з 1,90% у 2008 р. до 2,22% у 2012 р.), хвороби сечостатевої системи (з 5,92% у 2008 р. до 5,97% у 2012 р.), природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії (з 0,10% у 2008 р. до 0,11% у 2012 р.).

Поширеність хвороб за п'ятирічний період зменшилася за 6 класами хвороб: деякі інфекційні та паразитарні хвороби (з 2,01% у 2008 р. до 1,92% у 2012 р.), розлади психіки та поведінки (з 2,82% у 2008 р. до 2,68% у 2012 р.), хвороби нервової системи (з 2,53% у 2008 р. до 2,49% у 2012 р.), хвороби органів дихання (з 13,22% у 2008 р. до 12,28% у 2012 р.), хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (з 5,76% у 2008 р. до 5,58% у 2012 р.), травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників (з 2,84% у 2008 р. до 2,61% у 2012 р.). Показник поширеності хвороб вуха та соскоподібного відростка не змінився (у 2012 р., як і у 2008 р., – 1,77%), лише у 2009 і 2011 рр. питома вага поширеності даного класу хвороб серед дорослого населення була меншою: відповідно 1,76% і 1,75%.

Як видно з табл. 2.17, найбільша питома вага поширеності встановлена для хвороб системи кровообігу (+0,9%), новоутворень (+0,18%), ендокринних хвороб, розладів харчування та порушення обміну речовин (+0,45%). Натомість за класами «Хвороби органів дихання», «Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників», «Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини» і «Розлади психіки та поведінки» за означений період зафіксовано найбільше зниження питомої ваги: -0,94%, -0,23%, -0,18% і -0,14% відповідно. За іншими 2 класами хвороб питома вага знизилася менш значно (<1%).

Таблиця 2.17

Динаміка поширеності хвороб серед дорослого населення України у 2008–2012 рр. за класами (на 100 тис. дорослого населення)

Клас хвороб	Показник	Рік				
		2008	2009	2010	2011	2012
Усі хвороби		179711,8	182623,7	183990,8	184754,9	184012,7
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	на 100 тис.	3611,5	3567,6	3514,9	3615,8	3532,6
	%	2,01	1,95	1,91	1,96	1,92
Новоутворення	на 100 тис.	4528,8	4620,8	4761,7	4859,1	4976,2
	%	2,52	2,53	2,59	2,63	2,70
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	на 100 тис.	1123,6	1168,3	1203,4	1226,7	1222,6
	%	0,63	0,64	0,65	0,66	0,66
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	на 100 тис.	7674,1	7893,4	8150,2	8433,2	8693,8
	%	4,27	4,32	4,43	4,56	4,72
Розлади психіки та поведінки	на 100 тис.	5069,3	4995,5	4922,2	4929,6	4940,7
	%	2,82	2,74	2,68	2,67	2,68

Клас хвороб	Показник	Рік				
		2008	2009	2010	2011	2012
Хвороби нервової системи	на 100 тис.	4553,9	4574,7	4594,7	4600,6	4588,0
	%	2,53	2,50	2,50	2,49	2,49
Хвороби ока та його придаткового апарату	на 100 тис.	8681,1	8788,5	8952,2	8963,4	8966,0
	%	4,83	4,81	4,87	4,85	4,87
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	на 100 тис.	3186,5	3219,7	3252,7	3236,0	3253,7
	%	1,77	1,76	1,77	1,75	1,77
Хвороби системи кровообігу	на 100 тис.	66722,8	67702,7	68687,3	69488,0	69984,5
	%	37,13	37,07	37,33	37,61	38,03
Хвороби органів дихання	на 100 тис.	23 758,7	25 172,1	24 483,5	24 005,4	22 595,5
	%	13,22	13,78	13,31	12,99	12,28
Хвороби органів травлення	на 100 тис.	18239,0	18421,3	18667,1	18856,3	18948,8
	%	10,15	10,09	10,15	10,21	10,30
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	на 100 тис.	3416,7	4111,5	4200,4	4139,4	4077,6
	%	1,90	2,25	2,28	2,24	2,22
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	на 100 тис.	10352,4	10382,0	10411,5	10379,4	10274,6
	%	5,76	5,68	5,66	5,62	5,58
Хвороби сечостатевої системи	на 100 тис.	10634,3	10830,1	10948,1	11032,7	10984,4
	%	5,92	5,93	5,95	5,97	5,97
Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	на 100 тис.	179,3	185,6	194,8	201,6	206,8
	%	0,10	0,10	0,11	0,11	0,11
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	на 100 тис.	5108,2	4890,3	5035,6	4816,8	4802,6
	%	2,84	2,68	2,74	2,61	2,61

У 2012 р. найбільш поширеною патологією серед дорослого населення були хвороби системи кровообігу (38,03%), хвороби органів дихання (12,28%) та хвороби органів травлення (10,30%), найменш поширеною – природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії (0,11%), хвороби крові й кровотворних органів (0,66%), хвороби вуха та соскоподібного відростка (1,77%).

У 2012 р. найвищі рівні поширеності хвороб серед дорослого населення зареєстровано в м. Києві (239 702,3 на 100 тис. відповідного населення), Вінницькій (211 798,3) і Дніпропетровській (210 397,3) областях, найнижчі – в АР Крим (141 826,6), Запорізькій (144 062,2) і Луганській (149 998,6) областях при середньому значенні по Україні у 2012 р. 184 012,7 на 100 тис. дорослого населення.

Високі рівні поширеності захворювань серед дорослого населення у 2012 р. свідчать про актуальність своєчасного виявлення патології, якісного її лікування для збереження працездатності дорослого населення, а це передбачає активну роботу та відповідне навантаження на медичні заклади означених територій.

Основу структури поширеності хвороб формували хвороби системи кровообігу (38,03%), хвороби органів дихання (12,28%), хвороби органів травлення (10,3%), хвороби сечостатевої системи (5,97%), хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (5,58%), хвороби ока та його придаткового апарату (4,87%), ендокринні хвороби (4,72%) та інші (18,25%) (рис. 2.8).

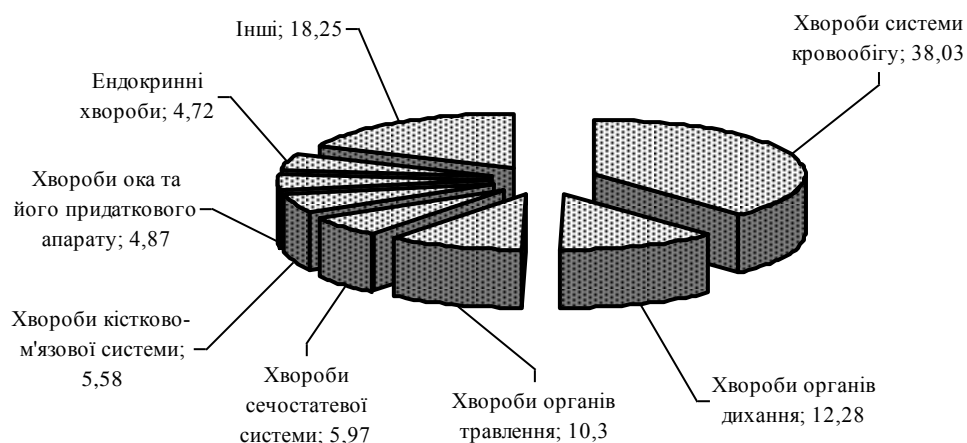


Рис. 2.8. Структура поширеності хвороб серед дорослого населення України у 2012 р. (%)

Як свідчать результати проведеного аналізу, за період 2008–2012 рр. поступово знизилася первинна захворюваність дорослого населення (-0,95%), водночас, зросла поширеність хвороб серед цієї вікової групи (+2,39%). За окремими класами хвороб збільшилися рівні і захворюваності, і поширеності: новоутворення (захворюваність +7,44%, поширеність +9,88%), хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму (+4,38% і +8,81% відповідно), хвороби ока та його придаткового апарату (+2,86% і +3,28% відповідно), хвороби вуха та соскоподібного відростка (+3,01% і +2,11% відповідно).

При збільшенні за означений період показників первинної захворюваності дорослого населення на ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин (+1,24%) суттєво зросла поширеність (+13,29%) за цим класом хвороб. Протилежна ситуація склалася щодо хвороб системи кровообігу (захворюваність -5,79%, поширеність +4,89%), хвороб органів травлення (захворюваність -3,88%, поширеність +3,89%).

Враховуючи, що головною демографічною складовою дорослого населення є особи працездатного віку, надалі можна очікувати на зменшення здорових осіб у складі основного трудового потенціалу країни.

Наведені дані вказують на складність проблеми щодо стану здоров'я дорослого населення країни та необхідність подальшої роботи в напрямі його збереження й зміцнення, характеризують серйозність завдань, які стоять перед практичною медициною.

2.3.3. Аналіз стану здоров'я населення працездатного віку

Демографічна криза в Україні є віддзеркаленням соціальних процесів, що відбуваються у світі, а відтак вимагає концентрації дій, спрямованих на збереження здоров'я населення. Особливої уваги потребують питання оцінки стану здоров'я дорослого населення як головного трудового потенціалу країни, від чого залежать показники економічного, соціально-культурного розвитку країни, її національної безпеки.

Як наголошується в Концепції наукового забезпечення розвитку охорони здоров'я України у 2012 р., «вивчення медико-демографічних характеристик, тенденцій захворюваності та поширеності хвороб серед різних вікових груп населення є важливою складовою планування стратегічних напрямків розвитку галузі охорони здоров'я, основою для розробки ефективної науково обґрунтованої системи збереження і зміцнення здоров'я населення працездатного віку».

Отже, оцінка стану і тенденцій здоров'я населення є необхідною умовою для ефективної діяльності системи охорони здоров'я як основа для планування лікувально-профілактичних заходів, розробки організаційних форм і методів роботи органів і закладів охорони здоров'я, а також для контролю за ефективністю їх діяльності щодо збереження і зміцнення здоров'я населення працездатного віку.

Як показано на рис. 2.9, у 2012 р. спостерігалися негативна динаміка поширеності хвороб і позитивна динаміка захворюваності серед осіб працездатного віку порівняно з 2008 р. У 2012 р. загалом зареєстровано 39 845 498,0 захворювання (у 2008 р. цей показник становив 40 837 412,0). Найвищі рівні захворюваності у 2012 р. зафіксовано в м. Києві (77 232,3), Івано-Франківській (76979,3) і Дніпропетровській (76 719,6 на 100 тис. відповідного населення) областях, найнижчі – в м. Севастополі (40 087,5),

АР Крим (41 540,7) і Запорізькій (43 822,1 на 100 тис. відповідного населення) області. У 13 регіонах країни рівні захворюваності були нижчими за загальнонаціональний показник (59 711,2), а в 14 регіонах – вищими. У 2012 р. найвищі показники рівнів поширеності хвороб серед осіб працездатного віку встановлено у Вінницькій (178 077) області, м. Києві (175 959,9) і Дніпропетровській (175 633,3 на 100 тис. відповідного населення) області; найнижчі рівні поширеності зафіксовано в м. Севастополі (97 389,4), Запорізькій (101 989,2) області і АР Крим (108 136,6). У 13 регіонах країни показники рівнів поширеності були нижчими за загальнонаціональний показник (147 000,8), у 14 – вищими.

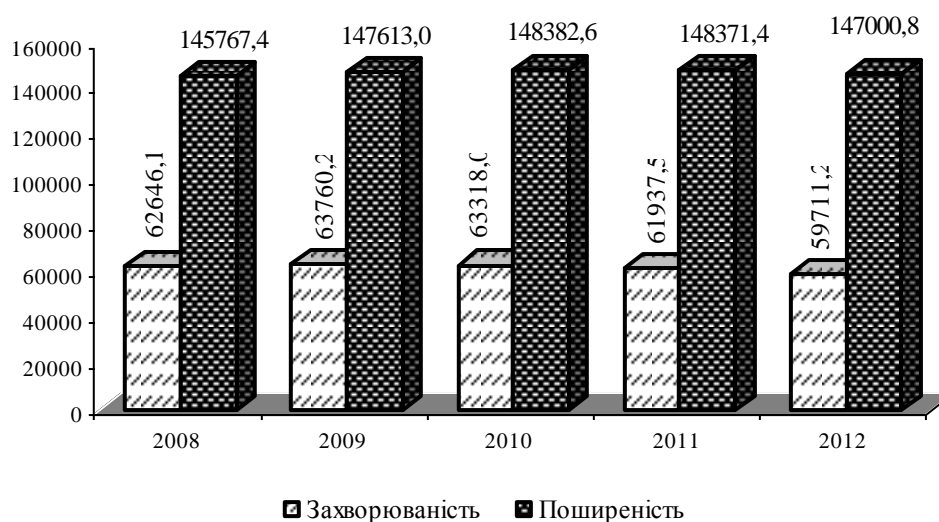


Рис. 2.9. Динаміка показників захворюваності та поширеності хвороб серед населення працездатного віку в Україні за 2008–2012 рр.

Провідне місце у структурі захворюваності й поширеності хвороб населення працездатного віку посіли хвороби органів дихання, які значною мірою визначили рівень тимчасової втрати працездатності, інвалідності і смертності працівників.

Захворюваність населення працездатного віку України у 2008–2012 рр.

Протягом п'ятирічного періоду (2008–2012 рр.) захворюваність на всі хвороби серед населення працездатного віку України характеризувалась нерівномірною динамікою (табл. 2.18). У 2009–2010 рр. показники рівнів захворюваності перевищили такий у 2008 р. (63 760,2 і 63 318,0 проти 62 646,1 відповідно). У 2011–2012 рр. рівні захворюваності цієї групи населення знизилися до 61 937,5 і 59 711,2 проти 62 646,1 відповідно.

**Захворюваність серед населення працездатного віку України
у 2008–2012 рр. за класами хвороб (на 100 тис. населення працездатного віку)**

Клас хвороб	Показник	Рік				
		2008	2009	2010	2011	2012
Усі хвороби		62646,1	63760,2	63318,0	61937,5	59711,2
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	на 100 тис.	2654,2	2564,3	2554,2	2587,0	2539,6
	%	4,24	4,02	4,03	4,18	4,25
Новоутворення	на 100 тис.	849,6	851,8	874,9	885,3	911,7
	%	1,36	1,34	1,38	1,43	1,53
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	на 100 тис.	272,6	281,8	286,9	280,8	278,5
	%	0,44	0,44	0,45	0,45	0,47
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	на 100 тис.	950,5	922,2	907,2	900,7	908,7
	%	1,52	1,45	1,43	1,45	1,52
Розлади психіки та поведінки	на 100 тис.	545,8	473,9	440,3	437,4	422,9
	%	0,87	0,74	0,70	0,71	0,71
Хвороби нервової системи	на 100 тис.	1777,4	1770,8	1768,6	1749,1	1723,0
	%	2,84	2,78	2,79	2,82	2,89
Хвороби ока та його придаткового апарату	на 100 тис.	2907,9	2940,5	3010,6	3052,1	3003,5
	%	4,64	4,61	4,75	4,93	5,03
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	на 100 тис.	2284,6	2311,5	2384,0	2351,8	2361,3
	%	3,65	3,63	3,77	3,80	3,95
Хвороби системи кровообігу	на 100 тис.	4440,6	4317,2	4253,0	4219,4	4183,0
	%	7,09	6,77	6,72	6,81	7,01
Хвороби органів дихання	на 100 тис.	22061,4	23864,0	23283,6	22513,2	20740,2
	%	35,22	37,43	36,77	36,35	34,73
Хвороби органів травлення	на 100 тис.	2647,8	2673,6	2617,6	2567,1	2530,2
	%	4,23	4,19	4,13	4,14	4,24
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	на 100 тис.	4035,5	3991,6	4072,6	3985,8	3926,5
	%	6,44	6,26	6,43	6,44	6,58
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	на 100 тис.	3459,9	3382,3	3372,4	3254,6	3146,6
	%	5,52	5,30	5,33	5,25	5,27
Хвороби сечостатевої системи	на 100 тис.	5819,2	5859,1	5913,1	5831,8	5725,1
	%	9,29	9,19	9,34	9,42	9,59
Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	на 100 тис.	29,8	27,5	26,6	27,7	26,3
	%	0,05	0,04	0,04	0,04	0,04
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	на 100 тис.	5470,4	5168,4	5284,7	5081,8	5083,0
	%	8,73	8,11	8,35	8,20	8,51

Збільшення рівнів захворюваності у 2012 р. відносно 2008 р. відбулося за 9 класами хвороб: деякі інфекційні та паразитарні хвороби, новоутворення, хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму, хвороби нервової системи, хвороби ока та його придаткового апарату, хвороби вуха та соскоподібного

відростка, хвороби органів травлення, хвороби шкіри та підшкірної клітковини, хвороби сечостатевої системи; зменшення рівнів – за 6 класами: розлади психіки та поведінки, хвороби системи кровообігу, хвороби органів дихання, хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини, природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії, травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників.

Найбільші показники приросту рівнів захворюваності серед працездатних осіб у 2012 р. порівняно із 2008 р. зареєстровано за такими класами хвороб: хвороби ока та його придаткового апарату (+0,39%), хвороби вуха та соскоподібного відростка (+0,30%) і хвороби сечостатевої системи (+0,30%). Найменші показники приросту захворюваності у 2012 р. були за такими класами хвороб: деякі інфекційні та паразитарні хвороби (+0,01%), хвороби органів травлення (+0,01%), хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму (+0,03%).

Водночас, знизилися рівні захворюваності серед працездатного населення України у 2012 р. з найбільшими показниками -0,49%, -0,25% і -0,22% відповідно за класами хвороб органів дихання, хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини, травм, отруєнь та деяких інших наслідків дії зовнішніх чинників. Найменше зниження показників рівнів захворюваності тієї ж групи населення встановлено за класами хвороб системи кровообігу, природжених вад розвитку, деформацій та хромосомних аномалій, розладів психіки та поведінки (-0,08%, -0,01%, -0,16% відповідно).

У 2012 р. порівняно з 2008 р. не змінилися рівні захворюваності за класом ендокринних хвороб, розладів харчування та порушень обміну речовин (0,00%).

За 2012 р. у структурі захворюваності працездатних осіб найбільші рівні зафіксовано за такими класами хвороб: хвороби органів дихання (34,73%), хвороби сечостатевої системи (9,59%), травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників (8,51%), хвороби системи кровообігу (7,01%), хвороби шкіри та підшкірної клітковини (6,58%), хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (5,27%), хвороби ока та його придаткового апарату (5,03%). На всі інші хвороби у структурі захворюваності припало 23,28% (рис. 2.10).

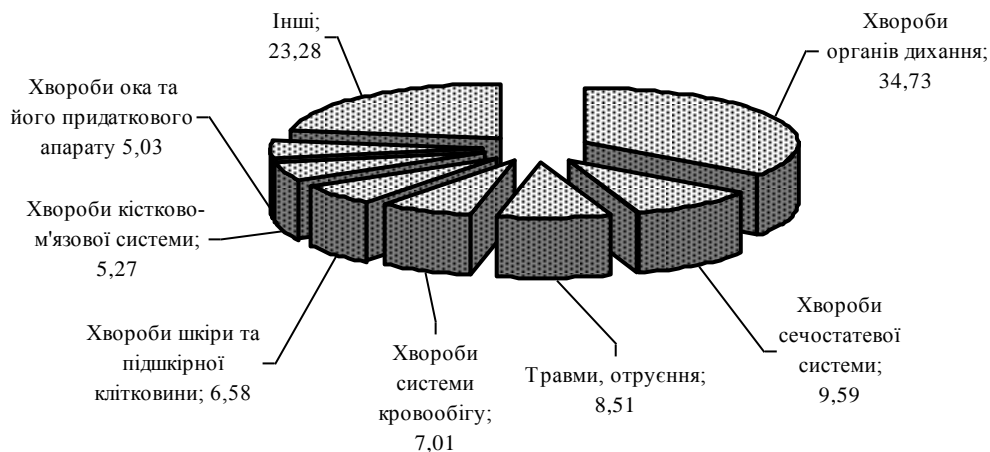


Рис. 2.10. Структура захворюваності серед населення працездатного віку у 2012 р. (%)

За останні п'ять років захворюваність на хвороби органів дихання коливалася в межах 20–22 тис. на 100 тис. населення, переважно за рахунок хронічної патології. У 2012 р. цей показник становив 20 740,2 на 100 тис. населення, що на 1321,2 (-0,49%) менше, ніж у 2008 р. Найвищі рівні захворюваності за цим класом у 2012 р. зареєстровано в м. Києві (30 532,5), Львівській (30 057,1) та Івано-Франківській (26 993,1) областях, найнижчі – в АР Крим (11 430,0), м. Севастополі (12 470,5) і Херсонській (13 509,8 на 100 тис. відповідного населення) області. Показник захворюваності на хвороби органів дихання населення працездатного віку у 2012 р. був меншим за загальнонаціональний (20 740,2) у 15 регіонах, а у 12 – перевищував його.

Хвороби сечостатевої системи у структурі захворюваності населення працездатного віку протягом 2012 р. посіли друге місце із загальнонаціональним показником 5725,1 (9,59%) на 100 тис. відповідного населення, що на 94,1 (+0,30%) більше, ніж у 2008 р. Найвищі рівні захворюваності у 2012 р. за цим класом хвороб встановлено у Дніпропетровській (9491,9) області, м. Києві (8734,5) і Житомирській (6839,6) області, найменші – в м. Севастополі (2335,5), Закарпатській (3464,1) і Сумській (4087,2 на 100 тис. відповідного населення) областях. Перевищення загальнонаціонального показника захворюваності на хвороби сечостатевої системи (5725,1) зареєстровано в 10 регіонах, в інших 17 регіонах не досягнуто його значення.

Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників у структурі захворюваності населення працездатного віку у 2008–2012 рр. посіли третє місце із загальнонаціональним показником 5083,0 (8,51%) на 100 тис. відповідного населення. У 2012 р. показник захворюваності зменшився на 387,4 (-0,22%) відносно рівня 2008 р. Найвищими за цим класом у 2012 р. були рівні захворюваності населення працездатного віку в м. Києві (8301,3), Київській (6,991,1) і Хмельницькій (6554,3) областях, найнижчими – у Чернівецькій (3016,2), Львівській (3329,5) і Тернопільській (3478,3 на 100 тис. відповідного населення) областях. Показник захворюваності у 2012 р. за цим класом хвороб був вищим (5083,0) за загальнодержавний у 13 регіонах, а нижчим – у 12 регіонах.

Хвороби системи кровообігу посіли четверте місце у структурі захворюваності населення працездатного віку із загальнонаціональним показником 4183,0 (7,01%) на 100 тис. відповідного населення. У 2012 р. зареєстровано зниження захворюваності на хвороби системи кровообігу серед працездатних осіб на 257,6 (-0,08%) від показника 2008 р. Максимальні рівні захворюваності у 2012 р. були в Харківській (6562,0), Івано-Франківській (6036,1) і Миколаївській (5868,8) областях, мінімальні – в м. Севастополі (1564,1), Запорізькій (2367,2) і Луганській (2461,8 на 100 тис. відповідного населення) областях. Показник захворюваності працездатного населення на хвороби системи кровообігу у 2012 р. був вищим за загальнонаціональний у 10 регіонах країни, а в 17 – не досягав його рівня.

Хвороби шкіри та підшкірної клітковини у структурі захворюваності населення працездатного віку за останні п'ять років зайняли п'яту рангову позицію за значенням загальнонаціонального показника захворюваності. У 2012 р. він дорівнював 3926,5 (або 6,58%), що на 0,14% (109,0) менше за показник 2008 р. (4035,5). Найвищі рівні захворюваності працездатних осіб за цим класом у 2012 р. встановлено в Івано-Франківській (5604,4), Львівській (5291,1) і Дніпропетровській (5085,1) областях, найнижчі – в Сумській (2681,9), Закарпатській (2864,6) і Миколаївській (2872,5 на 100 тис. відповідного населення) областях. Перевищення загальнонаціонального показника за рівнем захворюваності працездатних осіб у 2012 р. встановлено в 11 регіонах, тоді як у 16 регіонах його рівня не було досягнуто.

Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини у структурі захворюваності населення працездатного віку за останній п'ятирічний період

посіли шосте рангове місце за загальнонаціональним показником захворюваності. У 2012 р. він становив 3146,6 на 100 тис. відповідного населення з питомою вагою у структурі захворюваності 5,27%, що менше за показник 2008 р. (3459,9 на 100 тис. відповідного населення) на 0,25%. Найбільші рівні захворюваності за цим класом серед працездатного населення у 2012 р. зафіксовано в Дніпропетровській, Рівненській і Волинській областях із показниками 5312,8, 4336,0 і 4175,5 на 100 тис. населення працездатного віку відповідно, найменші – в АР Крим, Житомирській і Луганській областях із відповідними показниками 1563,2, 1775,5 і 1845,9. У 2012 р. перевищено загальнонаціональний показник за рівнем захворюваності за цим класом серед осіб працездатного віку в 14 регіонах, а в 13 регіонах його не було досягнуто.

Хвороби ока та його придаткового апарату посіли сьоме рангове місце у структурі захворюваності населення працездатного віку за 2008–2012 рр. із загальнонаціональним показником захворюваності у 2012 р. 3003,5 на 100 тис. відповідного населення (5,03%). За п'ять років рівень захворюваності зріс на 0,39% (з 2907,9 на 100 тис. відповідного населення у 2008 р.). Найвищі рівні захворюваності працездатного населення за цим класом у 2012 р. зафіксовано у Львівській, Рівненській та Івано-Франківській областях із показниками 4392,0, 4311,0 і 4282,2 відповідно, найнижчі – в м. Севастополі, АР Крим і Житомирській області з показниками 1238,2, 1482,9 і 1746,6 на 100 тис. населення працездатного віку відповідно. Загальнонаціональний показник захворюваності був перевищений у 13 регіонах, в інших 14 – не був досягнутий.

Поширеність хвороб серед населення працездатного віку України у 2008–2012 рр.

Протягом п'ятирічного періоду (2008–2012 рр.) найбільш поширеними серед населення працездатного віку були такі 7 класів хвороб: хвороби системи кровообігу (24,08%), хвороби органів дихання (17,70%), хвороби органів травлення (10,83%), хвороби сечостатевої системи (7,82%), хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (5,49%), хвороби ока та його придаткового апарату (4,79%), травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників (3,70%). На всі інші класи хвороб припало 25,59% (рис. 2.11).

Динаміка змін показників поширеності хвороб за 2008–2012 рр. була мінливою і характеризувалась то зменшенням, то збільшенням рівнів.

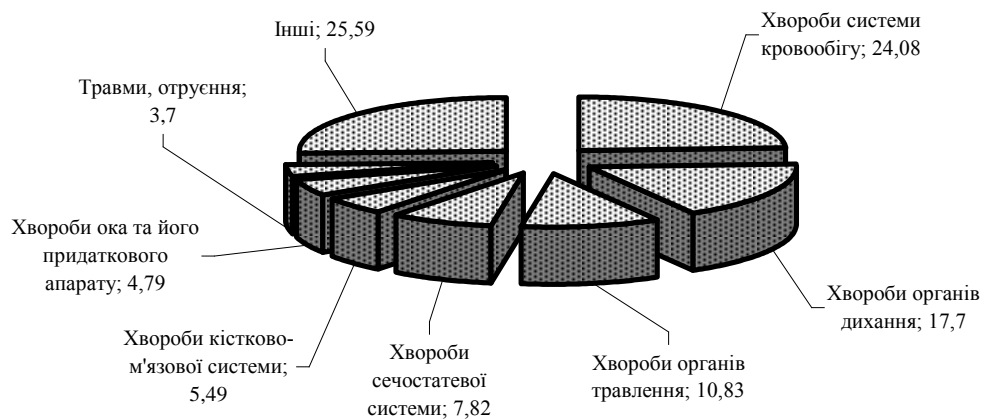


Рис. 2.11. Структура поширеності хвороб серед населення працездатного віку у 2012 р. (%)

Усі хвороби були найбільш поширеними серед населення працездатного віку у 2012 р. у Вінницькій області (178 077,3), м. Києві (175 959,9) і Дніпропетровській області (175 633,3), найменш поширеними – в м. Севастополі (97 389,4), Запорізькій області (1019 889,2) і АР Крим (108 136,6 на 100 тис осіб відповідного населення). За 2012 р. у 14 регіонах спостерігалися перевищення загальнонаціонального показника поширеності хвороб (147 000,8), а в 13 – не досягнуто його рівня.

Показник поширеності усіх хвороб серед населення працездатного віку у 2012 р. порівняно з 2008 р. зріс від 0,02% до 1,21% за 8 із 16 класів хвороб: новоутворення; хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму; ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин; хвороби ока та його придаткового апарату; хвороби вуха та соскоподібного відростка; хвороби системи кровообігу; хвороби органів травлення; природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії (табл. 2.19). Показники поширеності хвороб зменшилися в діапазоні від -0,04% до -0,95%.

Таблиця 2.19

Поширеність хвороб серед населення працездатного віку України у 2008–2012 рр. за класами (на 100 тис. населення працездатного віку)

Клас хвороб	Показник	Рік				
		2008	2009	2010	2011	2012
Усі хвороби		145767,4	147613,0	148382,6	148371,4	147000,8
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	на 100 тис.	4305,6	4243,8	4192,1	4348,4	4250,2
	%	2,95	2,87	2,83	2,93	2,89
Новоутворення	на 100 тис.	2912,0	2936,9	3004,1	3063,4	3158,4
	%	2,00	1,99	2,02	2,06	2,15

Клас хвороб	Показник	Рік				
		2008	2009	2010	2011	2012
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	на 100 тис.	1149,0	1183,7	1209,8	1224,7	1214,7
	%	0,79	0,80	0,82	0,83	0,83
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	на 100 тис.	6645,5	6692,5	6796,6	6892,8	7052,3
	%	4,56	4,53	4,58	4,65	4,80
Розлади психіки та поведінки	на 100 тис.	5726,7	5617,4	5533,9	5557,9	5569,7
	%	3,92	3,81	3,73	3,75	3,79
Хвороби нервової системи	на 100 тис.	5516,6	5493,0	5511,7	5500,0	5497,0
	%	3,78	3,72	3,71	3,71	3,74
Хвороби ока та його придаткового апарату	на 100 тис.	6788,0	6856,5	7019,4	7028,3	7037,7
	%	4,66	4,64	4,73	4,74	4,79
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	на 100 тис.	3015,2	3047,3	3105,3	3074,6	35 402,7
	%	2,07	2,06	2,09	2,07	2,41
Хвороби системи кровообігу	на 100 тис.	33340,3	33739,4	34281,2	35078,6	35402,7
	%	22,87	22,86	23,10	23,64	24,08
Хвороби органів дихання	на 100 тис.	27187,7	29068,6	28584,5	27798,2	26014,2
	%	18,65	19,69	19,26	18,74	17,70
Хвороби органів травлення	на 100 тис.	15754,0	15677,8	15791,5	15822,6	15918,7
	%	10,81	10,62	10,64	10,66	10,83
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	на 100 тис.	4849,5	4784,3	4880,6	4780,9	4741,4
	%	3,33	3,24	3,29	3,22	3,23
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	на 100 тис.	8357,9	8254,7	8273,4	8157,2	8064,6
	%	5,73	5,59	5,58	5,50	5,49
Хвороби сечостатевої системи	на 100 тис.	11188,3	11333,2	11487,0	11565,0	11495,2
	%	7,88	7,68	7,74	7,79	7,82
Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	на 100 тис.	339,5	342,8	356,6	365,0	372,8
	%	0,23	0,23	0,24	0,25	0,25
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	на 100 тис.	5807,3	5529,8	5653,0	5447,0	5433,5
	%	3,98	3,75	3,81	3,67	3,70

У 2012 р. провідною патологією у структурі поширеності хвороб були хвороби системи кровообігу, яких зареєстровано понад 9,5 млн звернень, або 35 402,7 на 100 тис. відповідного населення. Порівняно з 2008 р. у 2012 р. зріс рівень поширеності хвороб системи кровообігу на 1,21%. Найбільші показники поширеності цього класу хвороб зафіксовано в Чернівецькій (54 847,3), Закарпатській (44 703,0) та Івано-Франківській (42 470,0) областях, найменші – в м. Севастополі (21 752,5), Запорізькій (25 073,6) і Сумській (25 178,9 на 100 тис. відповідного населення) областях. Перевищення загальнонаціонального показника поширеності хвороб серед

населення працездатного віку у 2012 р. виявлено в 15 регіонах країни, в інших 12 – рівень цього показника не досягнутий.

Друге місце у структурі поширеності хвороб серед працездатного населення у 2012 р. посіли хвороби органів дихання із загальнонаціональним показником 26 014,2 (або 17,70%), який зменшився проти показника 2008 р. на 0,95%. Найвищі рівні поширеності цієї патології виявлено в м. Києві (38 445,6), Львівській (34 237,4) і Дніпропетровській (32 755,7) областях, найменші – в АР Крим (15 022,3), м. Севастополі (15 641,0) і Запорізькій (17 845,1 на 100 тис. відповідного населення) області. Перевищення загальнонаціонального показника поширеності за цим класом хвороб серед населення працездатного віку у 2012 р. встановлено у 13 регіонах, а в 14 – рівень даного показника не досягнутий.

На третьому місці у 2012 р. були хвороби органів травлення із загальнодержавним показником 15 918,7 (10,83%), що перевищило показник 2008 р. на 0,02%. Найвищі рівні поширеності хвороб органів травлення серед населення працездатного віку у 2012 р. були в м. Києві, Чернігівській і Закарпатській областях (22 004,3, 20 827,7 і 20 088,8 відповідно), найнижчі – в АР Крим, Запорізькій і Луганській областях (5450,5, 5969,1 і 8885,9 на 100 тис. відповідного населення). Перевищення державного показника поширеності хвороб серед населення працездатного віку у 2012 р. виявлено у 17 регіонах.

Четверте місце за поширеністю у 2012 р. посіли хвороби сечостатевої системи з національним показником 11 495,2 (або 7,82%), що менше за показник 2008 р. на 0,06%. Найвищі рівні поширеності хвороб сечостатевої системи серед населення працездатного віку виявлені в мешканців м. Києва (17 492,8), Дніпропетровської (16 621,5) і Харківської (14 116,5) областей, найнижчі – м. Севастополя (6084,8), Закарпатської (7564,5) і Луганської (7972,9 на 100 тис. відповідного населення) областей. Перевищення національного показника поширеності за цим класом хвороб у 2012 р. встановлено в 9 регіонах країни.

Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини з національним показником 8064,6 (або 5,49%) посіли п'яте місце у структурі поширеності хвороб населення працездатного віку за 2012 р. зі зменшенням національного показника на 0,24% відносно 2008 р. Максимальні рівні поширеності даної патології зареєстровано серед мешканців

Дніпропетровської (11 421,2), Волинської (11 380,5) областей і м. Києва (10 529,1), мінімальні – АР Крим (4123,3), Луганської (4772,2) і Запорізької (5331,9 на 100 тис. відповідного населення) областей. Перевищення національного показника за рівнями поширеності мали 12 регіонів, інші 15 регіонів не досягли його рівня.

На шостому місці за поширеністю хвороб населення працездатного віку у 2012 р. були хвороби ока та його придаткового апарату з національним показником 7037,7 (4,79%). У 2012 р. порівняно з 2008 р. дана патологія зросла на 0,13%. Найвищі рівні поширеності хвороб цього класу серед працездатних осіб у 2012 р. встановлено в Рівненській (9829,6), Львівській (9066,7) областях і м. Києві (8838,0), найменші – в м. Севастополі (3893,3), АР Крим (4205,6) і Запорізькій (4869,4 на 100 тис. відповідного населення) області. Перевищення рівня національного показника поширеності спостерігалось у 12 регіонах, у 15 – його не було досягнуто.

На сьомому місці у структурі поширеності хвороб серед працездатних осіб у 2012 р. були травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників з національним показником 5433,5 (3,70%), що менше на 0,28% за показник 2008 р. Найвищі рівні поширеності хвороб цього класу встановлено у 2012 р. серед працездатного населення м. Києва (8681,1), Київської (7271,7) і Хмельницької (6941,1) областей, найнижчі – Чернівецької (3047,4), Львівської (3591,2) областей і м. Севастополя (3756,4 на 100 тис. відповідного населення). Рівень національного показника поширеності за даним класом хвороб був перевищений у 13 регіонах, в інших 14 – не досягнутий.

Таким чином, проблемними за станом здоров'я населення працездатного віку регіонами у 2012 р., як і раніше, були Вінницька, Дніпропетровська області та м. Київ.

Можна передбачити, що із проаналізованих 7 класів хвороб 5 (хвороби органів дихання, хвороби системи кровообігу, хвороби сечостатевої системи, хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини, травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників) стануть провідними у формуванні захворюваності й поширеності хвороб серед населення працездатного віку, а відтак можна очікувати зниження участі працездатного населення в соціально-економічних процесах країни.

У 2013–2014 рр. державна політика у сфері охорони здоров'я спрямована на посилення профілактики та забезпечення раннього виявлення захворювань, підвищення якості медичної допомоги та доступності медичних послуг, поліпшення ефективності державного фінансування та створення стимулів для ЗСЖ населення, а значить – і здорових умов праці.

2.3.4. Характеристика стану здоров'я населення старших вікових груп

Постаріння населення є однією з найбільш актуальних проблем сучасності. За прогнозами ООН, до 2025 р. населення світу зросте порівняно з 1950 р. утричі, кількість людей літнього віку – в 6 разів, а число людей, старших за 80 років, – в 10 разів. Крім того, до 2050 р. чисельність людей у віці, старшому за працездатний, у світі вперше буде вищою за чисельність молодих.

Процес старіння приводить до зниження рівня працездатності, фізичної та психічної активності, погіршення здатності до самообслуговування, що збільшує потребу даної категорії населення в соціальних послугах. Із віком накопичується хронічна патологія. Більшість захворювань набувають атипового перебігу, супроводжуються частими загостреннями та ускладненнями, що приводить до обмеження або втрати здоров'я. З огляду на це ВООЗ рекомендує акцентувати увагу програм державної політики на вирішення особливих потреб людей старшого віку.

За даними Центру медичної статистики МОЗ України, у 2012 р. серед осіб у віці, старшому за працездатний, зареєстровано всього 32 млн 163 573,0 тис. захворювань (283 266,8 на 100 тис. відповідного населення), у т.ч. зі встановленим уперше діагнозом – 5 млн 647 051,0 тис. осіб (49 734,0).

При аналізі стану здоров'я населення обов'язково мають враховуватися особливості структури захворюваності та поширеності хвороб. Так, у 2012 р. основу структури захворюваності населення у віці, старшому за працездатний, формували: хвороби органів дихання (23,22%), хвороби системи кровообігу (19,96%), хвороби ока та його придаткового апарату (9,07%), хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (7,52%), травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників (7,25%). Сумарна частка цих класів хвороб становила 67,02%. Щодо структури поширеності хвороб, то в ній домінували: хвороби системи кровообігу (52,06%), хвороби органів травлення (9,57%), хвороби органів дихання

(7,70%), хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (5,96%), хвороби ока та його придаткового апарату (5,28%). Частка цих класів дорівнювала 80,57% (табл. 2.20).

Таблиця 2.20

Структура захворюваності та поширеності хвороб серед населення у віці, старшому за працездатний, в Україні протягом 2012 р. за провідними класами хвороб

Клас хвороб	Захворюваність		Поширеність	
	на 100 тис. відповідного населення	%	на 100 тис. відповідного населення	%
Усі хвороби, у т.ч.:	49734,0		283266,8	
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	1219,3	2,45	2140,8	0,76
Новоутворення	1456,0	2,93	9060,2	3,20
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	198,0	0,40	1377,5	0,49
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	1221,8	2,46	13769,4	4,86
Розлади психіки та поведінки	308,3	0,62	3568,1	1,26
Хвороби нервової системи	1189,4	2,39	3548,4	1,25
Хвороби ока та його придаткового апарату	4512,1	9,07	14955,0	5,28
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	2487,8	5,00	3876,0	1,37
Хвороби системи кровообігу	9926,5	19,96	147465,1	52,06
Хвороби органів дихання	11549,9	23,22	21824,7	7,70
Хвороби органів травлення	2381,0	4,79	27101,6	9,57
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	2769,2	5,57	3373,9	1,19
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	3742,1	7,52	16890,7	5,96
Хвороби сечостатевої системи	3046,0	6,12	10193,8	3,60
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	3608,2	7,25	3848,3	1,36

Аналіз статистичних даних у динаміці (2008–2012 рр.) продемонстрував позитивну тенденцію до поступового зменшення рівнів захворюваності взагалі та за провідними в її структурі класами, за винятком хвороб ока та його придаткового апарату. Зокрема, за всіма хворобами показники зменшились на -2,91% порівняно з 2008 р. та -2,51% – з 2011 р. Щодо домінуючих у структурі класів найбільш значні зміни зареєстровано серед хвороб органів дихання (-6,62% і -7,29%); хвороб системи кровообігу (-6,59% і -1,19%); хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини (-4,91% і -1,55%) відповідно. Водночас, порівняно з 2008 р. збільшилися рівні захворюваності хвороб ока та його придаткового апарату (0,46%), а травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників зросли на 0,55% порівняно з минулим роком (табл. 2.21).

Динаміка показників первинної захворюваності населення у віці, старшому за працездатний, за провідними класами хвороб у 2008, 2011, 2012 рр.

Клас хвороб	Відносний показник на 100 тис. відповідного населення			Зміни (%)	
	2008 р.	2011 р.	2012 р.	2012/2008	2012/2011
Хвороби органів дихання	12368,6	12458,5	11549,9	-6,62	-7,29
Хвороби системи кровообігу	10626,5	10045,9	9926,5	-6,59	-1,19
Хвороби ока та його придаткового апарату	4491,3	4543,3	4512,1	0,46	-0,69
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	3935,5	3801,2	3742,1	-4,91	-1,55
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	3650,3	3588,3	3608,2	-1,15	0,55
Усього	51226,0	51016,3	49734,0	-2,91	-2,51

Показники поширеності усіх хвороб мали стійку тенденцію до зростання, лише в 2012 р. вони незначно зменшилися (-0,51% порівняно з попереднім роком). За 5-річний період зріс рівень загальної захворюваності за більшістю провідних класів, окрім хвороб органів дихання. Так, хвороби органів травлення збільшилися на 6,17%, хвороби системи кровообігу – на 2,15%, хвороби ока та його придаткового апарату – на 0,98%, хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини – на 0,44%. Водночас, порівняно з минулим роком за всіма вказаними класами ці показники незначно знизилися. Слід зазначити, що за класом хвороб органів дихання спостерігалася тенденція до зниження рівнів загальної захворюваності за увесь звітний період (-3,15%) і порівняно з минулим роком (-4,66%), (табл. 2.22).

Динаміка показників загальної захворюваності населення у віці, старшому за працездатний, за провідними класами хвороб у 2008, 2011, 2012 рр.

Клас хвороб	Відносний показник на 100 тис. відповідного населення			Зміни (%)	
	2008 р.	2011 р.	2012 р.	2012/2008	2012/2011
Хвороби системи кровообігу	144366,1	147800,2	147465,1	2,15	-0,23
Хвороби органів травлення	25526,6	27174,6	27101,6	6,17	-0,27
Хвороби органів дихання	22534,6	22891,6	21824,7	-3,15	-4,66
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	16816,3	17153,6	16890,7	0,44	-1,53
Хвороби ока та його придаткового апарату	14809,7	15063,5	14955,0	0,98	-0,72
Усього	275334,0	284724,3	283266,8	2,88	-0,51

Для розробки програм із метою збереження та поліпшення здоров'я населення непрацездатного віку поряд із динамікою змін показників захворюваності та поширеності хвороб важливим є вивчення регіональних особливостей вікозалежної патології. Як видно з таблиці 2.23, із 27 регіонів України рівні захворюваності, вищі за загальноукраїнський показник (49 734,0 на 100 тис. відповідного населення), зареєстровано в 10 областях і м. Києві, а поширеності (283 66,8) – у 8 областях і містах Києві та Севастополі. За показником захворюваності максимальні значення та, відповідно, три останні рангові місця належали Івано-Франківській (64 659,4), Львівській (71 517,0) областям та м. Києву (83 199,3). Найменші показники зафіксовано в АР Крим (34 891,3 на 100 тис. населення похилого віку), Житомирській (34 991,7), Сумській (33 626,5) та Луганській (30 838,3) областях.

Таблиця 2.23

**Рангові місця адміністративних територій України
відносно загальноукраїнського показника у 2012 р. (усі хвороби)**

Рангове місце	Адміністративно-територіальна одиниця	Поширеність (на 100 тис. відповідного населення)	Рангове місце	Адміністративно-територіальна одиниця	Захворюваність (на 100 тис. відповідного населення)
1	АР Крим	232802,3	1	Луганська	30838,3
2	Чернівецька	237028,6	2	Сумська	33626,5
3	Луганська	243648,2	3	АР Крим	34891,3
4	Рівненська	245571,0	4	Житомирська	34991,7
5	Кіровоградська	245907,0	5	Полтавська	35999,9
6	Запорізька	246247,7	6	Кіровоградська	36521,0
7	Сумська	248632,7	7	м. Севастополь	37284,3
8	Івано-Франківська	256752,7	8	Донецька	39483,1
9	Волинська	257128,0	9	Запорізька	42328,1
10	Закарпатська	257976,1	10	Київська	45542,3
11	Житомирська	258678,2	11	Рівненська	45828,6
12	Львівська	262689,9	12	Тернопільська	46043,1
13	Донецька	264340,5	13	Хмельницька	46084,2
14	Тернопільська	270563,0	14	Миколаївська	47691,6
15	Херсонська	272984,7	15	Чернівецька	48185,1
16	Хмельницька	277070,2	16	Херсонська	48479,0
17	Полтавська	277712,1	Україна		49734,0
Україна		283266,8	17	Волинська	49910,3
18	Миколаївська	283853,9	18	Чернігівська	50678,0
19	Чернігівська	285658,0	19	Вінницька	53865,1
20	Київська	291079,4	20	Черкаська	54537,2
21	Вінницька	298733,6	21	Закарпатська	56731,5
22	Дніпропетровська	299005,7	22	Дніпропетровська	57443,3
23	Харківська	311190,2	23	Харківська	58222,5
24	Черкаська	312688,2	24	Одеська	58315,5
25	Одеська	319667,7	25	Івано-Франківська	64659,4
26	м. Севастополь	377513,2	26	Львівська	71517,0
27	м. Київ	432503,7	27	м. Київ	83199,3

За поширеністю хвороб найбільш значне перевищення, як і в попередньому році, зафіксовано у містах Києві (432 503,7 на 100 тис. відповідного населення) і Севастополі (377 513,2). Мінімальні рівні загальної захворюваності спостерігались у Луганській (243 648,2), Чернівецькій (237 028,6) областях та в АР Крим (232 802,3).

Найбільш проблемним регіоном за показниками захворюваності та поширеності хвороб серед населення похилого віку у 2012 р., як і в 2011 р., стало м. Київ (на останніх 27-х рангових місцях).

Таким чином, у 2012 р., хоча і виявлено позитивну тенденцію до зменшення захворюваності взагалі та за більшістю провідних класів хвороб порівняно з 2008 р. та 2011 р., поширеність хвороб мала чітку динаміку до зростання. Проте порівняно з минулим роком виявлено деяке їх зменшення, що дало надію на стабілізацію показників здоров'я. Отримані дані вказали на особливості стану здоров'я населення старшого віку, що потребує додаткової уваги при розробці програм збереження здоров'я в старості як на державному, так і на регіональному рівнях.

3. НОРМАТИВНО-ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ РОЗВИТКУ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Розвиток нормативно-правової бази галузі охорони здоров'я України (період 1991–2000 рр.)

У формуванні системи охорони здоров'я незалежної України умовно можна виділити три періоди: перший – 1991–2000 рр., другий – 2001–2004 рр., а третій – з 2005 р. і дотепер.

Найхарактернішою особливістю першого періоду стала глибока економічна криза на початку 90-х років. У цих умовах адаптація системи охорони здоров'я була ускладнена потребою переходу від екстенсивного шляху розвитку до інтенсивного. Політика екстенсивного розвитку не тільки вичерпала себе, але й спричинила суттєві диспропорції між стаціонарною та амбулаторно-поліклінічною складовими медичної допомоги, неефективним використанням обмежених і розпорошених ресурсів галузі.

У цей період Верховною Радою України прийнято (1992 р.) базовий для галузі закон – Основи законодавства України про охорону здоров'я, яким визначено, відповідно до європейських стандартів щодо розвитку системи охорони здоров'я та захисту прав людини, основні принципи державної політики. Цим законом урегульовано правові засади розбудови системи охорони здоров'я на якісно нових підходах. Зокрема, задекларовано можливість багатоканального фінансування галузі за рахунок коштів бюджету, медичного страхування, власних коштів громадян, благодійних внесків та інших не заборонених законом джерел фінансування, створення базового пакету безоплатних медичних послуг; створення системи медичного страхування; проведення децентралізації та започаткування самоврядування медичних закладів і працівників. Однак на шляху реалізації проголошених у законі принципів з огляду на соціально-економічну кризу постала проблема запобігання процесам дестабілізації існуючої системи охорони здоров'я, збереження досягнутого рівня обсягів та якості медичної допомоги. З цією метою нормативно-правове регулювання суспільних відносин у галузі спрямовувалося на підвищення структурної ефективності охорони здоров'я шляхом: пріоритетного розвитку первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД); інтенсифікації впровадження стаціонарозамінних технологій;

скорочення надлишкового та неефективно використовуваного ліжкового фонду, медичних закладів, штатів лікарського та іншого медичного персоналу; введення стандартів медичної допомоги, а також проведення акредитації закладів охорони здоров'я (ЗОЗ).

У 1996 р. Конституцією України визначено, що «... людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканість і безпека визнані в Україні найвищою соціальною цінністю ... Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування ... Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності». Водночас, у статті 49 Конституції України фактично скасовано приписи Основ законодавства України про охорону здоров'я в частині можливості скорочення мережі ЗОЗ і створення базового пакету медичних послуг для подання населенню безоплатної медичної допомоги за рахунок публічних джерел фінансування. Приписи цієї статті фактично стали гальмівними чинниками подальших реформ у системі охорони здоров'я, оскільки реорганізація мережі державних і комунальних ЗОЗ визнана ефективним інструментом раціонального використання ресурсів, а базовий пакет медичних послуг, забезпечений коштами, – інструментом нормування державних гарантій безоплатності їх подання населенню в державних і комунальних ЗОЗ.

Становлення нових суспільних відносин у державі, значне коло проблем у системі охорони здоров'я організаційно-медичного, цивільного, адміністративного, кримінально-правового характеру, різке погіршення стану здоров'я населення, негативні демографічні процеси потребували подальшого регулювання забезпечення соціальних та особистих прав людини у сфері охорони здоров'я. У цей період до 2000 р. Верховною Радою України, Президентом України, Кабінетом Міністрів України (КМУ), з метою забезпечення ефективного та якісного медичного обслуговування населення, поліпшення діяльності ЗОЗ, забезпечення системного підходу до охорони здоров'я населення в усіх сферах діяльності держави, прийнято низку найважливіших законодавчих актів. Серед них особливо значущими для проведення реформ у галузі були законодавчі акти стосовно забезпечення

санітарного та епідемічного благополуччя населення (1994 р.), донорства населення від інфекційних захворювань (Закон України, 2000 р.).

Значний вплив на поліпшення організації медичного обслуговування та задоволення потреб населення мали національні програми, затверджені Указами Президента України: «Планування сім'ї» (1995 р.), «Діти України» (1996 р.), «Здоров'я осіб похилого віку» (1997 р.), «Програма профілактики і лікування артеріальної гіпертензії» (1999 р.), «Цукровий діабет» (1999 р.), «Цільова комплексна програма генетичного моніторингу» (1999 р.).

З 2000 р. в Україні економічна ситуація дещо стабілізувалася, що стало вирішальним фактором прискорення та ефективного проведення реформ у галузі охорони здоров'я, правові засади яких викладено в Концепції розвитку охорони здоров'я населення України, затвердженій Указом Президента України (2000 р., № 1313/2000) і спрямованій на реалізацію положень Конституції та законів України щодо: забезпечення доступної кваліфікованої медичної допомоги кожному громадянину України; запровадження нових ефективних механізмів фінансування та управління у сфері охорони здоров'я; створення умов для формування здорового способу життя (ЗСЖ). Концепцією передбачено: досягнення ефективних результатів щодо збереження та зміцнення здоров'я населення, продовження активного довголіття і тривалості життя; створення правових, економічних та управлінських механізмів реалізації конституційних прав громадян України на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування; забезпечення гарантованого рівня надання безоплатної кваліфікованої медичної допомоги; формування керованого ринку платних медичних послуг; сприяння діяльності ЗОЗ усіх форм власності, ефективне використання кадрових фінансових і матеріальних ресурсів; солідарну участь держави, роботодавців, територіальних громад та окремих юридичних і фізичних осіб у фінансуванні послуг із надання громадянам медичної допомоги. У Законі «Про закупівлю товарів, робіт і послуг за державні кошти» (2000 р.) визначено принципово нові засади фінансування медичних послуг, зміст яких полягав у можливості їх закупівлі у виробників незалежно від форми власності на договірній основі за державні кошти. У цьому ж році МОЗ врегульовано ліцензійні умови господарської діяльності, пов'язаної зі провадженням медичної практики згідно із Законом України «Про ліцензування певних видів господарської діяльності» (2000 р.). За цими

умовами ліцензуванню підлягали усі суб'єкти будь-якої форми власності та організаційної форми діяльності.

Створена в 1991–2000 рр. нормативно-правова база галузі за своїми принципами та підходами щодо регулювання суспільних відносин у системі охорони здоров'я переважно відповідає нормам міжнародного права. Водночас, темпи реалізації прийнятих нормативно-правових актів були вкрай повільними, особливо в частині приписів щодо управління та фінансування галузі. Основна причина такої ситуації полягала в необхідності удосконалення правових засад для започаткування поступового переходу від командно-адміністративної моделі фінансування та управління до контрактної моделі, орієнтованої на регульований ринок, соціальне підприємництво, договірні відносини та автономію лікувальних ЗОЗ як постачальників медичних послуг.

3.2. Правове забезпечення процесів реформування системи охорони здоров'я у 2001–2013 рр.

Подальше правове забезпечення процесів реформування системи охорони здоров'я у 2001–2004 рр. відбувалося відповідно до темпів економічного зростання. У 2001 р. Верховною Радою України прийнято Бюджетний кодекс, яким визначено порядок фінансування бюджетних державних і комунальних ЗОЗ, в основу якого покладено постатейний кошторис витрат. Водночас, приписи Бюджетного кодексу дали змогу отримати бюджетні кошти ЗОЗ, які мали статус державного, комунального або приватного підприємства, а також професійними працівниками, які здійснювали медичну практику. Для галузі охорони здоров'я суттєве значення у врегулюванні справедливих і рівних умов фінансування різних регіонів мала постанова Уряду України (2001 р.), якою затверджено формулу розподілу обсягів міжбюджетних трансферів, що визначалися фінансовими нормативами бюджетної забезпеченості та коригувальними коефіцієнтами до них із розрахунку на душу населення.

З метою започаткування раціональної фармацевтичної політики затверджено Національний перелік основних (життєво необхідних) лікарських засобів і виробів медичного призначення (2001 р.), однак при цьому не враховано рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), що й спричинило неефективність його впровадження.

На виконання постанови КМУ «Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я» (2000 р.) МОЗ у 2001 р. затверджено план поетапного переходу до організації ПМСД на засадах загальної практики / сімейної медицини (ЗП/СМ) і прийнято низку нормативних актів, якими визначено статус ЛЗП/СЛ і медичної сестри ЗП/СМ, амбулаторії чи відділення ЗП/СМ, встановлено нормативи навантаження та розрахункові норми обслуговування населення, затверджено положення про денний та домашній стаціонари тощо.

Перехід України до ринкових відносин, трансформація в соціально-економічній сфері, надзвичайне техногенне навантаження густонаселених територій держави, зумовлених непропорційним розвитком екологічно небезпечних галузей промисловості (хімічної, металургійної, гірничої, енергетичної) із застарілою технологією і браком ефективних засобів знешкодження шкідливих відходів і захисту довкілля, Чорнобильська катастрофа створили вкрай незадовільну екологічну ситуацію. Ці та інші чинники обумовили зниження якості життя багатьох громадян, погіршення стану здоров'я населення, що потребувало вдосконалення державної політики у сфері охорони здоров'я. На базі рекомендацій Європейського регіонального бюро ВООЗ і Загальноєвропейської політики «Здоров'я для всіх», яка передбачала, що з 2010 р. усі члени Європейського регіонального бюро ВООЗ повинні здійснювати цю політику, у 2002 р. в Україні затверджено Міжгалузеву комплексну програму «Здоров'я нації» на 2002–2011 рр., заходи якої спрямовані на: зниження рівня захворюваності, інвалідності та смертності; збереження працездатності; подовження тривалості активного життя; поліпшення демографічної ситуації; зміцнення здоров'я всіх верств населення; підвищення якості та ефективності ПМСД; забезпечення соціальної справедливості і прав громадян на її отримання; удосконалення фінансування, організації та управління галуззю, а також соціально-економічний захист працівників охорони здоров'я. У цьому році постановою Верховної Ради України рекомендовано усім рівням виконавчої влади забезпечити реальні перетворення у системі охорони здоров'я на підставі Закону України «Про закупівлю товарів, робіт і послуг за державні кошти» щодо закупівлі медичних послуг; забезпечення зміни господарсько-правового статусу ЗОЗ із метою надання їм більшої автономії; прискорення розробки і впровадження в медичну практику соціальних нормативів, створення уніфікованих підходів щодо визначення вартості медичних послуг.

В Україні виникла складна епідемічна ситуація з туберкульозом, Захворюваність на цю хворобу порівняно з 1990 р. зросла майже утричі, у багатьох осіб діагностовано важкі та занедбані форми туберкульозу. З метою забезпечення ефективного впливу заходів щодо боротьби з цим захворюванням, у 2001 р. прийнято Закон України «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз», а указом Президента затверджено Національну програму боротьби з туберкульозом на 2002–2005 роки.

У розвиток Конституційної норми, якою гарантоване право громадян на медичне страхування, у 2001 р. Верховною Радою України прийнято законопроект про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування в першому читанні, а в 2002 р. – у другому читанні, однак у 2004 р. цей законопроект був відхилений. Таким чином, шлях до запровадження соціального страхування, визнаний у більшості європейських країн як ефективний засіб збільшення загального обсягу коштів, що використовуються для медичного обслуговування та активізації структурних перетворень у галузі, був загальмований.

Через обмежене фінансування галузі стратегія офіційного залучення населення до співучасті в оплаті вартості медичних послуг за досвідом європейських країн, яку намагався запровадити КМУ, фактично була заборонена рішенням Конституційного Суду України (2002 р.) у справі про безоплатну медичну допомогу.

У 2003 р. прийнято нові Цивільний кодекс України та Господарський кодекс України, які набрали чинності з січня 2004 р. Положення цих законів дали новий імпульс для реалізації заходів щодо реформування системи охорони здоров'я України. Зокрема, Цивільний кодекс визначив, що договір про надання медичних послуг відноситься до категорії публічних договорів; Господарський кодекс передбачив такі форми діяльності ЗОЗ, як державне або комунальне некомерційне підприємство, а на послуги соціального характеру, до яких відносяться медичні послуги, встановлюються державні фіксовані або регульовані ціни. Однак дотепер у розвиток цих положень у зазначених кодексах перелік медичних послуг, охоплених державними гарантіями, досі не визначений, а отже, не встановлені державні фіксовані або регульовані ціни, а також не затверджений типовий договір щодо надання медичних послуг.

У 2005 р. діяльність системи охорони здоров'я спрямовувалася на виконання завдань Програми діяльності Уряду «Назустріч людям», удосконалення правових та управлінських механізмів реалізації конституційних прав громадян на охорону здоров'я, соціального захисту пацієнтів і медичних працівників та задоволення потреб населення в необхідних лікарських засобах і виробках медичного призначення.

У січні 2005 р. Верховною Радою за ініціативою МОЗ внесено зміни до Бюджетного кодексу України (призупинені у 2006 р.), якими передбачено концентрацію фінансових ресурсів на рівні районного бюджету для упорядкування фінансування сільських закладів ПМСД (фельдшерсько-акушерських пунктів, дільничних лікарень, сільських лікарських амбулаторій, у т.ч. сімейних), оскільки малопотужні сільські та міські територіальні громади не в змозі забезпечити інвестування необхідних коштів на подання медичної допомоги в цих ЗОЗ.

У 2005 р., з метою подальшого формування в суспільстві ЗСЖ, прийнято Закон України «Про заходи щодо попередження та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення».

На виконання Загальнодержавної програми адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу (ЄС), затвердженої Законом України від 18.03.2004 р. №1629-IV, МОЗ у 2005 р. розпочато дослідження співвідношення європейського та національного медичного права для формування гомогенного правового поля, спрямоване на поліпшення медичної допомоги населенню, оптимальний розподіл ресурсів, залучення населення, зокрема територіальних громад, до реалізації державної політики в охороні здоров'я.

Проведення порівняльного аналізу європейського медичного права із національним мало на меті:

- виявлення спільних рис права та особливостей, взаємовпливу, тенденцій і закономірностей розвитку в умовах інтеграційних процесів, які відбуваються в Європі;

- порівняльне вивчення досвіду різних європейських країн у забезпеченні основних прав і свобод людини та громадянина, а також відповідних правових механізмів стосовно реалізації права на охорону здоров'я, медичну допомогу і медичне страхування;

- порівняльне дослідження факторів, які впливають на ефективність правозастосовної діяльності;

– порівняльний аналіз суспільної правосвідомості та участі громадськості у вирішенні проблем охорони здоров'я.

Досвід країн ЄС імплементований у проекти нормативно-правових актів, розроблених у 2005 р., за такими напрямками:

– перерозподіл повноважень на різних рівнях управління охороною здоров'я;

– засади розвитку самоврядування ЗОЗ і самостійності працівників охорони здоров'я на правовій та договірній основі;

– загальнодоступність і рівноправність громадян в отриманні медичної допомоги та інших послуг в охороні здоров'я;

– засади медичного страхування;

– реформування ПМСД на засадах ЗП/СМ;

– професійні обов'язки та права медичних і фармацевтичних працівників та їх захист;

– захист прав пацієнтів;

– участь територіальних громад у вирішенні проблем у галузі охорони здоров'я.

Наприкінці 2005 р. видано Указ Президента України від 06.12.2005 р. № 1694/2005 «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення», яким передбачено активізацію усіх рівнів державної влади у вирішенні таких проблем охорони здоров'я: попередження серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань; протидія захворюванню на туберкульоз; боротьба з онкологічними захворюваннями; розвиток сімейної медицини в Україні; створення єдиної системи надання екстреної медичної допомоги (ЕМД). Основою для таких дій стали норми чинного законодавства та термінова підготовка пропозицій щодо внесення змін і доповнень до нормативно-правових актів, за якими ініційована можливість подальшого ефективного реформування системи охорони здоров'я у 2006–2010 рр.

На виконання зазначеного указу Президента України МОЗ розроблено деталізовану «дорожню карту» – Національний план розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 р., затверджений постановою КМУ від 13.06.2007 р. № 815. У цьому документі передбачено конкретні адресні заходи та терміни їх виконання заінтересованими міністерствами, обласними, міськими державними адміністраціями та органами місцевого самоврядування. У плані розвитку визначено заходи щодо: підвищення

якості та доступності медичного обслуговування населення; впровадження обґрунтованих державних гарантій надання населенню безоплатної медичної допомоги; ефективної та прозорої моделі фінансування галузі, орієнтованої на реальні потреби пацієнтів; розробки та впровадження в діяльність ЗОЗ стандартів медичної допомоги; раціоналізації використання ресурсів; удосконалення системи управління галуззю; оптимізації мережі державних, комунальних і відомчих ЗОЗ; поліпшення підготовки медичних працівників та умов оплати їх праці; спрощення дозвільної системи в галузі; оновлення матеріально-технічної бази ЗОЗ.

Протягом 2007 р. МОЗ України концентрував свої зусилля на запобіганні захворюваності, пропаганді ЗСЖ, підвищенні рівня технічного оснащення ЗОЗ, впровадженні в медичну практику сучасних медичних технологій, а також на реалізації заходів щодо реформування галузі.

Реалізація цих напрямів діяльності була б неможливою без чіткої та скоординованої взаємодії з Верховною Радою України, насамперед із Комітетом Верховної Ради з питань охорони здоров'я, щодо вдосконалення законодавчої бази галузі і приведення її у відповідність до законодавства ЄС.

Результатом такої співпраці стало прийняття Верховною Радою України низки законодавчих актів, спрямованих на реалізацію стратегічних завдань Уряду.

Так, Законом України від 08.02.2007 р. № 648-V затверджено Загальнодержавну програму протидії захворюванню на туберкульоз у 2007–2011 рр., метою якої стало поліпшення епідемічної ситуації шляхом зниження показників захворюваності та смертності населення від туберкульозу, запобігання розвитку хіміорезистентного туберкульозу, підвищення ефективності лікування, удосконалення системи підготовки і перепідготовки медичних працівників, поліпшення лабораторної діагностики туберкульозу. Реалізація цієї програми забезпечила своєчасне виявлення хворих на туберкульоз, щорічне зниження не менш як на 1% рівня захворюваності та смертності від туберкульозу, зменшення частоти переривання лікування до 10%, залучення понад 80% медичних працівників до навчання за міжнародними стандартами, створення системи лабораторного контролю за якістю протитуберкульозних препаратів, розвиток матеріально-технічної бази протитуберкульозних закладів.

Законом України від 09.01.2007 р. № 537-V визначено завдання, цілі та напрями розвитку інформаційного суспільства в Україні, серед яких одним із пріоритетних завдань визнано залучення інформаційно-комунікаційних технологій для поліпшення демографічної ситуації, збереження і зміцнення здоров'я населення, підвищення якості та ефективності ПМСД, забезпечення соціальної справедливості та прав громадян на охорону здоров'я.

Законом України від 08.02.2007 р. № 657-V внесено зміни до статті 77 Основ законодавства України про охорону здоров'я. Відповідно до цих коректив, медичні та фармацевтичні працівники, які проживають і працюють у селищах міського типу, отримали право на пільги, передбачені пунктом "ї" частини першої цієї статті.

Законом України від 27.04.2007 р. № 997-V забезпечено приведення Основ законодавства України про охорону здоров'я у відповідність до положень Цивільного кодексу України, зокрема, в частині визнання права пацієнта на вибір методів лікування відповідно до рекомендацій лікаря, на отримання достовірної і повної інформації про стан власного здоров'я, права на таємницю про стан власного здоров'я та права на допуск до пацієнта, який перебуває на стаціонарному лікуванні, членів сім'ї, опікуна, піклувальника, нотаріуса та адвоката, а також священнослужителя для відправлення богослужіння та релігійного обряду.

Основи законодавства України про охорону здоров'я доповнив Закон України від 17.05.2007 р. № 1033-V статтею 74-1, якою визначено умови отримання права на заняття народною медициною (цілительством). Крім того, цим законом урегульовано питання, пов'язані з рекламою послуг народної медицини (цілительства) та осіб, які їх надають, визначено відповідальність за порушення встановлених законодавством вимог щодо заняття народною медициною (цілительством).

Законом України від 05.04.2007 р. № 875-V до Кримінального кодексу України внесено зміни щодо встановлення відповідальності за незаконні дії стосовно отруйних чи сильнодіючих лікарських засобів.

З метою гармонізації національного законодавства із законодавством ЄС, прийнято Закон України від 31.05.2007 р. № 1103-V, яким запроваджено державну систему біобезпеки при створенні, випробуванні, транспортуванні та використанні генетично модифікованих організмів. У законі врегульовано відносини, пов'язані з поводженням із генетично модифікованими

організмами та здійсненню інженерно-генетичної діяльності, визначено повноваження центральних органів виконавчої влади в забезпеченні біобезпеки.

Указом Президента від 12.02.2007 р. № 105/2007 затверджено Стратегію національної безпеки України. Одним із основних пріоритетів політики національної безпеки, визначених стратегією, визнано необхідність досягнення високих соціальних стандартів, вирішення на цій основі нагальних демографічних проблем, що, своєю чергою, передбачало реалізацію комплексних заходів щодо створення умов для зміцнення здоров'я нації та зменшення рівня смертності населення, забезпечення доступності якісних медичних послуг для всіх верств населення. Цим документом регламентовано, що пріоритетним напрямом фінансування реалізації політики національної безпеки є реформування і розвиток системи охорони здоров'я, приведення її у відповідність із європейськими стандартами.

З метою вирішення актуальних проблем у сфері охорони здоров'я, поліпшення демографічної ситуації в країні, популяризації ЗСЖ і забезпечення участі громадськості у визначенні шляхів удосконалення системи охорони здоров'я, видано Указ Президента України від 28.03.2007 р. № 243/2007 «Про підготовку та проведення Всеукраїнського форуму «Здорова нація».

За підсумками соціально-економічного розвитку України у 2006 р., постановою КМУ від 21.03.2007 р. № 544 визначено основні завдання Уряду на 2007 р., одним з яких визнано забезпечення надання високоякісної медичної допомоги, розвитку системи охорони здоров'я з орієнтацією на запобігання захворюванням; популяризацію ЗСЖ.

Протягом 2007 р. КМУ прийнято ряд постанов щодо затвердження порядку використання субвенцій з державного бюджету на проведення заходів з охорони здоров'я населення: від 14.02.2007 р. № 218 «Про затвердження Порядку використання у 2007 р. субвенцій з державного бюджету місцевим бюджетам на соціально-економічний розвиток та розвиток інфраструктури регіонів»; від 07.03.2007 р. № 396 «Про затвердження Порядку надання та використання у 2007 році субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам для стимулювання розвитку регіонів, у тому числі депресивних територій»; від 21.03.2007 р. № 502 «Про

затвердження Порядку використання у 2007 році субвенції з державного бюджету міському бюджету м. Києва на створення центру із застосування ПЕТ-технології для раннього виявлення онкологічних захворювань»; від 21.03.2007 р. № 500 «Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 28.04.2006 р. № 603»; від 21.03.2007 р. № 501 «Про затвердження Порядку використання у 2007 році субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на придбання витратних матеріалів для родопомічних, дитячих, хірургічних, реанімаційних закладів (відділень), відділень невідкладної допомоги та лабораторій»; від 04.04.2007 р. № 598 «Про затвердження Порядку використання у 2007 році субвенції з державного бюджету обласному бюджету Дніпропетровської області на підготовку та проведення експерименту з впровадження екологічного коефіцієнта у сфері охорони здоров'я»; від 04.04.2007 р. № 600 «Про затвердження Порядку використання у 2007 році субвенції з державного бюджету обласному бюджету Донецької області на проведення експерименту з впровадження моделі надання спеціалізованої медичної допомоги населенню з метою запобігання і виявлення захворювань на ранніх стадіях».

Постановою КМУ від 04.04.2007 р. № 601 затверджено Порядок використання у 2007 році коштів, передбачених у державному бюджеті для виконання програм і проведення централізованих заходів з охорони здоров'я.

Процедура закупівлі товарів, робіт і послуг за бюджетні кошти була вдосконалена завдяки прийняттю постанови КМУ від 06.06.2007 р. № 804 «Про внесення змін до деяких постанов Кабінету Міністрів України».

З метою виконання вимог щодо правової охорони інтелектуальної власності, пов'язаних зі вступом України до Світової організації торгівлі, постановою КМУ від 21.03.2007 р. № 503 внесено зміни до Порядку державної реєстрації (перереєстрації) лікарських засобів і розмірів збору за їх державну реєстрацію (перереєстрацію).

Враховуючи необхідність проведення нагальних і ефективних заходів для вирішення проблеми забезпечення ЗОЗ сучасною вітчизняною медичною технікою та виробами медичного призначення, Уряд розпорядженням КМУ від 21.03.2007 р. № 102-р схвалив Концепцію Державної програми розвитку виробництва медичної техніки на 2008–2012 рр. Реалізація цієї програми спрямована на збільшення номенклатури вітчизняних медичних виробів і медичної техніки, поліпшення їх технічних характеристик і

конкурентоспроможності, збільшення обсягів виробництва і рівня забезпечення вітчизняною медичною технікою до 45–50% від потреби, підвищення якості та рівня медичного обслуговування населення за рахунок забезпечення ЗОЗ сучасними засобами діагностики і лікування.

Протягом 2007 р. КМУ прийнято розпорядження від 06.06.2007 р. № 382-р «Про затвердження плану заходів щодо реалізації Стратегії демографічного розвитку на період до 2015 року» і постанову від 11.07.2007 р. № 926 «Деякі питання протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу», в яких висвітлено питання щодо профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших небезпечних хвороб.

Відомча нормотворча робота проведена на плановій основі і спрямована на реалізацію основних положень Указу Президента України від 06.12.2005 р. № 1694/2005 «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення» та Національного плану розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 р., затвердженого постановою КМУ від 13.06.2007 р. № 815. МОЗ розроблено низку програмних документів, якими визначено перспективні шляхи розвитку системи охорони здоров'я. Основними з цих документів визначені:

- проект Закону України «Про Загальнодержавну програму боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року»;
- проект Закону України «Про Загальнодержавну програму розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2011 року»;
- проект Закону України «Про Загальнодержавну програму імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб на 2008–2015 роки»;
- проект Закону України «Про Загальнодержавну програму «Здорове дитинство» на 2008–2018 роки»;
- проект постанови КМУ «Про затвердження Державної програми «Цукровий діабет та нецукровий діабет» на 2008–2012 роки»;
- проект постанови КМУ «Про затвердження Державної програми «Трансплантація» на 2007–2010 роки»;
- проект розпорядження КМУ «Про схвалення Концепції розвитку медичної освіти».

Відповідно до рішення Комітету Верховної Ради з питань охорони здоров'я від 06.02.2008 р. № 04-24/4-5, подання зазначених нормативно-правових актів на розгляд Верховної Ради України було заплановано в першому кварталі 2008 року.

До нормативно-правових актів, які регулюють відносини у сфері охорони здоров'я і прийняті у 2008 р., віднесені:

- 25 законів України, які регулюють окремі питання діяльності у сфері охорони здоров'я;
- 72 укази Президента України, з яких 3 – з основної діяльності;
- 44 постанови Верховної Ради України, з яких 3 – з основної діяльності;
- 86 постанов КМУ, з яких 56 – регулюють окремі питання діяльності у сфері охорони здоров'я;
- 157 розпоряджень КМУ, з яких 82 – регулюють окремі питання діяльності у сфері охорони здоров'я, 56 – з кадрових питань;
- 832 накази МОЗ України.

З метою врегулювання питання про забезпечення права окремих категорій медичних працівників на додаткову оплачувану щорічну відпустку прийнято Закон України від 12.02.2008 р. № 121-VI «Про внесення змін до статті 77 Основ законодавства України про охорону здоров'я».

Законом України від 18.03.2008 р. № 145-VI «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо реклами» до статті 22 Закону України «Про рекламу» внесено відповідні зміни, якими встановлено додаткові обмеження рекламування тютюнових виробів, алкогольних напоїв, реклами знаків для товарів і послуг, інших об'єктів права інтелектуальної власності, під якими випускаються ці вироби та напої. Крім того, стаття 22 Закону України «Про рекламу» доповнена частиною дев'ятою, відповідно до якої, реклама вищезазначеної продукції не повинна містити зображення популярних осіб або пряме чи опосередковане схвалення популярними особами паління або вживання алкоголю, пива та напоїв, що виготовляються на його основі. Зміни, встановлені Законом України від 18.03.2008 р. № 145-VI, сприяли адаптації національних законодавчих норм щодо обмеження реклами тютюнових виробів до положень Рамкової конвенції ВООЗ із боротьби проти тютюну та Директиви 2003/33/ЄС Європейського парламенту і Ради від 26.05.2003 р. про наближення законів, правил та

адміністративних положень держав-членів щодо реклами та спонсорства тютюнових виробів. Також зазначеним Законом стаття 11 Декрету КМУ від 20.05.1993 р. № 56–93 (56–93) «Про місцеві податки і збори» доповнена частиною шостою, згідно з якою, послуги за встановлення та розміщення соціальної реклами не обкладаються податком з реклами.

Прийнятий Верховною Радою Закон України від 16.05.2008 р. № 279-VI «Про Кабінет Міністрів України» визначив організацію і порядок діяльності, основні повноваження Уряду, у т.ч. повноваження щодо забезпечення проведення державної політики у сфері охорони здоров'я. Згідно з положеннями закону, до компетенції КМУ увійшли:

- підготовка проектів законів щодо державних соціальних стандартів і соціальних гарантій;
- проведення державної політики у сферах охорони здоров'я, санітарно-епідемічного благополуччя, охорони материнства та дитинства, забезпечення доступності для громадян послуг медичних закладів;
- розробка і проведення заходів щодо створення матеріально-технічної бази та інших умов, необхідних для розвитку охорони здоров'я.

Основні засади державної політики у сфері оздоровлення та відпочинку дітей урегульовано Законом України від 05.09.2008 р. № 375-VI «Про оздоровлення та відпочинок дітей», яким визначено повноваження органів виконавчої влади і органів місцевого самоврядування, правові, фінансові та організаційні засади утворення і діяльності дитячих закладів оздоровлення та відпочинку, права, обов'язки та відповідальність учасників процесу оздоровлення.

Для забезпечення удосконалення механізмів реалізації державної політики охорони здоров'я указами Президента України протягом 2008 р. створено низку консультативно-дорадчих органів.

Так, зокрема, Указом Президента України від 17.03.2008 р. № 220/2008 затверджено Положення про Координаційну раду з проблем ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та наркоманії.

Згідно з цим положенням, до компетенції Координаційної ради увійшли опрацювання та внесення на розгляд Президентіві України пропозиції щодо:

- пріоритетних напрямів реалізації державної політики у сфері протидії ВІЛ/СНІДу, туберкульозу та наркоманії;

– удосконалення правової бази з питань подолання епідемії ВІЛ/СНІДу, туберкульозу, профілактики поширення наркоманії серед різних верств населення;

– координації діяльності органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, установ та організацій для вирішення проблемних питань у сфері протидії ВІЛ/СНІДу, туберкульозу та наркоманії;

– забезпечення співробітництва з неурядовими організаціями та впровадження міжнародного досвіду у сфері протидії ВІЛ/СНІДу, туберкульозу та наркоманії;

– удосконалення системи інформування населення щодо профілактики ВІЛ/СНІДу, туберкульозу, наркоманії, соціальної підтримки хворих, пропагування ЗСЖ.

Відповідно до Положення про Міжвідомчу комісію з питань подолання демографічної кризи та розвитку трудових ресурсів при Раді національної безпеки і оборони України (Указ Президента України від 15.05.2008 р. № 361/2008), основними завданнями комісії визначені:

– аналіз стану виконання державних програм і заходів, пов'язаних із реалізацією центральними та місцевими органами виконавчої влади державної політики в питаннях подолання демографічної кризи;

– удосконалення системи правового забезпечення питань поліпшення демографічної ситуації та розвитку трудових ресурсів;

– розробка і внесення Президентіві України та Раді національної безпеки і оборони України пропозицій щодо проведення заходів, спрямованих на вдосконалення державної політики у цих питаннях.

З метою ефективного реалізації державної політики у сфері створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів, забезпечення населення доступними, якісними, безпечними, ефективними лікарськими засобами, створено Міжвідомчу робочу групу з питань ціноутворення на лікарські засоби і вироби медичного призначення, державних закупівель та реєстрації лікарських засобів (Указ Президента України від 25.05.2008 р. №396/2008). Основними завданнями цієї робочої групи стали:

– аналіз ситуації щодо ціноутворення на лікарські засоби і вироби медичного призначення, дотримання законодавства стосовно державних закупівель та реєстрації лікарських засобів;

– підготовка пропозицій щодо вдосконалення механізмів забезпечення населення доступними, якісними, безпечними та ефективними лікарськими засобами;

– напрацювання комплексу заходів щодо запровадження державного регулювання цін на основні (життєво необхідні) лікарські засоби і виробу медичного призначення;

– підготовка пропозицій щодо вдосконалення законодавства з метою запобігання та протидії корупції у сферах державних закупівель лікарських засобів, зловживанням у сфері роздрібної (оптової) торгівлі лікарськими засобами, а також удосконалення порядку державної реєстрації лікарських засобів.

З урахуванням висновків і пропозицій Міжвідомчої робочої групи КМУ протягом 2008 р. прийнято ряд постанов, спрямованих на забезпечення удосконалення державного управління у сфері контролю якості лікарських засобів:

- від 17.05.2008 р. № 372 «Про внесення змін до Порядку державної реєстрації (перереєстрації) лікарських засобів»;

- від 10.09.2008 р. № 827 «Про ліквідацію Державної служби лікарських засобів і виробів медичного призначення»;

- від 10.09.2008 р. № 830 «Про утворення Міжвідомчої ради з питань удосконалення державного контролю якості лікарських засобів та виробів медичного призначення і обґрунтованості цін на них»;

- від 10.09.2008 р. № 837 «Питання здійснення державного контролю якості лікарських засобів»;

- від 17.10.2008 р. № 955 «Про заходи щодо стабілізації цін на лікарські засоби та виробів медичного призначення»;

- від 17.12.2008 р. № 1099 «Про внесення змін до Порядку державної реєстрації медичної техніки та виробів медичного призначення»;

- від 20.12.2008 р. № 1121 «Деякі питання державного управління у сфері контролю якості лікарських засобів».

Питання раціонального використання бюджетних коштів у 2008 р. регулювалися такими постановами КМУ:

- від 27.02.2008 р. №99 «Про порядок використання в 2008 році субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на оснащення сільських

амбулаторій та фельдшерсько-акушерських пунктів, придбання автомобілів швидкої медичної допомоги для сільських закладів охорони здоров'я»;

- від 27.02.2008 р. № 105 «Про порядок використання у 2008 році коштів, передбачених у державному бюджеті для поліпшення медичного обслуговування дітей, які постраждали внаслідок Чорнобильської та інших екологічних катастроф»;

- від 17.05.2008 р. № 375 «Про порядок використання у 2008 році коштів, передбачених у державному бюджеті для виконання програм та здійснення централізованих заходів з охорони здоров'я»;

- від 17.05.2008 р. № 376 «Про порядок використання у 2008 році коштів, передбачених у державному бюджеті для здійснення заходів з обміну та вивчення досвіду в провідних клініках світу»;

- від 23.05.2008 р. № 403 «Про затвердження Порядку використання у 2008 році коштів, передбачених у державному бюджеті для розроблення нових видів протезно-ортопедичних виробів та обслуговування інвалідів у стаціонарах при протезних підприємствах».

З метою удосконалення нормативно-правової бази та адаптації законодавства України до європейських стандартів у галузі трансплантації органів, тканин і клітин, а також впровадження в медичну практику нових методів лікування із застосуванням трансплантації, прийнято постанову КМУ від 08.10.2008 р. № 894 «Про затвердження Державної цільової соціальної програми «Трансплантація» на період до 2012 року».

Враховуючи необхідність вжиття нагальних і ефективних заходів для вирішення проблеми забезпечення ЗОЗ сучасною вітчизняною медичною технікою та виробами медичного призначення, постановою КМУ від 05.11.2008 р. № 968 затверджено Державну цільову науково-технічну програму розвитку виробництва медичної техніки на 2009–2013 рр. Реалізація цієї програми спрямована на збільшення номенклатури вітчизняних медичних виробів і медичної техніки, поліпшення їх технічних характеристик та конкурентоспроможності, збільшення обсягів виробництва і рівня забезпечення вітчизняною медичною технікою, підвищення якості та рівня медичного обслуговування населення за рахунок забезпечення ЗОЗ сучасними засобами діагностики і лікування.

Діяльність галузі охорони здоров'я на сучасному етапі направлена на реалізацію завдань, визначених Указом Президента України від 06.12.2005 р.

№ 1694/2005 «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення» та Національним планом розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року, затвердженим постановою КМУ від 13.06.2007 р. № 815. З урахуванням положень зазначених документів постановою КМУ від 16.01.2008 р. № 14 «Про затвердження Програми діяльності Кабінету Міністрів України» визначено конкретні шляхи та механізм проведення соціально-економічних і політичних реформ, реалізації міжнародних ініціатив держави на період здійснення повноважень Уряду.

Згідно з розділом 1.5 Програми діяльності КМУ, пріоритетами в діяльності органів виконавчої влади на всіх рівнях мають стати забезпечення високоякісної і доступної медичної допомоги з орієнтацією системи охорони здоров'я на попередження захворювань, створення безпечного і сприятливого для здоров'я середовища життєдіяльності людини, ЗСЖ населення і поліпшення демографічної ситуації.

Урядом визначено перелік зобов'язань, спрямованих на вирішення проблем охорони здоров'я, зокрема, шляхом: структурної реорганізації системи медичного забезпечення з першочерговим розвитком ПМСД на засадах ЗП/СМ; зниження рівня дитячої та материнської смертності; удосконалення системи профілактичного медичного огляду на засадах цільової диспансеризації населення; розвитку сільської медицини та забезпечення в повному обсязі ЗОЗ у сільській місцевості медичною технікою і автотранспортними засобами; проведення раціональної фармацевтичної політики; утворення національних центрів, які відповідатимуть за розробку та супровід відповідних національних програм; відновлення роботи Українського центру здоров'я та формування мережі регіональних центрів боротьби з туберкульозом; удосконалення механізму організації роботи Державної санітарно-епідемічної служби; проведення ефективної кадрової політики; запровадження державного замовлення на проведення наукових досліджень у сфері охорони здоров'я.

На виконання Національного плану дій МОЗ України розроблено низку програмних документів, якими визначено перспективні шляхи розвитку системи охорони здоров'я. Основними з них визнані:

- проект Закону України «Про Загальнодержавну програму «Боротьба з онкологічними захворюваннями» на період до 2016 року»;

- проект Закону України «Про Загальнодержавну програму розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2011 року»;
- проект Закону України «Про Загальнодержавну програму імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб на 2008–2015 роки»;
- проект Закону України «Про Загальнодержавну програму «Здорове дитинство» на 2008–2018 роки»;
- проект постанови КМУ «Про затвердження Державної програми «Цукровий діабет та нецукровий діабет» на період до 2013 року»;
- проект розпорядження КМУ «Про схвалення Концепції розвитку медичної освіти».

Пріоритети діяльності МОЗ України на 2008 р. визначено відповідно до положень постанови КМУ від 16.01.2008 р. № 14 «Про затвердження Програми діяльності Кабінету Міністрів України», розпорядження КМУ від 27.02.2008 р. № 383-р «Про затвердження плану заходів, спрямованих на реалізацію пріоритетів діяльності Кабінету Міністрів України у 2008 році» і затверджено наказами МОЗ України від 01.05.2008 р. № 172 та від 05.05.2008 р. № 235.

Відповідно до положень зазначених наказів МОЗ, основними пріоритетами з удосконалення системи охорони здоров'я України на 2008 р. визначені:

- запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування громадян;
- організація виконання комплексних заходів для інтеграції лікувально-профілактичної справи та наукової діяльності у сфері охорони здоров'я, створення мережі національних центрів провадження наукової діяльності;
- розвиток матеріально-технічної бази для надання ПМСД і підвищення її якості в сільській місцевості;
- підвищення рівня захисту, безпеки та якості життя громадян, удосконалення організації роботи Державної санітарно-епідеміологічної служби;
- удосконалення системи державної реєстрації лікарських засобів.

Реалізація цих пріоритетів передбачала розробку та подання на розгляд Уряду таких проектів:

- проект Закону України «Про затвердження Державної програми боротьби з розповсюдженням фальсифікованих лікарських засобів на 2009–2012 роки»;
- проект постанови КМУ «Про затвердження Правил санітарної охорони території України»;
- проект розпорядження КМУ «Про затвердження концепції Загальнодержавної програми «Сільський лікар»».

За результатами розгляду проекту, підготовленого МОЗ, Верховна Рада України прийняла постанову від 30.09.2008 р. № 607 «Про прийняття за основу проекту Закону України «Про Загальнодержавну програму забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки»».

З метою удосконалення законодавства з питань захисту прав пацієнтів, наказом МОЗ України від 17.01.2008 р. № 16 створено Міжвідомчу робочу групу щодо розробки механізмів забезпечення захисту прав пацієнтів у ЗОЗ, до складу якої увійшли керівники структурних підрозділів МОЗ України, Міністерства праці і соціальної політики України, Секретаріату Урядового уповноваженого у справах Європейського суду, представники наукових установ та освітніх закладів, громадських об'єднань пацієнтів і медичних працівників.

Відповідно до рекомендацій Міжвідомчої робочої групи підготовлено наказ МОЗ України від 31.03.2008 р. № 166 «Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2010 року». Згідно з положеннями концепції, основними завданнями та очікуваними результатами її реалізації визнані:

- захист інтересів пацієнта щодо отримання ним якісної медичної допомоги;
- поліпшення доступності медичної допомоги;
- підвищення ролі громадських організацій у системі управління якістю та її впровадження і моніторингу;
- розробка та впровадження мотиваційних механізмів підвищення професійної відповідальності медичних працівників.

Серед основних засобів удосконалення системи контролю якості медичної допомоги у концепції визначені:

– удосконалення відомчого (внутрішнього) та позавідомчого (зовнішнього) контролю якості із залученням до цього процесу громадських професійних об'єднань (асоціацій);

– вивчення рівня задоволення пацієнтів їх взаємодією із системою охорони здоров'я за допомогою стандартизованих методик соціологічних досліджень, які враховують доступність медичної допомоги; умови надання медичної допомоги; дотримання медичним персоналом етичних і деонтологічних норм і правил.

Протягом 2008 р. проведено роботу щодо наближення національної законодавчої бази до європейських стандартів забезпечення високоякісної і доступної медичної допомоги та підготовлено законопроекти «Про ратифікацію Конвенції 102 Міжнародної Організації Праці про мінімальні норми соціального забезпечення», «Про ратифікацію Конвенції 130 Міжнародної Організації Праці про медичну допомогу та допомогу у випадку хвороби», «Про ратифікацію Європейського кодексу соціального забезпечення».

Протягом 2009 р. прийнято низку нормативно-правових актів із питань охорони здоров'я, серед яких:

- 53 закони України, з яких 6 – з основної діяльності;
- 105 постанов Верховної Ради України, з яких 39 – з основної діяльності;
- 55 указів Президента України, з яких 6 – з основної діяльності;
- 143 постанови КМУ, з яких 103 – регулюють окремі питання діяльності у сфері охорони здоров'я;
- 96 розпоряджень КМУ, з яких 45 – регулюють окремі питання діяльності у сфері охорони здоров'я, 22 – із кадрових питань;
- 957 наказів МОЗ України.

У 2009 р. законодавче регулювання питань, пов'язаних із реформуванням галузі, забезпечувалося переважно шляхом застосування програмно-цільового методу формування бюджетних видатків на охорону здоров'я населення України, заснованого на вимогах Бюджетного кодексу України та Закону України від 18.03.2004 р. № 1621-IV «Про державні цільові програми».

З метою стабілізації епідемічної ситуації, зниження рівня захворюваності та смертності від ВІЛ-інфекції/СНІДу шляхом реалізації державної політики щодо забезпечення доступу населення до широкомасштабних профілактичних заходів, послуг із лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД, Законом України від 19.02.2009 р. № 1026-VI затверджено Загальнодержавну програму забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки.

Реалізація зазначеної програми передбачала проведення комплексу організаційних заходів щодо:

- здійснення структурних перетворень системи надання медичних та соціальних послуг ВІЛ-інфікованим і особам із груп ризику;
- поліпшення системи епідеміологічного нагляду за поширенням ВІЛ-інфекції;
- удосконалення законодавства з питань надання медичної ВІЛ-інфікованим і хворим на СНІД;
- розробки та затвердження стандартів соціальних послуг, що надаються представникам груп ризику, та механізму залучення громадських організацій до надання таких послуг;
- створення єдиної системи моніторингу та оцінки ефективності заходів із протидії поширенню ВІЛ-інфекції;
- підтримки вітчизняних виробників антиретровірусних препаратів і медичних виробів одноразового використання;
- поліпшення якості діагностики ВІЛ-інфекції;
- удосконалення кадрового забезпечення центрів профілактики і боротьби зі СНІДом;
- розширення кола суб'єктів, залучених до виконання програм профілактики ВІЛ-інфекції.

Законом України від 03.11.2009 р. № 1658-VI затверджено Загальнодержавну програму імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб на 2009–2015 рр. Метою програми стало забезпечення епідемічного благополуччя населення шляхом зниження рівня захворюваності на інфекції, боротьба з якими проводиться засобами імунопрофілактики, а також смертності та інвалідності внаслідок інфекційних хвороб, сприяння розвитку імунології, генної інженерії та

імунобіотехнології. Програмою визначено органи виконавчої влади, організації та установи, на яких покладено відповідальність за: організацію належного організаційно-методичного, матеріально-технічного та кадрового забезпечення закладів, що проводять заходи з імунопрофілактики; поширення знань із питань імунопрофілактики серед населення та розвиток міжнародного співробітництва; забезпечення наукового супроводу і моніторингу виконання завдань програми.

З метою забезпечення координації діяльності центральних і місцевих органів виконавчої влади, підприємств, установ та організацій для вирішення проблем, пов'язаних із підвищенням якості профілактики злоякісних новоутворень та доступності медичної допомоги для онкологічно хворих, прийнято Закон України від 23.12.2009 р. № 1794-VI «Про затвердження Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року».

Серед напрямів вирішення проблеми боротьби з онкологічними захворюваннями основними були:

- удосконалення законодавства з питань запобігання забрудненню навколишнього природного середовища канцерогенними речовинами, організації медико-соціальної допомоги онкологічно хворим і проведення клінічних досліджень хіміопрепаратів і препаратів супроводу;

- поліпшення порядку надання спеціалізованої медичної та паліативної допомоги;

- стандартизація методів діагностики й лікування злоякісних новоутворень;

- підвищення рівня кадрового, інформаційного та матеріально-технічного забезпечення ЗОЗ, що надають медичну та соціальну допомогу онкологічним хворим;

- удосконалення системи раннього виявлення злоякісних пухлин і реєстрації хворих на рак;

- розвиток системи медичної та соціальної реабілітації хворих на злоякісні новоутворення;

- створення системи надання симптоматичної допомоги онкологічним хворим;

- активізація наукових досліджень із питань надання медичної допомоги хворим на злоякісні новоутворення;

– підвищення рівня поінформованості населення про ризики виникнення онкологічних захворювань;

– розвиток міжнародного співробітництва з пріоритетних аспектів протиракової боротьби.

Для врегулювання питань, пов'язаних із фінансуванням лікарні «Охматдит», та заходів щодо боротьби з епідемією грипу, Законами України від 05.03.2009 р. № 1080-VI та від 15.12.2009 р. № 1758-VI внесено відповідні зміни до Закону України «Про Державний бюджет України на 2009 рік».

Законом України від 17.03.2009 р. № 1125-VI до статті 325 Кримінального кодексу України внесено зміни щодо посилення відповідальності за порушення правил і норм, встановлених із метою запобігання епідемічним та іншим інфекційним захворюванням, а також масовим неінфекційним захворюванням (отруєнням) і боротьби з ними.

З метою оновлення законодавчої бази охорони здоров'я, приведення її у відповідність до законодавства Ради Європи та ЄС прийнято такі Закони України:

- «Про внесення зміни до Закону України «Про захист людини від впливу іонізуючого випромінювання» від 14.04.2009 р. № 1248-VI;

- «Про внесення змін до Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» від 14.04.2009 р. № 1257-VI;

- «Про внесення змін до статті 12 Закону України «Про лікарські засоби» від 20.05.2009 р. № 1364-VI;

- «Про внесення зміни до статті 21 Закону України «Про рекламу» від 04.06.2009 р. № 1465-VI;

- «Про внесення змін та доповнень до Закону України «Про заходи щодо попередження та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення» від 11.06.2009 р. № 1512-VI.

З метою підвищення рівня охорони здоров'я населення, забезпечення права громадян на безпечне використання генетично модифікованих організмів, регламентовано діяльність, пов'язану зі створенням, випробуванням і впровадженням генетично модифікованих організмів в обіг, відповідно до вимог, встановлених Законом України «Про внесення змін до деяких законів України» у зв'язку з прийняттям Законів України «Про державну систему біобезпеки при створенні, випробуванні, транспортуванні

та використанні генетично модифікованих організмів» від 19.03.2009 р. № 1158-VI, «Про внесення змін до Закону України «Про безпечність та якість харчових продуктів» щодо інформування громадян про наявність у харчових продуктах генетично модифікованих організмів (ГМО)» від 17.12.2009 р. № 1778-VI, «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо надання інформації про вміст у продукції генетично модифікованих компонентів» від 17.12.2009 р. № 1779-VI.

Постановою Верховної Ради України від 05.03.2009 р. № 1077-VI визначено низку заходів, спрямованих на забезпечення належної державної підтримки санаторно-курортних закладів, в яких оздоровлюються інваліди, та створення належних умов для їх лікування і реабілітації. У постанові визначено доручення КМУ щодо:

- прискорення розробки проекту Загальнодержавної програми розвитку санаторно-курортної галузі;

- збільшення видатків на фінансування бюджетної програми «Санаторно-курортне оздоровлення інвалідів» і врахування при підготовці проекту Державного бюджету України на відповідний рік необхідності додаткових видатків на підтримку санаторно-курортних закладів, що належать до сфери управління Міністерства праці та соціальної політики України та МОЗ України;

- забезпечення збереження та розвитку мережі спеціалізованих санаторіїв для лікування та реабілітації інвалідів і створення відділень для реабілітації інвалідів у санаторно-курортних закладах, що належать до сфери управління місцевих органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування;

- запровадження спеціального порядку закупівлі за державні кошти санаторно-курортних путівок до санаторно-курортних закладів, в яких лікуються та проходять реабілітацію інваліди;

- проведення інвентаризації матеріально-технічного оснащення санаторно-курортних закладів незалежно від форми власності та визначення кількості профільних місць, передбачених для інвалідів;

- прискорення розробки державних соціальних стандартів і нормативів для санаторно-курортної галузі, визначених Законом України «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії».

У рекомендаціях парламентських слухань на тему: «Шляхи реформування охорони здоров'я та медичне страхування в Україні», схвалених Постановою Верховної Ради України від 21.10.2009 р. № 1651-VI, проаналізовано сучасний стан охорони здоров'я в Україні, проблеми, що обумовлюють необхідність поглиблених перетворень у галузі та шляхів вирішення цих проблем. Підтримуючи запровадження обов'язкового медичного страхування в Україні та необхідність проведення реформ у системі охорони здоров'я, учасники парламентських слухань відзначили, що кардинальних змін можна досягти тільки через системну реформу та комплексний, законодавчо врегульований перехід системи охорони здоров'я на модель бюджетно-страхової медицини. Вони порекомендували Верховній Раді України вважати пріоритетним і прискорити розгляд низки альтернативних законопроектів щодо реформування фінансування системи охорони здоров'я та впровадження обов'язкового медичного страхування в Україні, поданих народними депутатами.

Кабінету Міністрів України рекомендовано:

- з 2010 р. забезпечити збільшення державних асигнувань на охорону здоров'я в обсязі не менше 5% від Внутрішнього валового продукту;
- доопрацювати та внести на розгляд Верховної Ради України законопроекти «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я» та «Про затвердження Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на період до 2012 року»;
- ініціювати зміни до законодавства і підготувати відповідні законопроекти, спрямовані на підвищення рівня оплати праці медичних працівників та забезпечення їх соціального захисту;
- подати до Верховної Ради України пропозиції щодо визначення джерел і розмірів внесків на обов'язкове медичне страхування;
- розробити та затвердити єдину методику визначення вартості надання медичних послуг.

Органам виконавчої влади та органам місцевого самоврядування запропоновано розглянути питання щодо:

- надання права здійснення господарської діяльності підпорядкованим ЗОЗ відповідно до закону;
- поступової зміни фінансування медичної допомоги на вторинному і третинному рівнях на механізми закупівель медичних послуг за рахунок коштів місцевих бюджетів на договірній основі;

- впровадження моделі оптимізації управління охороною здоров'я в умовах єдиного медичного простору;

- проведення заходів із підготовки впровадження системи обов'язкового медичного страхування.

У зв'язку зі стрімким поширенням у другому півріччі 2009 р. епідемії грипу та пандемічного грипу А(Н1N1) Верховною Радою України прийнято Постанову від 05.11.2009 р. № 1700-VI «Про ситуацію, що склалася у зв'язку з епідемією грипу та пандемічного грипу А(Н1N1), та першочергові заходи протидії її поширенню». У постанові зазначено, що однією з причин виникнення та подальшого розвитку епідемії стала неготовність органів виконавчої влади до своєчасного та оперативного проведення комплексу організаційних, протиепідемічних і лікувально-профілактичних заходів, а також невідповідність сучасної нормативно-правової бази у сфері глобальних і національних загроз положенням Міжнародних медико-санітарних правил, відсутність можливості проведення належного вірусологічного моніторингу для своєчасного виявлення циркулюючих вірусів грипу.

У зв'язку з вищезазначеним, Верховною Радою України надано КМУ рекомендації щодо:

- порядку використання бюджетних коштів, виділених для проведення заходів із запобігання поширенню пандемічного грипу А(Н1N1) та епідемії грипу і гострих респіраторних інфекцій серед населення та для лікування хворих;

- виконання в повному обсязі Указу Президента України від 31.10.2009 р. № 887/2009 «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 30 жовтня 2009 року «Про невідкладні заходи щодо забезпечення національної безпеки в умовах спалаху пандемічного грипу в Україні» та власних рішень, прийнятих у поточному році;

- інформаційного забезпечення заходів протидії поширенню епідемії;

- забезпечення лікувально-профілактичних закладів і контрольно-діагностичних постів відповідними лікарськими засобами, виробами медичного призначення та обладнанням;

- упорядкування діяльності аптечних закладів;

- вирішення питань оплати праці медичних працівників, пов'язаної з ліквідацією епідемії, та їх соціального захисту.

Кабінету Міністрів України рекомендовано невідкладно затвердити Правила санітарної охорони території України, адаптовані до положень Міжнародних медико-санітарних правил, забезпечити проведення протягом 2010 р. диспансеризації населення України і формування паспорту здоров'я населення по країні та регіонах. У відповідних положеннях постанови подано рекомендації центральним органам виконавчої влади щодо здійснення комплексу заходів, спрямованих на локалізацію пандемічного грипу А(Н1N1), епідемії грипу і гострих респіраторних інфекцій та мінімізацію їх наслідків.

Протягом 2009 р. Президентом України введено в дію низку рішень Ради національної безпеки і оборони, спрямованих на вирішення проблем у сфері охорони здоров'я.

Рада національної безпеки і оборони України рішенням від 27.02.2009 р. «Про біологічну безпеку України», введеним у дію Указом Президента від 06.04.2009 р. № 220/2009, доручила КМУ забезпечити розробку та схвалити Концепцію державної програми біобезпеки та біологічного захисту, вжити комплекс заходів щодо зміцнення правового, кадрового та матеріально-технічного забезпечення систем біобезпеки держави, протидії проявам біотероризму, захисту населення від безконтрольного та протиправного розповсюдження генетично модифікованих організмів.

Указом Президента України від 06.04.2009 р. № 221/2009 введено в дію рішення Ради національної безпеки і оборони України від 27.02.2009 р. «Про стан безпеки водних ресурсів держави та забезпечення населення якісною питною водою в населених пунктах України». У рішенні визначено перелік заходів, спрямованих на удосконалення системи державного регулювання і контролю у сфері забезпечення безпеки водних ресурсів та якості питної води. Кабінету Міністрів України доручено забезпечити розробку та затвердження нормативно-правових актів щодо якості води питної, призначеної для споживання людиною, та щодо використання природних мінеральних вод відповідно до європейських директив; затвердити норми споживання води для фізіологічних (питних), санітарно-гігієнічних, господарсько-побутових і технічних потреб.

Розглянувши інформацію про епідемічну ситуацію у зв'язку з поширенням пандемічного грипу та гострих респіраторних вірусних

захворювань, Рада національної безпеки і оборони України прийняла рішення від 30.10.2009 р. «Про невідкладні заходи щодо забезпечення національної безпеки в умовах спалаху пандемічного грипу в Україні», введене в дію Указом Президента України від 31.10.2009 р. № 887/2009. Рада національної безпеки і оборони України доручила КМУ, центральним та місцевим органам виконавчої влади здійснити комплекс невідкладних організаційних, медико-санітарних, санітарно-гігієнічних, лікувально-профілактичних, протиепідемічних заходів щодо запобігання поширенню в Україні пандемічного грипу і гострих респіраторних вірусних захворювань та мінімізації наслідків їх поширення.

Рада національної безпеки і оборони України в рішенні від 29.12.2009 р. «Про стан соціально-демографічної ситуації, охорони здоров'я і ринку праці в Україні», введеному в дію Указом Президента від 29.12.2009 р. № 1124/2009 зазначила, що основними проблемами погіршення демографічної ситуації в Україні є зниження показника народжуваності і збільшення рівня смертності, скорочення тривалості життя і загальне старіння населення, надмірне вживання алкогольних напоїв, вживання наркотичних засобів та психотропних речовин, значна поширеність хронічних хвороб і соціально небезпечних захворювань, високий рівень інвалідності. У рішенні наголошено, що до основних чинників, які негативно впливають на здоров'я і відтворення населення, належать якісні показники життя, забруднення довкілля, незадовільні умови праці, поширення інфекційних і паразитарних захворювань, криза галузі медичного обслуговування, недостатній контроль за якістю та вживанням лікарських засобів і біологічно активних домішок, тютюнокуріння, відсутність належного моніторингу за станом генофонду, рівнем популяційного імунітету населення, циркуляцією збудників інфекційних хвороб. У зв'язку з вищезазначеним Рада національної безпеки і оборони України доручила КМУ:

- забезпечити розвиток стандартизації у сфері охорони здоров'я на основі доказової медицини;
- розробити з урахуванням результатів консультацій із громадськістю заходи щодо впровадження ефективної системи охорони здоров'я;
- забезпечити проведення функціональної інвентаризації мережі державних лікувально-профілактичних закладів, сприяти розвитку ЗОЗ різних форм власності;

– розробити механізм взаємодії ЗОЗ із питань надання спеціалізованої медичної допомоги населенню;

– забезпечити поліпшення якості медичних послуг, що надаються у сільських лікарських амбулаторіях і фельдшерсько-акушерських пунктах, вирішити питання їх підпорядкування та фінансового забезпечення;

– розробити засади державної політики у сфері новітніх біотехнологій, вжити заходів щодо розвитку виробництва сучасних імунобіологічних препаратів;

– затвердити єдиний класифікатор медичних послуг, забезпечити його впровадження у практичну діяльність ЗОЗ;

– впровадити дієвий механізм контролю за закупівлею, розподілом, застосуванням і рекламою лікарських засобів, медичної техніки та виробів медичного призначення;

– забезпечити вирішення питання щодо кадрового забезпечення ЗОЗ, які надають ПМСД, насамперед у сільській місцевості;

– підготувати та внести в установленому порядку на розгляд Верховної Ради України законопроекти про захист прав пацієнтів, про виробу медичного призначення, про внесення змін до Закону України «Про лікарські засоби» щодо вдосконалення державного управління та контролю у фармацевтичній галузі;

– відновити генетичний моніторинг в Україні;

– забезпечити вдосконалення міжвідомчої інтегрованої мережі лабораторій для моніторингу і контролю за можливими загрозами біологічного та хімічного походження;

– вжити заходів щодо вдосконалення кадрової політики у сфері охорони здоров'я, забезпечення дитячих ЗОЗ кваліфікованими кадрами, насамперед педіатрами, неонатологами, дитячими анестезіологами.

Для вирішення проблем осіб із вадами зору, створення сприятливих умов для реалізації ними прав на участь в економічній, політичній, соціальній, культурній та інших сферах суспільного життя, Указом Президента України від 02.03.2009 р. № 113/2009 «Про першочергові заходи щодо поліпшення становища осіб з вадами зору» доручено КМУ:

– розглянути питання щодо створення центрів профілактики ретинопатій у недоношених дітей та Українського банку тканин ока;

– здійснити заходи з удосконалення роботи служб медико-соціальної експертизи та медико-соціальних експертних комісій;

– переглянути перелік технічних та інших засобів реабілітації з метою оновлення засобів для реабілітації інвалідів по зору.

Відповідно до положень зазначеного Указу, на МОЗ України покладено обов'язок:

– удосконалити систему ранньої діагностики порушень зору в дітей, розробити заходи щодо забезпечення своєчасної профілактики втрати зору внаслідок хронічних захворювань, забезпечити медико-генетичне консультування подружніх пар щодо запобігання вадам зору в новонароджених;

– розробити та затвердити порядок забезпечення інвалідів по зору виробами медичного призначення, у т.ч. термометрами, тонометрами, глюкометрами, обладнаними звуковим інформатором;

– удосконалити порядок забезпечення інвалідів по зору протезами очей та окулярами, забезпечити поліпшення якості цих виробів;

– здійснити заходи щодо спрощення порядку обстеження інвалідів по зору медико-соціальними експертними комісіями.

З метою забезпечення комплексного підходу до виявлення та лікування захворювань мозку, впровадження сучасних методів їх профілактики та лікування, останніх наукових досягнень у сфері нейропсихіатрії, удосконалення фундаментальних досліджень неврологічної, психіатричної та психологічної діяльності людини, Указом Президента України від 22.12.2009 р. № 1094/2009 «Про Інститут мозку» доручено КМУ забезпечити вирішення питань щодо створення Інституту мозку та його фінансування за рахунок коштів державного бюджету України.

Протягом 2009 р. КМУ, відповідно до пріоритетів, визначених законами України, указами Президента України та постановами Верховної Ради України, забезпечено державну політику у сфері охорони здоров'я, а також правове регулювання реформ у системі охорони здоров'я.

Для захисту населення від безконтрольного та протиправного розповсюдження генетично модифікованих організмів, забезпечення розвитку національної системи біобезпеки, КМУ затверджено ряд нормативно-правових актів, основними з яких стали:

- постанова від 18.02.2009 р. № 114 «Про затвердження Порядку державної реєстрації генетично модифікованих організмів джерел харчових продуктів, а також харчових продуктів, косметичних та лікарських засобів, які містять такі організми або отримані з їх використанням»;

- постанова від 02.04.2009 р. № 308 «Про затвердження Порядку видачі дозволу на проведення державної апробації (випробування) генетично модифікованих організмів у відкритій системі»;
- постанова від 28.04.2009 р. № 423 «Про затвердження Порядку видачі дозволу на транзитне переміщення не зареєстрованих в Україні генетично модифікованих організмів»;
- постанова від 13.05.2009 р. № 468 «Про затвердження Порядку етикетування харчових продуктів, які містять генетично модифіковані організми або вироблені з їх використанням та вводяться в обіг»;
- постанова від 23.07.2009 р. № 808 «Деякі питання проведення апробації (випробування) та реєстрації генетично модифікованих організмів сортів сільськогосподарських рослин»;
- постанова від 18.11.2009 р. № 1223 «Про затвердження розмірів тарифів на проведення експертизи, яка є підставою для державної реєстрації генетично модифікованих організмів сортів сільськогосподарських рослин у відкритій системі».

З метою врегулювання питань, пов'язаних із залученням іноземних інвестицій для розвитку охорони здоров'я, Урядом України прийнято такі Постанови:

- від 05.08.2009 р. № 818 «Про залучення державним підприємством для постачання медичних установ «Укрмедпостач» у 2009 році іноземного кредиту для реалізації інвестиційного проекту щодо проектування та будівництва фельдшерсько-акушерських пунктів і сільських амбулаторій та оснащення їх медичним та іншим обладнанням під державну гарантію»;
- від 05.08.2009 р. № 819 «Про залучення державним підприємством для постачання медичних установ «Укрмедпостач» у 2009 році іноземного кредиту для реалізації інвестиційного проекту щодо забезпечення лікувально-профілактичних закладів обладнанням, транспортними засобами, виробами медичного призначення та лікарськими засобами під державну гарантію»;
- від 23.09.2009 р. № 1017 «Питання реалізації інвестиційного проекту щодо забезпечення лікувально-профілактичних закладів обладнанням, транспортними засобами, виробами медичного призначення та лікарськими засобами під державну гарантію»;

- від 14.10.2009 р. № 1092 «Про залучення державним підприємством для постачання медичних установ «Укрмедпостач» у 2009 році іноземного кредиту для реалізації інвестиційного проекту щодо забезпечення лікувально-профілактичних закладів медичним та іншим обладнанням, транспортними засобами, виробами медичного призначення та лікарськими засобами під державну гарантію»;

- від 29.10.2009 р. № 1144 «Про залучення державним українським об'єднанням «Політехмед» у 2009 році іноземного кредиту під державну гарантію для реалізації інвестиційного проекту щодо закупівлі автомобілів швидкої медичної допомоги з метою посилення соціальної захищеності громадян України»;

- від 29.10.2009 р. № 1145 «Про залучення у 2009 році під державну гарантію іноземного кредиту для реалізації інвестиційного проекту щодо закупівлі засобів реабілітації (автомобілів) для забезпечення інвалідів з метою посилення соціальної захищеності громадян України».

Кабінетом Міністрів України протягом 2009 р. прийнято низку документів, спрямованих на запобігання поширеності серед населення України захворювання на вірус грипу А/Н1N1. Основними з них стали:

- розпорядження від 28.04.2009 р. № 446-р «Про затвердження плану заходів щодо запобігання виникненню серед населення захворювання на свинячий грип»;

- розпорядження від 28.04.2009 р. № 473-р «Про виділення коштів для проведення першочергових заходів із недопущення занесенню та поширенню на території України свинячого грипу»;

- постанова від 10.06.2009 р. № 607 «Про особливості закупівлі товарів, необхідних для запобігання виникненню серед населення захворювання на свинячий грип»;

- постанова від 30.10.2009 р. № 1147 «Про фінансування невідкладних заходів, спрямованих на запобігання поширенню інфекційних захворювань серед населення»;

- постанова від 30.10.2009 р. № 1152 «Про запобігання поширенню грипу типу А/Н1N1/Каліфорнія/04/09 і гострих респіраторних захворювань серед населення»;

- розпорядження від 11.11.2009 р. № 1329-р «Деякі питання оплати праці медичних працівників, які залучаються до робіт, пов'язаних із запобіганням поширенню інфекційних захворювань серед населення»;

- постанова від 02.12.2009 р. № 1325 «Про посилення захисту окремих категорій населення у зв'язку з епідемічною ситуацією»;
- постанова від 02.12.2009 р. № 1334 «Про закупівлю масок медичних марлевих до державного резерву».

Постановою КМУ від 03.06.2009 р. № 589 затверджено Порядок провадження діяльності, пов'язаної з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, та контролю за їх обігом. Порядок визначив процедуру провадження суб'єктами господарювання – юридичними особами, незалежно від форми власності, діяльності, пов'язаної з культивуванням рослин, розробкою, виробництвом, виготовленням, зберіганням, перевезенням, пересиланням, придбанням, реалізацією (відпуском), ввезенням на територію України, вивезенням з її території, транзитом через територію України, використанням, знищенням наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів, включених до переліку, затвердженого постановою КМУ від 06.05.2000 р. № 770.

З метою підвищення ефективності загальнодержавних заходів, спрямованих на профілактику, діагностику та лікування цукрового діабету, його ускладнень, запобігання та зниження рівня захворюваності на цукровий діабет, його ускладнень, спричинених ними інвалідності і смертності, збільшення тривалості та поліпшення якості життя хворих, постановою КМУ від 19.08.2009 р. № 877 затверджено Державну цільову програму «Цукровий діабет» на 2009–2013 роки.

Для підвищення якості та доступності медичного обслуговування населення у 2009 р. КМУ прийнято такі документи:

- розпорядження від 17.06.2009 р. № 664-р «Деякі питання організації надання медичної допомоги»;
- постанова від 25.11.2009 р. № 1275 «Про утворення Ради з питань реформування системи охорони здоров'я»;
- постанова від 08.12.2009 р. № 1318 «Про затвердження Порядку здійснення медичного обслуговування учнів загальноосвітніх навчальних закладів».

Для визначення основних засад державної політики у сфері надання ЕМД, створення загальнодержавної системи надання ЕМД в Україні, яка є складовою національної безпеки країни, видано розпорядження КМУ від 25.11.2009 р. № 1426-р, яким схвалено Концепцію проекту Закону України

«Про загальнодержавну систему надання екстреної медичної допомоги». Відповідно до положень концепції, законопроект визначив:

- обов'язки та відповідальність центральних і місцевих органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування щодо управління, фінансування, кадрового та матеріально-технічного забезпечення функціонування системи ЕМД;

- принципи взаємодії центральних і місцевих органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування в забезпеченні функціонування зазначеної системи;

- порядок навчання, підготовки та перепідготовки медичних і немедичних працівників;

- порядок та умови надання ЕМД на місці події;

- права та обов'язки осіб, що звернулися по ЕМД.

Розробка та реалізація проекту Закону України «Про загальнодержавну систему надання екстреної медичної допомоги», відповідно до визначених КМУ концептуальних засад організації системи ЕМД, спрямована на забезпечення доступності, своєчасності та підвищення якості ЕМД, зниження рівня інвалідності та смертності при нещасних випадках, травмах та отруєннях, гострих порушеннях життєвих функцій людини внаслідок серцево-судинних, інших захворювань, що, своєю чергою, сприяє суттєвому зменшенню обсягів втрат бюджетних коштів, спричинених тимчасовою та стійкою непрацездатністю.

Відповідно до Законів України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» та «Про реабілітацію інвалідів в Україні», постановою КМУ від 03.12.2009 р. № 1317 «Питання медико-соціальної експертизи» затверджено Положення про медико-соціальну експертизу та Положення про порядок, умови та критерії встановлення інвалідності.

Для реалізації заходів, спрямованих на виконання Закону України «Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям інвалідам», КМУ видано розпорядження від 03.12.2009 р. № 1484-р «Деякі питання поліпшення медичного забезпечення інвалідів», а також постанови від 03.12.2009 р. № 1345 «Про затвердження Порядку забезпечення санаторно-курортними путівками дітей-інвалідів» та від 03.12.2009 р. № 1301 «Про затвердження Порядку забезпечення інвалідів і дітей-інвалідів технічними та іншими засобами».

Протягом 2009 р. відомча нормотворча робота проводилася на плановій основі і спрямовувалася на виконання заходів щодо реформування системи охорони здоров'я, визначених Верховною Радою України, Президентом України та КМУ.

З метою удосконалення системи управління кардіохірургічною службою України та для поліпшення якості лікування гострого коронарного синдрому і серцево-судинних захворювань, підвищення ефективності надання кардіохірургічної допомоги та її доступності для населення і виконання заходів щодо реалізації Державної програми запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань на 2006–2010 роки, наказом МОЗ України та Академії медичних наук України від 22.01.2009 р. № 32/5 затверджено Положення про організацію і роботу кардіохірургічної служби, Примірні штатні нормативи та Рекомендований таблиць оснащення кардіохірургічних центрів, відділень кардіохірургії з палатою інтенсивної терапії, групою анестезіології та перфузіології, відділень інтервенційної кардіології.

На виконання наказу МОЗ України від 19.03.2009 р. № 176 «Про затвердження заходів МОЗ України щодо удосконалення психіатричної допомоги на 2009–2010 роки» розроблено Положення про організацію психіатричної допомоги в Україні, вжито заходів щодо поліпшення фінансування та матеріально-технічного забезпечення психіатричних закладів, посилення контролю за дотриманням ними законодавства з питань державної акредитації та ліцензування.

На виконання Національного плану розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 р., затвердженого постановою КМУ від 13.06.2007 р. № 815, наказом МОЗ України від 26.03.2009 р. № 189 «Про Порядок контролю та управління якістю медичної допомоги» визначені:

- Порядок контролю та управління якістю медичної допомоги;
- Положення про клініко-експертні комісії МОЗ України;
- Типове положення про клініко-експертні комісії МОЗ АР Крим, управлінь (головних управлінь) охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських держадміністрацій, управлінь (відділів) охорони здоров'я міських, районних органів місцевого самоврядування;
- організаційна модель управління та контролю якості медичної допомоги;

- форми протоколу засідання клініко-експертної комісії та акту експертного контролю якості медичної допомоги.

Зазначений наказ спрямований на забезпечення впровадження дієвих механізмів контролю якості медичної допомоги, а також на реалізацію прав пацієнтів на належний рівень медичного обслуговування.

На виконання постанови КМУ від 05.11.2007 р. № 1290 «Про затвердження Державної програми створення єдиної системи надання екстреної медичної допомоги на період до 2010 року» наказом МОЗ України від 28.04.2009 р. № 283 «Про удосконалення підготовки та підвищення кваліфікації медичних працівників з надання екстреної та невідкладної медичної допомоги» визначено низку заходів щодо:

- створення дієвої системи підвищення кваліфікації медичних працівників із надання ЕМД;

- удосконалення порядку викладання дисципліни «Медицина надзвичайних ситуацій» студентам вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладів I–IV рівнів акредитації;

- приведення у відповідність до сучасних вимог типових навчальних планів і програм циклів спеціалізації, удосконалення і тематичного удосконалення з невідкладної медичної допомоги для лікарів і молодших спеціалістів із медичною освітою;

- запровадження ліцензійного інтегрованого іспиту Крок-М «Лікувальна справа» з обов'язковим включенням компоненту ЕМД;

- удосконалення навчальних програм із дисципліни «Медицина надзвичайних ситуацій».

На виконання Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року, затвердженої постановою КМУ від 27.12.2006 р. № 1849, наказом МОЗ України від 02.06.2009 р. № 383 «Про удосконалення організації надання медичної допомоги дітям підліткам та молоді» затверджено Примірні положення про Центр/відділення медичної допомоги підліткам та молоді «Клініка, дружня до молоді», про кабінет медичної допомоги підліткам та молоді «Клініка, дружня до молоді», про Інформаційно-ресурсний навчальний центр (відділ) та Примірні положення про медичних працівників зазначених закладів.

З метою створення в Україні сучасної системи паліативної допомоги, спрямованої на забезпечення пацієнтів із невиліковними хворобами та

обмеженим строком життя доступною та ефективною паліативною допомогою, наказом МОЗ України від 26.06.2009 р. № 463 затверджено заходи щодо розвитку паліативної допомоги в Україні на 2009–2010 рр. На виконання зазначеного наказу підготовлено Положення про організацію паліативної допомоги в Україні та Концепцію Державної цільової соціальної програми розвитку паліативної та хоспісної допомоги в Україні на період до 2014 року, проведено роботу щодо розвитку мережі хоспісів і відділень паліативної медицини в ЗОЗ, поліпшення їх кадрового та матеріально-технічного забезпечення.

Для удосконалення правового регулювання діяльності, спрямованої на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції в Україні та забезпечення соціального захисту ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД, прийнято накази МОЗ України від 24.03.2009 р. № 178 «Про затвердження плану заходів на виконання рішення Колегії МОЗ від 19.02.2009 р. «Про ефективність впровадження державної політики протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу» та від 25.06.2009 р. № 452 «Про затвердження Плану заходів із виконання Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки».

Відповідно до наказу МОЗ України від 24.03.2009 р. № 178, протягом 2009 р. було заплановано:

- підготувати та подати на затвердження нову редакцію Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення»;
- розробити стратегію інформаційно-просвітницької діяльності щодо профілактичної роботи у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу;
- забезпечити внесення підготовки та змін до Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки, спрямованих на забезпечення лікувально-профілактичних закладів засобами дезінфекції, стерилізації інструментарію, запровадження сучасних технологій та способів дезінфекції, створення на національному рівні єдиної електронної мережі моніторингу та контролю внутрішньолікарняних інфекцій;
- забезпечити підвищення рівня підготовки фахівців із питань контролю за внутрішньолікарняними інфекціями;

– налагодити міжвідомчу і міжсекторальну координацію діяльності державних органів і неурядових організацій, які працюють у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу;

– посилити контроль за забезпеченням інфекційної безпеки донорської крові.

З метою розвитку донорства крові та її компонентів, забезпечення високого рівня захисту здоров'я населення відповідно до вимог законодавства ЄС, запобігання передачі інфекційних захворювань під час взяття, переробки, зберігання і розподілу донорської крові та її компонентів, підготовлено проекти наказів МОЗ України «Про затвердження Положення для установи переливання крові щодо організації управління системою якості та безпеки донорської крові та її компонентів» і «Про затвердження Порядку контролю за дотриманням показників безпеки та якості донорської крові та її компонентів», розроблених на виконання плану заходів щодо виконання у 2009 р. Загальнодержавної програми адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу, затвердженого розпорядженням КМУ від 15.04.2009 р. № 408-р.

На виконання завдань і заходів Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки, затвердженої Законом України від 19.02.2009 р. № 1026-VI, наказом МОЗ України від 14.07.2009 р. № 509 затверджено Стратегію удосконалення системи консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію, стандартизованої лабораторної діагностики на 2009–2013 роки, та плану її реалізації. Метою стратегії стало створення умов для вільного доступу населення до якісних послуг консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію та охоплення ними до 60% уразливих щодо ВІЛ груп населення, досягнення високоефективних результатів лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції та контролю за лікуванням хворих за рахунок належного кадрового, матеріально-технічного забезпечення референс-лабораторії та регіональних лабораторій, удосконалення стандартів лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції.

Відповідно до завдань, визначених у рішенні колегії МОЗ України від 31.07.2009 р. «Про підсумки діяльності галузі охорони здоров'я України у 2008 році, завдання та перспективи її розвитку», протягом другого півріччя 2009 р. продовжувались подальше удосконалення функціонування галузі,

поліпшення її фінансування та матеріально-технічного і кадрового забезпечення. Доопрацьовано та подано на розгляд КМУ проекти Законів України «Про внесення змін до статті 32 Закону України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення», «Про ратифікацію Конвенції міжнародної організації праці 1974 року № 139 «Про боротьбу з небезпекою, спричинюваною канцерогенними речовинами й агентами у виробничих умовах, та заходи профілактики», «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування», «Про заклади охорони здоров'я», «Про медичні вироби» та проекти постанов КМУ «Про внесення змін до Положення про державний санітарно-епідеміологічний нагляд в Україні», «Про затвердження Державної цільової соціальної програми зменшення шкідливого впливу тютюну на здоров'я населення на період до 2012 року», «Про заходи щодо удосконалення системи медичного обслуговування населення». Наказом МОЗ України від 20.07.2009 р. № 525 затверджено зміни до Порядку проведення державної санітарно-епідеміологічної експертизи. Розроблено проекти Державної програми розвитку системи надання лікувально-профілактичної допомоги хворим нефрологічного профілю на 2010–2014 роки і Державної цільової програми «Трансплантація кісткового мозку» на 2010–2014 роки.

На виконання рішення колегії МОЗ України від 31.07.2009 р. структурними підрозділами МОЗ, управліннями охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій, закладами та установами, підпорядкованими МОЗ, керівництвом вищих медичних (фармацевтичного) навчальних закладів і закладів післядипломної освіти відповідно до їх компетенції здійснювалась діяльність щодо:

- реформування ПМСД на засадах ЗП/СМ;
- зміцнення матеріально-технічної бази ЗОЗ;
- інвентаризації закладів та установ системи охорони здоров'я України і проведення з урахуванням її результатів заходів, спрямованих на забезпечення оптимізації мережі ЗОЗ;
- впровадження міжнародних стандартів у підготовку лікарів, провізорів та молодших медичних і фармацевтичних спеціалістів, удосконалення навчальних планів післядипломної підготовки лікарів;
- удосконалення законодавства з питань контролю якості лікарських засобів, медичної продукції та цінової політики на них;

– створення Всеукраїнського реєстру донорів кісткового мозку і забезпечення функціонування референс-лабораторії з тканинного та HLA-типуювання;

– удосконалення нормативно-правової бази щодо питань ліцензування діяльності суб'єктів підприємницької діяльності у сфері охорони здоров'я та державної акредитації ЗОЗ;

– поліпшення системи обліку дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, та дітей із позитивним ВІЛ-статусом, підвищення рівня інформаційно-профілактичної діяльності щодо протидії поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу серед населення;

– удосконалення механізму складання індивідуальних програм реабілітації інвалідів;

– розвиток стандартизації в охороні здоров'я відповідно до Уніфікованої методики розробки клінічних настанов, медичних стандартів/клінічних протоколів медичної допомоги на засадах доказової медицини;

– створення методології розробки вертикально інтегрованої системи індикаторів якості;

– розробки уніфікованого класифікатора медичних послуг;

– удосконалення Порядку державної реєстрації медичної техніки та виробів медичного призначення.

На виконання розпорядження КМУ від 12.11.2008 р. № 1487-р «Про утворення Міжвідомчої комісії з питань оптимізації мережі закладів охорони здоров'я» наказом МОЗ України від 12.08.2009 р. № 589 затверджено План заходів, спрямованих на раціональне використання державних коштів та поліпшення стану надання медичної допомоги.

Зазначеним планом визначено перелік нормативно-правових актів, підготовка яких передбачена протягом 2009–2010 рр. Основними з них були:

- Критерії віднесення закладів охорони здоров'я до первинного, вторинного та третинного рівнів надання медичної допомоги;

- Єдиний класифікатор медичних послуг (із зазначенням переліків видів медичних послуг, що мають надаватися на первинному, вторинному та третинному рівнях);

- Методичні рекомендації щодо реорганізації бюджетних закладів охорони здоров'я в комунальні некомерційні підприємства;

- Порядок організації роботи комунальних некомерційних підприємств охорони здоров'я;
- Типовий договір про надання медичних послуг між закладом охорони здоров'я та органом влади;
- Методичні рекомендації щодо передачі закладів охорони здоров'я, що знаходяться на балансі сільських, селищних та міських у містах районного значення рад, у спільну власність територіальних громад району;
- Порядок проведення закупівель медичних послуг на контрактній основі;
- Типове положення про забезпечення координації та наступності в наданні медичної допомоги при надзвичайних ситуаціях;
- Табелі оснащення різних типів закладів охорони здоров'я та Типові положення про них;
- Типова структура відділу охорони здоров'я районної державної адміністрації;
- Методика обрахування вартості медичних послуг;
- Положення про єдину інформаційну систему галузі охорони здоров'я;
- Положення про Агенцію експертизи якості медичних послуг;
- Уніфікована методика з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги на засадах доказової медицини;
- Критерії та індикатори якості надання медичної допомоги;
- Примірне положення про Наглядову раду закладу охорони здоров'я;
- Порядок розрахунку потреби системи охорони здоров'я в лікарях;
- Положення про порядок компенсації населенню вартості ліків та лікарських засобів.

Протягом 2010 р. прийнято низку нормативно-правових актів із питань охорони здоров'я, серед яких:

- 47 законів України, з яких 5 – з основної діяльності;
- 78 постанов Верховної Ради України, з яких 19 – з основної діяльності;
- 34 укази Президента України, з яких 5 – з основної діяльності;
- 123 постанови КМУ, з яких 73 – регулюють окремі питання діяльності у сфері охорони здоров'я;

- 68 розпоряджень КМУ, з яких 25 – регулюють окремі питання діяльності у сфері охорони здоров'я;
- 688 наказів МОЗ України.

Формування державної політики охорони здоров'я у 2010 р. забезпечувалось шляхом прийняття Верховною Радою України законів України, якими закріплено головні завдання та пріоритетні напрями реформування галузі.

З метою забезпечення зниження рівня захворюваності, інвалідності та смертності населення шляхом формування і налагодження ефективного функціонування системи надання населенню доступної і високоякісної ПМСД Законом України від 22.01.2010 р. № 1841-VI затверджено Загальнодержавну програму розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2011 року. Реалізація зазначеної програми передбачала комплекс організаційних заходів щодо:

- удосконалення нормативно-правової та науково-методичної бази з питань діяльності ЗОЗ, що надають ПМСД;
- розвитку мережі амбулаторій сімейної медицини у міській та сільській місцевості шляхом реорганізації і перепрофілювання діючих ЗОЗ, забезпечення матеріально-технічного оснащення таких амбулаторій;
- поетапної реструктуризації амбулаторно-поліклінічних закладів;
- забезпечення доступності ПМСД;
- підвищення рівня підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації лікарів, іншого медичного персоналу для надання ПМСД;
- забезпечення лікувальних закладів медичним енергоефективним обладнанням і спеціалізованими автотранспортними засобами;
- впровадження стандартів ПМСД та критеріїв оцінки її якості;
- удосконалення системи рейтингових показників, які характеризують якість роботи лікувальних закладів;
- поширення в Україні кращого світового досвіду організації ПМСД на ЗП/СМ;
- забезпечення участі громадськості в управлінні системою охорони здоров'я.

Законом України від 20.05.2010 р. № 2278-VI затверджено Державну програму економічного і соціального розвитку України на 2010 рік, якою визначено термінові заходи КМУ, цілі, пріоритети соціально-економічного

розвитку та основні заходи щодо реалізації державної політики у 2010 р. У програмі зазначено, що до основних проблем охорони здоров'я належать: значно нижча порівняно з іншими європейськими країнами середня тривалість життя та високий рівень інвалідизації населення, зумовлені високим рівнем захворюваності на серцево-судинні, судинно-мозкові, онкологічні хвороби, цукровий діабет, туберкульоз, ВІЛ-інфекцію/СНІД тощо; неефективна структура управління системи охорони здоров'я та відсутність сучасних механізмів фінансування, розпорошеність і нераціональне використання наявних у ній ресурсів; дефіцит кадрів внаслідок знищення соціального престижу медичної професії; відсутність мотивацій до поліпшення якості та підвищення ефективності медичної допомоги; високий рівень поширення серед населення тютюнопаління, алкоголізму, наркоманії тощо; недостатня увага заходам, спрямованим на формування та утвердження в суспільстві традицій ведення ЗСЖ, забезпечення активної профілактики захворювань і травм. Для вирішення зазначених проблем, Уряду доручено вжити заходи щодо:

- підвищення якості, своєчасності, доступності та економічної ефективності медичного обслуговування;
- усунення фрагментації та підвищення ефективності й раціональності використання фінансових ресурсів системи охорони здоров'я;
- загального зниження рівня захворюваності та смертності населення за рахунок поліпшення профілактики, діагностики й лікування хвороб, які переважно формують структуру захворюваності та смертності, запобігання виробничому і невиробничому травматизму;
- першочергового підвищення якості надання медичної допомоги матерям і дітям, поліпшення репродуктивного здоров'я населення;
- забезпечення безпечних умов проживання, навчання, праці, відпочинку та харчування, посилення державного санітарно-епідеміологічного нагляду та державного нагляду за якістю і безпечністю лікарських засобів, медичного обладнання та медичних виробів;
- відновлення соціального престижу медичної професії та забезпечення гідного соціального захисту медичних працівників.

Законом України «Про засади внутрішньої і зовнішньої політики» від 01.07.2010 р. № 2411-VI визначено принципи та пріоритети державної політики в економічній, соціальній і гуманітарній сферах, в екологічній сфері

та сфері техногенної безпеки. До основних засад внутрішньої політики в гуманітарній сфері, які слід ураховувати під час розробки проектів законодавчих та інших нормативно-правових актів, цим законом віднесено:

- реформування системи охорони здоров'я з метою забезпечення якісної і доступної медичної допомоги, надання державою гарантованого обсягу безоплатної медичної допомоги, ефективної реалізації державних цільових програм лікування найбільш поширених небезпечних для здоров'я і життя людини захворювань, раціонального державного контролю за якістю лікарських засобів і виробів медичного призначення;

- розвиток страхової медицини, зокрема шляхом запровадження загальнообов'язкового державного медичного страхування;

- запровадження пріоритетного розвитку та профілактичного спрямування ПМСД, розвиток інституту сімейного лікаря, забезпечення проведення обов'язкових профілактичних медичних оглядів (диспансеризації) з метою ранньої діагностики захворювань, створення єдиного простору доступної для всіх верств населення медичної допомоги;

- сприяння популяризації та поширенню ЗСЖ.

З метою впровадження прогресивних форм господарювання ЗОЗ і ринкових відносин у медичній галузі, створення конкурентного середовища та залучення інвестицій, забезпечення раціонального та ефективного використання державних коштів, Верховною Радою України прийнято Закони України «Про здійснення державних закупівель» від 01.06.2010 р. № 2289-VI, «Про державно-приватне партнерство» від 01.07.2010 р. № 2404-VI, «Про внесення змін до статті 27-1 Закону України «Про планування і забудову територій» щодо будівель закладів освіти та культури, фізичної культури і спорту, медичного та оздоровчого призначення» від 21.10.2010 р. № 2625-VI.

Для оновлення законодавчої бази охорони здоров'я, приведення її у відповідність до законодавства Ради Європи та ЄС прийнято такі Закони України:

- «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо обмеження споживання і продажу пива та слабоалкогольних напоїв» від 21.01.2010 р. № 1824-VI;

- «Про внесення зміни до статті 12 Закону України «Про лікарські засоби» щодо маркування лікарських засобів шрифтом Брайля» від 11.05.2009 р. № 2165-VI;

- «Про захист персональних даних» від 01.06.2010 р. № 2297-VI;
- «Про внесення змін до Кримінального кодексу України щодо посилення відповідальності за неналежне виконання обов'язків стосовно охорони життя та здоров'я дітей, а також за зловживання опікунськими правами» від 23.09.2010 р. № 2556-VI;
- «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо обмеження державного регулювання господарської діяльності» від 19.10.2010 р. № 2608-VI;
- «Про внесення змін до Закону України «Про дитяче харчування» щодо посилення вимог до виробництва та обігу продуктів дитячого харчування» від 02.12.2010 р. № 2746VI;
- «Про державний ринковий нагляд і контроль нехарчової продукції» від 02.12.2010 р. № 2735-VI;
- «Про загальну безпечність нехарчової продукції» від 02.12.2010 р. № 2736-VI;
- «Про внесення змін до Закону України «Про основи соціального захисту бездомних громадян і безпритульних дітей» від 21.12.2010 р. №2823-VI;
- «Про Основні засади (стратегію) державної екологічної політики України на період до 2020 року» від 21.12.2010 р. № 2818-VI;
- «Про внесення змін до Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» від 23.12.2010 р. № 2861-VI.

З метою подальшого впровадження європейських стандартів забезпечення права громадян на медичну допомогу, утвердження ЗСЖ, Указом Президента України від 27.01.2010 р. № 70/2010 «Про додаткові заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення» доручено Уряду розробити та затвердити Державну програму реформування системи охорони здоров'я населення, в якій передбачено заходи щодо:

- підготовки законопроектів стосовно забезпечення додержання державних гарантій надання населенню безоплатної кваліфікованої медичної допомоги, запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування;
- забезпечення проведення функціональної інвентаризації мережі державних ЗОЗ із метою оптимізації використання їх потужностей

відповідно до потреб населення, оновлення матеріальної бази таких закладів та оснащення їх новітнім медичним обладнанням;

- удосконалення системи контролю за якістю лікарських засобів, запровадження ефективного механізму боротьби з виробництвом та реалізацією фальсифікованих лікарських засобів;

- збільшення рівня оплати праці медичних працівників, вирішення в установленому порядку питання щодо забезпечення їх житлом;

- удосконалення системи управління галуззю охорони здоров'я.

Кабінету Міністрів України доручено здійснити заходи щодо належного фінансування державних цільових програм у галузі охорони здоров'я, посилення вимог до керівників місцевих органів виконавчої влади стосовно виконання повноважень у галузі охорони здоров'я, належної організації роботи ЗОЗ із надання медичної допомоги населенню, забезпечити включення до складу показників, за якими проводиться комплексна оцінка соціально-економічного розвитку регіонів України, основних показників стану здоров'я населення.

Зазначеним указом на МОЗ України покладено обов'язок забезпечити впровадження системи контролю за якістю медичної допомоги, опрацювати питання щодо створення Інституту підготовки менеджерів з охорони здоров'я, спільно з органами охорони здоров'я здійснити комплекс заходів щодо удосконалення організації обов'язкових профілактичних медичних оглядів населення та активізації діяльності центрів здоров'я.

Для удосконалення механізмів реалізації державної політики, врахування суспільно значущих інтересів у вирішенні найважливіших питань гуманітарного розвитку, підготовки пропозицій щодо забезпечення додержання прав і свобод людини та громадянина у сферах освіти, науки, культури і мистецтва, охорони здоров'я, інтелектуальної та творчої діяльності, впровадження системних реформ, спрямованих на досягнення відповідності європейським стандартам захисту таких прав, Указом Президента України від 02.04.2010 р. № 469/2010 створено Громадську гуманітарну раду. Відповідно до положення, затвердженого цим указом, до компетенції гуманітарної ради серед іншого віднесені:

- підготовка пропозицій щодо визначення пріоритетів і механізмів здійснення реформ у сфері гуманітарного розвитку, досягнення відповідності європейським стандартам захисту прав і свобод людини та громадянина у сфері охорони здоров'я;

– проведення громадських обговорень, наукових конференцій, круглих столів із питань реформ у сфері гуманітарного розвитку, вивчення громадської думки з питань, що розглядаються радою;

– розгляд законопроектів із питань охорони здоров'я, які пропонуються для внесення Президентом України на розгляд Верховної Ради України, проектів актів Президента України з цих питань і підготовка пропозицій щодо таких проектів;

– участь у підготовці послань Президента України до народу, щорічних і позачергових послань Президента України до Верховної Ради України про внутрішнє і зовнішнє становище України;

– вивчення стану забезпечення додержання в Україні прав громадян у гуманітарній сфері, здійснення порівняльного аналізу ситуації з цих питань в Україні та іноземних державах, підготовка на основі кращого світового досвіду пропозицій щодо вдосконалення законодавства України.

З метою впровадження системних економічних реформ, спрямованих на вихід із фінансової та економічної кризи, забезпечення сталого економічного розвитку України, Указом Президента України від 26.02.2010 р. № 273 утворено Комітет з економічних реформ як консультативно-дорадчий орган при Президентові України. Відповідно до доручення Президента 02.06.2010 р. на засіданні цього комітету схвалено Програму економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна влада». Головною метою перетворень у медичній сфері зазначена програма визначила поліпшення здоров'я населення, забезпечення рівного та справедливого доступу всіх членів суспільства до медичних послуг належної якості. У програмі сформульовано основні напрями та етапи здійснення реформи медичного обслуговування, критерії оцінки ефективності її проведення.

Планом першочергових заходів на 2010 р. щодо реалізації основних положень Програми економічних реформ на 2010–2014 роки, затвердженим постановою КМУ від 23.06.2010 р. № 1725-р, Міністерству охорони здоров'я України доручено розробити та внести на розгляд Уряду законопроекти щодо:

– об'єднання коштів для надання ПМСД на рівні району або міста, вторинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (ВМД) та ЕМД на обласному рівні, третинної (високоспеціалізованої високотехнологічної)

допомоги (ТМД) на обласному і державному рівнях, перерозподілу фінансування з метою збільшення суми коштів, що виділяється для надання ПМСД і розвитку профілактичної медицини;

– переходу до фінансування комунальних і державних ЗОЗ на основі державного замовлення.

Указом Президента України від 21.12.2010 р. № 1154/2010 керівникам напрямів реформ доручено створити в тижневий строк тематичні робочі групи з упровадження реформ, забезпечити підготовку і подання робочими групами планів-графіків з упровадження економічних реформ та на їх основі пропозицій до проекту Національного плану дій на 2011 рік щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010–2014 роки. Кабінету Міністрів України доручено до 01.02.2011 р. подати зазначений проект Національного плану дій на розгляд Координаційного центру з упровадження економічних реформ.

Протягом 2010 р. реалізація державної політики охорони здоров'я здійснювалась Урядом відповідно до цілей та пріоритетних напрямів, визначених Програмою економічних реформ на 2010–2014 роки. Постановою КМУ від 19.04.2010 р. № 315 «Про схвалення Декларації цілей та завдань бюджету на 2011 рік (Бюджетної декларації)» доручено МОЗ розробити законопроекти для формування переліку гарантованих державою безоплатних, а також і платних медичних послуг. Згідно із орієнтовним планом законопроектних робіт на 2010 р., затвердженим розпорядженням КМУ від 16.06.2010 р. № 1231-р, МОЗ України протягом року розроблено проекти законів України, спрямовані на:

– удосконалення системи здійснення державного нагляду (контролю) за обігом виробів медичного призначення;

– встановлення відповідальності за порушення законодавства стосовно виготовлення, обігу, ввезення, вивезення, застосування, використання та утилізації виробів медичного призначення;

– визначення організаційних і правових основ побудови та функціонування загальнодержавної системи надання ЕМД.

Відповідно до розпорядження КМУ від 28.07.2010 р. № 1551-р, протягом другого півріччя 2010 р. на засіданнях Уряду розглянуто проекти нормативних актів, якими передбачено вирішення питань підвищення соціального захисту медичних працівників, удосконалення системи

державного нагляду за обігом лікарських засобів і медичних виробів, поліпшення доступності та якості медичної допомоги.

З метою підвищення ефективності реалізації державної політики у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та здійснення заходів із протидії їх незаконному обігу, протягом 2010 р. Урядом прийнято ряд актів, які визначили структурну перебудову в зазначеній сфері та концептуальні засади державної політики у сфері протидії поширенню наркоманії.

Так, постановою КМУ від 23.06.2010 р. № 516 на базі Комітету з контролю за наркотиками створено Державний комітет України з питань контролю за наркотиками як центральний орган виконавчої влади, діяльність якого координується Урядом. Положення про цей комітет затверджено постановою КМУ від 28.07.2010 р. № 676. Розпорядженням КМУ від 13.09.2010 р. № 1808-р схвалено Концепцію реалізації державної політики у сфері протидії поширенню наркоманії, боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів на 2011–2015 роки. Планом заходів щодо виконання зазначеної концепції, який затверджено розпорядженням КМУ від 22.11.2010 р. № 2140-р, міністерствам, іншим центральним та місцевим органам виконавчої влади, відповідальним за виконання плану, доручено провести комплекс заходів, спрямованих на підвищення:

- рівня міжвідомчої координації та практичної взаємодії центральних органів виконавчої влади у сфері протидії поширенню наркоманії, боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів;

- рівня контролю за виробництвом, виготовленням, придбанням, зберіганням, відпуском, обліком, перевезенням, пересиланням наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів, а також лікарських засобів, зловживання якими може викликати наркотичну залежність;

- рівня поінформованості населення щодо наслідків розповсюдження наркотичних засобів, психотропних речовин і вживання зазначених засобів та речовин не за медичним призначенням;

- ефективності заходів, спрямованих на реабілітацію осіб із наркотичною залежністю.

Зазначеним планом заходів передбачено створення: загальнодержавної системи аналізу ризиків та тенденцій до збільшення обсягу пропонування на

ринку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів; міжвідомчої автоматизованої системи обміну інформацією, пов'язаною з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів; Комплексної програми профілактики поширення наркоманії та алкоголізму, підписання Угоди між Україною та ЄС про оперативне співробітництво у сфері протидії поширенню наркоманії та боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів.

З метою реалізації комплексу заходів, спрямованих на поліпшення та зміцнення здоров'я дітей, протягом 2010 р. КМУ прийнято низку нормативно-правових актів, основними з яких стали:

- Постанова від 12.07.2010 р. № 594 «про виділення коштів для забезпечення продуктами лікувального харчування дітей, хворих на фенілкетонурию»;

- Постанова від 14.07.2010 р. № 623 «про порядок використання у 2010 році коштів, передбачених у державному бюджеті для поліпшення медичного обслуговування дітей, які постраждали внаслідок чорнобильської та інших екологічних катастроф»;

- Розпорядження від 14.07.2010 р. № 1481-р «про затвердження плану заходів щодо поліпшення медичного обслуговування дітей, які постраждали внаслідок чорнобильської та інших екологічних катастроф, на 2010–2012 роки»;

- Розпорядження від 03.11.2010 р. № 2056-р «про схвалення концепції державної цільової соціальної програми оздоровлення та відпочинку дітей на 2011–2015 роки»;

- Розпорядження від 22.11.2010 р. № 2149-р «про утворення міжвідомчої робочої групи з питань оснащення медичним обладнанням, проектування, будівництва та реконструкції національної дитячої спеціалізованої лікарні «охматдит» і лікарні донецького обласного клінічного територіально-медичного об'єднання».

Упродовж 2010 р. відомча нормотворча робота здійснювалась на плановій основі відповідно до пріоритетних напрямів реформування галузі, визначених Верховною Радою України, Президентом України та КМУ, і спрямовувалась на поліпшення доступності, якості та своєчасності медичної допомоги, забезпечення раціонального використання наявних ресурсів.

Відповідно до Основних концептуальних напрямів реформування системи охорони здоров'я, затверджених постановою КМУ від 17.02.2010 р.

№ 208 «Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я», МОЗ підготовлено низку проектів законодавчих актів щодо регулювання порядку надання громадянам медичної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я, удосконалення системи контролю за якістю лікувально-діагностичного процесу, запровадження ефективного механізму боротьби з виробництвом і розповсюдженням фальсифікованих та неякісних лікарських засобів, визначення на законодавчому рівні гарантованого обсягу надання безоплатної медичної допомоги та переліку платних послуг у сфері охорони здоров'я.

Протягом 2010 р. розроблено:

- порядок визначення обсягу та вартості послуг із надання ЕМД, ПМСД, спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної, високоспеціалізованої амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної медичної допомоги;

- критерії класифікації ЗОЗ за рівнем надання медичної допомоги та порядок направлення пацієнтів до ЗОЗ, що надає медичну допомогу відповідного рівня;

- порядок проведення диспансерного огляду населення;

- примірний договір про надання медичних послуг.

Згідно з Основними концептуальними напрямками реформування системи охорони здоров'я, розпочато роботу, спрямовану на забезпечення структурної реорганізації галузі шляхом створення центрів ПМСД, міжрайонних і міжміських об'єднань комунальних некомерційних підприємств, забезпечення розвитку державно-приватного партнерства та запровадження моніторингу стану фінансового забезпечення соціальних нормативів у сфері охорони здоров'я.

Відповідно до завдань, визначених у рішенні Колегії МОЗ від 29.04.2010 р. «Сучасний стан, реформування та подальший розвиток первинної медико-санітарної допомоги. Оптимізація мережі та ліжкового фонду закладів охорони здоров'я», протягом другого півріччя 2010 р. продовжувалась робота, спрямована на забезпечення реалізації Закону України від 22.01.2010 р. № 1841-VI «Про затвердження Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини до 2011 року». Доопрацьовано та подано на розгляд КМУ проекти нової редакції Основ законодавства України про охорону здоров'я,

Закону України «Про лікарські засоби», законопроекти «Про заклади охорони здоров'я та медичне обслуговування», «Про внесення змін до Закону України «Про рекламу». Проведено роботу щодо перегляду умов акредитації закладів ПМСД, розроблено нормативи навантаження на медичних працівників, стандарти та уніфіковані клінічні протоколи надання медичної допомоги населенню на рівні ПМСД на засадах доказової медицини та індикатори якості ПМСД. Структурними підрозділами МОЗ підготовлено проекти постанов КМУ «Про внесення зміни до Типового положення про управління охорони здоров'я обласної, Севастопольської міської державної адміністрації та Головне управління охорони здоров'я Київської міської державної адміністрації», «Про внесення змін до Типового положення про відділ охорони здоров'я районної державної адміністрації» та розроблено проекти:

- Єдиної методики розрахунку вартості медичних послуг;
- Примірних договорів про закупівлю медичних послуг;
- Примірних статутів закладів охорони здоров'я;
- Порядку укладання договорів про закупівлю медичних послуг;
- Порядку фінансування закладів первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги;
- Порядку проведення моніторингу медичного обслуговування населення, результативності та ефективності реформування галузі;
- Порядку реалізації права вибору пацієнтом сімейного лікаря;
- Порядку реорганізації первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги.

На виконання наказу МОЗ України від 26.08.2010 р. № 725 протягом другого півріччя 2010 р. структурними підрозділами міністерства розроблено план Заходів із реформування охорони здоров'я протягом 2010–2014 років і проведено оцінку фінансових ресурсів для реалізації зазначених заходів.

На виконання завдань і заходів Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2011 року, затвердженої Законом України від 22.01.2010 р. № 1841-VI, наказом МОЗ України від 30.08.2010 р. № 735 затверджено примірні етапи і складові реформування первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги. На підготовчому етапі реформування передбачено проведення до кінця 2011 р. аналізу демографічних показників, стану

здоров'я населення, ресурсного та управлінського забезпечення охорони здоров'я, основних показників діяльності амбулаторно-поліклінічних закладів.

На етапі впровадження примірних моделей реформування передбачено проведення протягом 2010–2011 рр. комплексу заходів, спрямованих на забезпечення структурно-функціональної реорганізації системи медичного обслуговування населення на принципах розмежування первинного і вторинного рівнів надання медичної допомоги.

На третьому (завершальному) етапі проведено протягом 2012 р. діяльність щодо:

- завершення формування «госпітальних» округів;
- автономізації ЗОЗ первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги, надання їм статусу комунальних некомерційних неприбуткових підприємств;
- впровадження державних закупівель медичних послуг на первинному і вторинному рівнях надання медичної допомоги за відповідними договорами;
- впровадження механізму реалізації права пацієнтів вільно вибирати сімейного лікаря або у визначеному порядку його змінювати.

Протягом 2011 р. прийнято низку нормативно-правових актів із питань охорони здоров'я:

- 82 закони України, з яких 14 – з основної діяльності;
- 139 постанов Верховної Ради України, з яких 20 – з основної діяльності;
- 70 указів Президента України, з яких 6 – з основної діяльності;
- 146 постанов КМУ, з яких 105 – регулюють окремі питання діяльності у сфері охорони здоров'я;
- 112 розпоряджень КМУ, з яких 83 – регулюють окремі питання діяльності у сфері охорони здоров'я;
- 1032 накази МОЗ України.

Верховною Радою України у 2011 р. забезпечувалось формування державної політики охорони здоров'я шляхом прийняття законів України, якими закріплено головні завдання та пріоритети реформування галузі.

Найбільш визначальними з них стали Закони України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо

удосконалення надання медичної допомоги» від 07.07.2011 р. № 3611-VI та «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві» від 07.07.2011 р. № 3612-VI.

Основи законодавства України про охорону здоров'я стали базовим законодавчим актом, яким визначено правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я в Україні, а також суспільні відносини у цій сфері.

З часу прийняття зазначеного законодавчого акту у 1992 р. відбулися значні зміни у сфері соціально-економічних відносин, ЗОЗ набули певного досвіду роботи в ринкових умовах. Сфера охорони здоров'я почала потребувати глобального реформування. Дефіцит фінансування ЗОЗ, неефективний розподіл ресурсів призвели до значного зниження доступності для населення медичної допомоги.

Все це зумовило необхідність приведення положень Основ законодавства України про охорону здоров'я у відповідність до потреб сьогодення.

Закон України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» розроблено з метою вдосконалення правової бази у сфері охорони здоров'я, створення ефективної системи організації надання медичної допомоги населенню для забезпечення конституційного права громадян на охорону здоров'я, медичну допомогу. Проект цього закону опрацьовано робочою групою МОЗ України із залученням провідних фахівців галузі охорони здоров'я, Національної академії медичних наук, представників заінтересованих органів виконавчої влади, Ради міністрів АР Крим, обласних, міст Києва і Севастополя державних адміністрацій, соціальних партнерів та представників громадських організацій.

У цьому документі суттєво розширено термінологічний словник, зокрема, визначено поняття «здоров'я», «заклад охорони здоров'я», «медична допомога», «медичне обслуговування», «пацієнт», встановлено систему стандартів у сфері охорони здоров'я, складовими якої є державні соціальні нормативи та галузеві стандарти. При цьому передбачено, що державні соціальні нормативи у сфері охорони здоров'я встановлюються згідно із Законом України «Про державні соціальні стандарти та державні

соціальні гарантії», а галузеві стандарти у сфері охорони здоров'я (зокрема, стандарт медичної допомоги (медичний стандарт), клінічний протокол, таблиць матеріально-технічного оснащення, лікарський формуляр) розроблюються і затверджуються спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я.

Крім того, у зазначеному законі встановлено, що:

- порядок створення, припинення діяльності ЗОЗ, їх класифікація та особливості діяльності визначаються законом;
- призначення керівників державних, комунальних ЗОЗ на посаду здійснюється шляхом укладення з ними контракту;
- за рахунок бюджетних коштів медична допомога надається безоплатно ЗОЗ і лікарями, які здійснюють господарську діяльність із медичної практики як фізичні особи – підприємці, з якими укладені договори про надання такої допомоги; особливості укладання договорів про надання безоплатної медичної допомоги визначені окремим законом.

У законі чітко поділено медичну допомогу на види (ЕМД, ПМСД, ВМД, ТМД). Новим стало введення на законодавчому рівні поняття паліативної допомоги, яка надається пацієнтам на останніх стадіях перебігу невиліковних захворювань і включає комплекс заходів, спрямованих на полегшення фізичних та емоційних страждань хворих, а також надання психосоціальної і моральної підтримки сім'ї таких пацієнтів. Визначення порядку організації та надання названих видів медичної допомоги покладено на спеціально уповноважений центральний орган виконавчої влади у сфері охорони здоров'я.

З метою забезпечення належної якості та доступності безоплатної ВМД та ефективного використання ресурсів у сфері охорони здоров'я законом передбачено створення госпітальних округів. Порядок утворення таких округів визначений КМУ.

На законодавчому рівні врегульовано, що експертиза тимчасової непрацездатності громадян проводиться лікарем або комісією лікарів у ЗОЗ незалежно від форми власності, а також лікарями, які здійснюють господарську діяльність із медичної практики як фізичні особи – підприємці.

Окремі положення закону спрямовано на поліпшення умов оплати праці медичних працівників державних і комунальних ЗОЗ, зокрема, шляхом встановлення доплат, надбавок за обсяг і якість виконаної роботи за критеріями, визначеними КМУ.

Закон набрав чинності 01.01.2012 р. з урахуванням визначених ним особливостей. Зокрема, передбачено, що до 31.12.2019 р. ПМСД надаватимуть, крім ЛЗП/СЛ та інших медичних працівників, які працюють під керівництвом таких лікарів, також лікарі-терапевти дільничні, лікарі-педіатри дільничні та інші медичні працівники, які працюють під керівництвом і контролем лікарів-терапевтів дільничних і лікарів-педіатрів дільничних. З 01.01.2020 р. порядок надання медичної допомоги сімейними лікарями встановлюватиметься відповідно до цього Закону.

Закон України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» забезпечує систематизацію правового регулювання у сфері охорони здоров'я, сприяє поліпшенню організації надання медичної допомоги, створенню умов для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування, забезпеченню права громадян на безоплатну медичну допомогу в державних і комунальних ЗОЗ, створює передумови для запровадження багатоканального фінансування сфери охорони здоров'я, проведення реформування системи охорони здоров'я.

Закон України від 07.07.2011 р. № 3612-VI «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві» прийнято Верховною Радою України з метою відпрацювання нових організаційно-правових і фінансово-економічних механізмів, які спрямовані на підвищення ефективності та доступності медичного обслуговування населення і необхідні для розвитку системи охорони здоров'я України.

Завдяки цьому законодавчому акту впроваджується структурно-організаційне та фінансово-економічне розмежування ЗОЗ у пілотних регіонах за видами надання медичної допомоги (ПМД, ВМД, ТМД і ЕМД) шляхом створення центрів ПМСД, спеціалізованих за профілем та інтенсивністю медичних закладів як складових госпітальних округів і високоспеціалізованих ЗОЗ або центрів із надання ТМД.

Процес структурування має відбуватися лише з урахуванням особливостей адміністративних територій (щільності та характеру розселення населення, стану транспортних комунікацій, матеріально-технічного та кадрового потенціалу закладів охорони здоров'я, їх профілю та інших територіальних особливостей). Це дасть змогу сконцентрувати наявні

матеріальні, фінансові та трудові ресурси ЗОЗ, уникнути дублювання їх функцій та структурувати відповідно до інтенсивності надання медичної допомоги.

Цей закон передбачає застосування програмно-цільового методу у бюджетному процесі, що дасть змогу спрямувати бюджетні кошти за видами медичної допомоги з бюджетів відповідних рівнів, а також запровадити договори на медичне обслуговування.

Основною відмінністю від діючої системи планування бюджетних витратків є концентрація коштів на ПМСД на рівні бюджету району (міста), а на ВМД – на рівні бюджету області. У м. Києві всі видатки на охорону здоров'я концентруються на рівні міського бюджету.

Реалізація положень цього закону передбачає удосконалення порядку організації медичного обслуговування населення та діяльності ЗОЗ, забезпечення підвищення якості медичного обслуговування, запровадження договорів про медичне обслуговування населення, створення механізмів раціонального використання фінансових, кадрових і матеріально-технічних ресурсів галузі. Результати експерименту дадуть змогу визначити оптимальну модель реформування системи охорони здоров'я на державному рівні.

Пріоритетним напрямом у формуванні законодавчої бази охорони здоров'я є діяльність органів виконавчої влади, спрямована на виконання заходів Загальнодержавної програми адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу, затвердженої Законом України від 18.03.2004 р. № 1629-IV, проведення аналізу відповідності проектів нормативно-правових актів законодавству ЄС та Ради Європи.

З метою оновлення законодавства України про лікарські засоби, приведення його у відповідність до законодавства Ради Європи та ЄС прийнято такі Закони України:

- «Про внесення зміни до статті 17 Закону України «Про лікарські засоби» щодо порядку ввезення в Україну лікарських засобів» від 15.03.2011 р. № 3141-VI;
- «Про внесення зміни до статті 21 Закону України «Про рекламу»; від 19.04.2011 р. № 3235-VI;
- «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо клінічних випробувань лікарських засобів» від 12.05.2011 р. № 3323-VI;

- «Про внесення змін до статті 9 Закону України «Про лікарські засоби» (щодо приведення порядку реєстрації лікарських засобів до міжнародних стандартів)» від 06.09.2011 р. № 3692-VI;
- «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо запобігання фальсифікації лікарських засобів» від 08.09.2011 р. № 3718-VI;
- «Про внесення зміни до статті 9 Закону України «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними» від 08.09.2011 р. № 3712-VI;
- «Про внесення змін до статті 9 Закону України «Про лікарські засоби» від 03.11.2011 р. № 3998-VI;
- «Про внесення зміни до статті 17 Закону України «Про лікарські засоби» щодо забезпечення проведення фармацевтичної розробки лікарських засобів» від 17.11.2011 р. № 4056-VI;
- «Про внесення змін до деяких законів України у сфері охорони здоров'я щодо посилення контролю за обігом лікарських засобів, харчових продуктів для спеціального дієтичного споживання, функціональних харчових продуктів та дієтичних добавок» від 20.12.2011 р. № 4196-VI.

Стратегічні напрями розбудови національної системи охорони здоров'я на 2013 р. формуються відповідно до завдань і заходів, визначених Указом Президента України від 12.03.2013 р. № 28 «Про Національний план дій на 2013 р. щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава».

Основними напрямами реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я, визначеними планом, затвердженим наказом МОЗ України від 20.03.2013 р. № 218, є реформа медичного обслуговування, упорядкування діяльності галузевих закладів для надання громадянам якісних та адресних послуг, дерегуляція і розвиток підприємництва, реформа системи публічного управління.

У 2013 р. проведення реформи медичного обслуговування передбачає комплекс організаційно-правових заходів, спрямованих на реформування системи охорони здоров'я в пілотних регіонах, забезпечення ґрунтовних перетворень у системі медичного обслуговування населення на загальнодержавному рівні, підвищення якості та доступності лікарських засобів і виробів медичного призначення.

Реалізація пілотного проекту щодо реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві полягає у виконанні завдань, покликаних забезпечити модернізацію всіх рівнів медичної допомоги, поліпшення матеріально-технічного, інформаційного та кадрового забезпечення ЗОЗ, впровадження дієвих мотиваційних механізмів до поліпшення якості та підвищення ефективності медичної допомоги.

Модернізація ПМСД проводиться шляхом формування мережі підрозділів центрів ПМСД відповідно до нормативу забезпеченості, розробленого та затвердженого МОЗ України, дооснащення закладів ПМСД відповідно до табеля матеріально-технічного оснащення, оптимізації штатних розписів центрів ПМСД, завершення формування мережі пунктів постійного і тимчасового базування бригад ЕМД для забезпечення нормативу прибуття бригад на місце події.

Іншим напрямом модернізації ПМСД є внесення змін до законодавства, спрямованих на оновлення форм і методів мотивації, стимулювання та заохочення медичних працівників. Так, зокрема, у першому кварталі 2013 р. заплановано внесення змін щодо порядку формування фонду оплати праці медичних працівників центрів ПМСД до постанови КМУ від 05.03.2012 р. № 209 «Деякі питання оплати праці медичних працівників закладів охорони здоров'я, що є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я» та Методичних рекомендацій щодо встановлення надбавок за обсяг та якість виконаної роботи працівникам ЗОЗ, які надають ПМСД та є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я, затверджених наказом МОЗ України від 26.04.2012 р. №313.

Протягом 2013 р. у пілотних регіонах передбачається забезпечити охоплення медичним оглядом 80% прикріплених пацієнтів і завершити впровадження електронного реєстру пацієнтів.

Підвищенню ефективності використання бюджетних коштів, впровадженню реальної оцінки вартості медичної допомоги з урахуванням її обсягу та якості сприятиме укладення на 2014 р. договорів про медичне обслуговування населення між центрами ПМСД і відповідними розпорядниками бюджетних коштів, проведення аналізу результативних показників бюджетної програми «Первинна медична допомога», затвердження і реалізація в пілотних регіонах програм «місцевих» стимулів для медичних працівників центрів ПМСД.

З метою модернізації ЕМД у пілотних регіонах, у першому півріччі 2013 р. заплановано створити оперативно-диспетчерські служби центрів ЕМД та медицини катастроф, затвердити регіональні плани функціонування та розвитку системи ЕМД на 2014 рік.

Складовою процесу модернізації медичної допомоги в пілотних регіонах є спрощення порядку перерозподілу бюджетних коштів ЗОЗ, які надають ЕМД і ВМД, шляхом фінансування видатків на охорону здоров'я за двома кодами економічної класифікації видатків.

До основних заходів, спрямованих на модернізацію ВМД протягом 2013 р. у пілотних регіонах, належать затвердження планів-схем і ресурсної моделі госпітальних округів, планів перспективного розвитку ЗОЗ, які надають ВМД, на період до 2014 р., визначення ЗОЗ для створення багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування з відділеннями ЕМД та обсягу їх ресурсного забезпечення, затвердження методики визначення нормативів навантаження на медичних працівників у ЗОЗ, які надають ВМД, і розробка зазначених нормативів, формування штатних розписів багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування.

За результатами інвентаризації ЗОЗ, які надають ВМД у пілотних регіонах, передбачається їх оснащення відповідно до планів перспективного розвитку та табелів матеріально-технічного оснащення.

Впровадженню ефективних механізмів фінансування ВМД сприятиме розробка постанови КМУ щодо особливостей оплати праці та формування фонду оплати праці медичних працівників, які надають ВМД, впровадження методичних рекомендацій щодо виплат надбавок цим працівникам відповідно до обсягу та якості виконаної роботи згідно з установленими оціночними показниками, затвердження методики формування клініко-пов'язаних груп і методики визначення вартості медичних послуг. На основі зазначених методик у 2013 р. планується визначити вартість медичної допомоги для 25 клініко-пов'язаних груп.

Модернізація ТМД у пілотних регіонах передбачає: визначення переліку захворювань і станів, за яких медична допомога надається у закладах ТМД; затвердження порядку її надання за направленнями з первинного, вторинного рівнів та в екстрених випадках; визначення потреб на 2014 р. у ТМД та обсягів необхідного ресурсного забезпечення закладів ТМД з урахуванням результатів інвентаризації обладнання в цих закладах і

результатів оптимізації мережі закладів ВМД; затвердження методики визначення нормативів навантаження на медичних працівників у ЗОЗ, які надають ТМД.

На загальнодержавному рівні реформування медичного обслуговування населення у 2013 р. здійснюється шляхом:

- модернізації мережі ЗОЗ, які надають ПМСД, і розширення мережі сімейних амбулаторій – відокремлених структурних підрозділів центрів ПМСД;

- створення центрів ПМСД як юридичних осіб у кількості, передбаченій регіональним планом модернізації мережі ПМСД;

- регламентації порядку організації лабораторних, інструментальних та інших досліджень за направленням лікарів, які надають ПМСД;

- запровадження надбавок за обсяг і якість наданої медичної допомоги та інших стимулюючих заходів для медичних працівників, які надають ПМСД;

- розробки санітарних норм і правил для підрозділів лікувально-профілактичної служби центрів ПМСД;

- розробки методики розподілу обсягу фінансування між видами медичної допомоги;

- проведення інвентаризації обладнання в державних і комунальних ЗОЗ, які надають ВМД і ТМД, із визначенням якісного стану, інтенсивності використання такого обладнання тощо;

- доопрацювання проектів планів-схем спеціалізації ЗОЗ, які надають ВМД, визначення обсягу їх ресурсного забезпечення;

- розробки планів перспективного розвитку кожного ЗОЗ за підсумками аудиту стану надання ВМД і результатами інвентаризації високовартісного обладнання;

- внесення змін до нормативно-правових актів, які визначають нормативи забезпеченості ЗОЗ штатними одиницями та лікарняними ліжками;

- затвердження регіональних планів функціонування та розвитку системи ЕМД;

- затвердження переліку ЗОЗ, які входять до системи ЕМД регіону;

- створення організаційно-технічних та інших умов для забезпечення виконання нормативу прибуття бригади ЕМД до місця події, модернізація автопарку системи ЕМД;

– затвердження примірного положення, примірного табеля оснащення, примірних штатних нормативів перинатального центру другого рівня перинатальної допомоги;

– створення перинатальних центрів другого рівня перинатальної допомоги згідно із затвердженими регіональними планами розвитку перинатальної допомоги.

З метою формування єдиного медичного простору, протягом 2013 р. планується передати державні ЗОЗ, які належать до сфери управління Мінінфраструктури України та МОЗ України і надають медичну допомогу населенню, у власність відповідних територіальних громад, внести на розгляд Верховної Ради України законопроект «Про особливості діяльності закладів охорони здоров'я», забезпечити удосконалення нормативно-правової та методологічної бази щодо особливостей оподаткування ЗОЗ, створених у формі комунальних некомерційних підприємств, а також із питань застосування програмно-цільового методу на рівні районних / міських бюджетів.

Поліпшенню кадрового забезпечення ЗОЗ сприятиме затвердження примірного положення про територіальний навчально-тренінговий центр сімейної медицини, нових кваліфікаційних характеристик для ЛЗП/СЛ і медсестри ЗП/СМ, укомплектування ЗОЗ, які надають ПМСД відповідно до перспективних планів підготовки та перепідготовки лікарів за спеціальністю «ЗП/СМ».

З метою стандартизації медичної діяльності, протягом 2013 р. передбачається затвердити переліки станів і захворювань, що найчастіше зустрічаються у практиці надання ПМСД та ЕМД, розробити медичні стандарти та уніфіковані клінічні протоколи медичної допомоги для не менш як 20 станів і захворювань, що найчастіше зустрічаються у практиці надання ПМСД та ЕМД, визначити принципи належної фармакотерапевтичної практики та запобігання поліпрагмазії з урахуванням рекомендацій ВООЗ.

Для забезпечення якості та доступності лікарських засобів і виробів медичного призначення, МОЗ України планує виконати низку заходів, спрямованих на:

– удосконалення процедури державної реєстрації харчових продуктів спеціального дієтичного споживання, функціональних харчових продуктів і дієтичних добавок;

- поліпшення системи призначення та відпуску лікарських засобів;
- удосконалення державного регулювання цін на лікарські засоби і виробу медичного призначення;
- запровадження стандарту «Належна регуляторна практика» щодо обігу лікарських засобів;
- затвердження методів планування та розрахунку кількості лікарських засобів, що закуповуються коштом державного і місцевих бюджетів;
- приєднання Державної служби України з лікарських засобів до Системи сертифікації якості лікарських засобів відповідно до вимог ВООЗ.

З метою упорядкування діяльності галузевих закладів для надання громадянам якісних та адресних послуг, гарантованих законодавством, у 2013 р. планується розробити модель фінансового забезпечення у сфері охорони здоров'я, яка забезпечить перехід від утримання державних і комунальних ЗОЗ до оплати наданих ними послуг за договорами про медичне обслуговування населення.

Реалізація заходів, спрямованих на дерегуляцію, розвиток підприємництва і реформування надання адміністративних послуг, здійснюватиметься МОЗ України спільно із заінтересованими центральними органами виконавчої влади шляхом внесення змін до законодавчих актів у частині удосконалення процедур отримання документів дозвільного характеру, впорядкування та вдосконалення процедури державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності, оптимізації процедур надання адміністративних послуг, адаптації системи санітарних і фітосанітарних стандартів до законодавства ЄС.

4. ФІНАНСОВО-ЕКОНОМІЧНИЙ МЕХАНІЗМ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

4.1. Загальні методологічні підходи до визначення фінансово-економічного механізму державного регулювання

Проблема комплексного з'ясування сутності регулювання економіки, форм і методів державного регулювання, його основних моделей у процесі еволюції економічної системи є однією з основних при з'ясуванні оптимальних шляхів її розвитку. Оскільки економічна система формується з кількох підсистем, багатьох елементів та ще більшої кількості компонентів, і кожна з таких підсистем та їх структурних елементів є різними за своєю сутністю, то й методи державного регулювання істотно різняться між собою [1-5].

Державне регулювання – комплекс заходів, дій, застосовуваних державою для корекцій і встановлення основних економічних процесів [6]. Найбільш загальна мета державного регулювання як економіки в цілому, так її окремих галузей полягає в тому, щоб обмежити дію законів ринку певними рамками [7], виходячи з інтересів певних соціальних груп.

Проблеми державного управління системою охорони здоров'я представлено в наукових публікаціях Ю.В. Вороненко, З.С. Гладуна, О.М. Голяченко, Л.І. Жаліло, В.І. Журавля, В.М. Лехан, В.Ф. Москаленко, Н.Р. Нижник, Т.В. Педченко, В.М. Пономаренко, Я.Ф. Радиша, А.М. Сердюка, І.М. Солоненка та ін.

Удосконаленню фінансового забезпечення та використання ресурсів у сфері охорони здоров'я присвячені праці О.Є. Вашева, Б.О. Волоса, О.В. Галацана, О.М. Голяченка, В.І. Євсєєва, М.П. Жданової, В.І. Журавля, Т.М. Камінської, Д.В. Карамишева, В.М. Лехан, А.С. Немченко, Т.В. Педченка, А.В. Підаєва, Я.Ф. Радиша, В.М. Рудого, В.Г. Черненко, М.В. Шевченко та ін.

У сучасних умовах розвитку українського суспільства формування ринкових відносин у охороні здоров'я потребує виваженої державної політики. Необхідною умовою забезпечення розвитку цивілізованого ринку медичної допомоги є дотримання принципу «жорсткого хребта» щодо негативних впливів ринку на гуманітарну сферу в цілому та систему охорони здоров'я зокрема [8,9].

Під механізмом державного управління системою охорони здоров'я, розуміємо сукупність станів і процесів реалізації комплексного впливу держави (шляхом застосування політичних, економічних, соціальних, організаційних і правових засобів, практичних заходів, важелів, стимулів) на суб'єкти національної системи охорони здоров'я. На думку дослідника З. Надюка, можна виділити такі складові механізму державного управління системою охорони здоров'я, як: нормативно-правову, інформаційну, матеріально-технічну, кадрову, фінансово-економічну, організаційну, психологічну. Фінансово-економічна складова передбачає фінансове та нормативно-правове забезпечення сфери охорони здоров'я та заходів контролю за дотриманням законності суб'єктами медичного ринку шляхом реалізації таких практичних заходів: реалізації загальнодержавних програм розвитку, затверджених Верховною Радою України; реалізації державних програм розвитку, затверджених Кабінетом Міністрів України тощо [10,11].

Державне регулювання економікою передбачає вплив держави практично на всі складові фінансового механізму. Особливість цього впливу визначає міру втручання держави в функціонування економіки шляхом регулювання фінансового механізму та його складових. Вихідні положення та глосарій фінансового механізму базуються на усталених уявленнях «механізму» як управлінської так і економічної категорії, гносеологічний аналіз якої доцільно розглянути за етапами еволюції її змісту. «Механізм» у перекладі з грецької означає знаряддя, машина. Сучасне поняття «механізм» є багатозмістовним. [12, стор. 316]. Під механізмом розуміють також і внутрішній устрій (будову), систему чого-небудь, наприклад державний механізм управління. Термін «механізм» у наукових економічних працях дістав особливий розвиток у постсоціалістичних країнах у другій половині 60-х років, коли науковці навперей заговорили про «господарський механізм економічної системи», прагнучи наголосити на конкретній рушійній силі системи, що функціонує [12,13].

Фінансово-економічний механізм регулювання системи охорони здоров'я відображає напрями, характер і сутність функціонування фінансів у охороні здоров'я.

У фінансовій літературі термін «фінансовий механізм» використовують досить часто, але трактування його економічної сутності науковцями є різним. Зокрема, Г.Г. Кірейцев розглядає це поняття в контексті діяльності

підприємницьких структур, він зазначає, що фінансовий механізм – це сукупність методів реалізації економічних інтересів шляхом фінансового впливу на соціально-економічний розвиток підприємства. Складовими фінансового механізму є: фінансове забезпечення; фінансове регулювання; система фінансових індикаторів і фінансових інструментів, які дають змогу оцінити цей вплив.

В.М. Опарін розглядає поняття «фінансовий механізм» більш широко та зазначає, що фінансовий механізм – це сукупність фінансових методів і форм, інструментів та важелів впливу на соціально-економічний розвиток суспільства. Близьке за сутністю визначення фінансового механізму дають також вчені В.І. Оспіщева та О.П. Близнюк. В.Д. Базилевич та Л.О. Баластрик пропонують таке визначення: «Фінансовий механізм – це сукупність економіко-організаційних та правових форм і методів управління фінансовою діяльністю держави у процесі створення й використання фондів фінансових ресурсів з метою забезпечення різноманітних потреб державних структур, господарських суб'єктів і населення».

О.М. Ковалюк вказує, що «... фінансовий механізм – це система фінансових форм, методів, важелів та інструментів, які використовуються у фінансовій діяльності держави і підприємств за відповідного нормативного, правового та інформаційного їхнього забезпечення, в контексті відповідної фінансової політики на мікроекономічному та макроекономічному рівнях» [14].

Окремі дослідники дають визначення тільки економічного механізму як основної частини господарського механізму, що включає економічні методи, способи, форми та інструменти впливу на економічні відносини й процеси [15]. За редакцією Й.С. Завадського економічний механізм – це складовий елемент господарського механізму, що включає економічні стимули (державні економічні стимули виробництва й матеріальні стимули праці) та важелі (планування, госпрозрахунок, фінансування, умови реалізації продукції (послуг), умови господарювання, різні ліміти, собівартість продукції, рентабельність виробництва тощо) [16,17].

В цілому серед розмаїття визначень і підходів вчених та практиків до поняття найбільшої уваги заслуговують два аспекти, два підходи до його розуміння суті. Перший підхід полягає в тому, що під фінансово-економічним механізмом розуміють функціонування самих фінансів. Матеріальним відображенням фінансових відносин є грошові потоки.

Організація цих потоків, порядок їх здійснення відбувається за певними правилами, певними напрямками, що й характеризує фінансову «техніку». З подібного підходу й виходить розуміння цього механізму як організаційного відображення фінансових відносин. Такий підхід відображає внутрішню організацію функціонування фінансів.

Другий підхід до розгляду поняття цього механізму полягає в тому, що його розуміють як сукупність методів і форм, інструментів, прийомів і важелів впливу на розвиток як економіки в цілому, так і системи охорони здоров'я.

У дослідженнях провідних західних вчених цей механізм не виділяють як окреме явище, всебічно й ґрунтовно досліджують фінансові методи впливу на економіку охорони здоров'я й суспільство.

В економічній літературі країн СНД переважає перший підхід до визначення фінансово-економічного механізму як способу організації фінансових відносин, який складається з елементів та інструментів впливу.

Загалом серед українських вчених існує чітка позиція щодо визначення цього механізму та його складових. Фінансове забезпечення полягає у виділенні певної суми фінансових ресурсів на розв'язання окремих завдань фінансової політики в тій чи іншій сфері, у т.ч. і системі охорони здоров'я. При цьому розрізняють забезпечувальну (джерела фінансування, тобто покриття потреб, носить пасивний вплив фінансового забезпечення) і регулятивну його дію (вплив через виділення достатніх коштів і через конкретну форму фінансового забезпечення, характеризує активний вплив фінансового забезпечення) [18].

Перелік можливих державних стратегій державного регулювання, встановлений окремими дослідниками за деякими позиціями, фактично не відрізняється від різних засобів і механізмів державного регулювання господарської діяльності й складається з таких чинників: примус і контроль; саморегулювання; режими стимулювання за допомогою податків та субсидій; використання ринкових механізмів регулювання конкуренції; видача дозвільних документів; заходи з регулювання відкритості; прямі дії уряду; юридичні права та обов'язки; програми державної компенсації та соціального страхування [19-21].

Одна з головних функцій сучасної держави є забезпечення надійного фінансово-економічного регулювання й контролю, створення законодавчих

умов, які орієнтують суспільство на розвиток ринкової інфраструктури та заохочення самоорганізації [22].

Регулювання держави поширюється і на технічні аспекти діяльності (так зване «технічне регулювання»). Воно має загальні «централізовані механізми», які характерні й для економічного регулювання: нормування, сертифікація й нагляд, ліцензування, акредитація, делегування, реєстрація, санкції й апеляції.

Як уже зазначалося, формами регулювання є державні цільові програми (соціальні), прогнозування, моделювання ситуацій.

Необхідність саме державного регулювання охорони здоров'я народжується в розумінні, до якого вже прийшла сучасна західна ліберальна теорія, – що ринкова економіка не здатна всупереч існуючим ліберально-догматичним поглядам повністю забезпечувати всі сфери життя. Існують сфери суспільного життя, що частково (а іноді й повністю) не вписуються в концепції ринку через свою гуманістичну природу. І охорона здоров'я поряд з наукою, культурою, мистецтвом, освітою, соціальним захистом – одна зі сфер життя, для яких обов'язковим є державне втручання, регулювання і фінансування, незважаючи на найвищі рівні розвитку ринкової економіки.

Більшість демократичних країн прийшли до схеми змішаних економік, де ринок зазнає в необхідній мірі державного втручання [23,34]. Тому провідна роль держави полягає не тільки в забезпеченні надходження різноманітних фінансових ресурсів, а і у формуванні розгалуженої, гнучкої моделі фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я, яка має охоплювати цілий комплекс заходів стимулюючого характеру і, водночас, потребує економічного механізму більш досконалого управління галуззю.

За останні 20 років відбулася ціла низка змін у сфері охорони здоров'я соціального та економічного (фінансового) характеру. До соціальних (нефінансових) змін можна віднести демографічні тенденції, зміни в структурі захворюваності та поширеності захворювань, широке поширення нездорових звичок, високий рівень травматизму на виробництві та у дорожньо-транспортних пригодах (ДТП). А фінансові зміни, насамперед, пов'язані з фінансуванням охорони здоров'я – практично радикально не змінилися (джерела фінансування, їх пропорції, а також механізм розподілу та використання). Невирішеними залишаються питання високого зносу основних фондів у охороні здоров'я, фінансової забезпеченості державних

гарантій безоплатної медичної допомоги, відсутність рівного доступу медичної допомоги, досягнення соціально орієнтованого співвідношення між «платними» і «безоплатними» медичними послугами, наявність територіальної нерівності в фінансовому забезпеченні прав громадян на одержання медичної допомоги, відсутність економічних механізмів, що спонукають суб'єкти охорони здоров'я, обґрунтовано використовувати наявні фінансові ресурси тощо.

Останнім часом, найбільшого поширення набуває в системі охорони здоров'я України державне регулювання забезпечення лікарськими засобами з метою підвищення їх економічної доступності, особливо для покращення соціальної захищеності вразливих верств населення. Це один із позитивних прикладів реалізації механізму державного регулювання ціноутворення на лікарські засоби та системи часткового відшкодування населенню витрат на них, дослідженню механізмів якого й присвячено цей розділ.

Перелік посилань до підрозділу 4.1

1. Мочерний С. В. Економічна теорія : підр. / С. В. Мочерний, М. В. Довбенко. – К. : Видавничий центр «Академія», 2004. – 856 с.
2. Мировая экономика и международные экономические отношения / под общ. ред. Р. И. Хасбулатова. – М. : Гардарики, 2006. – 671 с.
3. Міжнародні економічні відносини: Підручник / за ред. І. М. Школи.– К. : КНЕУ, 2003. – 589 с.
4. Філіпенко А. С. МЕВ: історія : підр. / А. С. Філіпенко. – К. : Либідь, 2006. – 392 с.
5. Світова економіка : підр. / А. С. Філіпенко, О. І. Рогач, О. І. Шнирков [та ін.]. – К. : Либідь, 2000. – 582 с.
6. Андрусенко Г. О. Державне регулювання макроекономічними процесами: Опорний конспект лекцій / Г. О. Андрусенко, Г. І. Мостовий. – Х. : ХРІДУ НАДУ „Магістр”, 2003. – 168 с.
7. Атаманчук Г. В. Государственное управление (организационно-функциональные вопросы) : учеб. пособ. / Г. В. Атаманчук. – М. : ОАО НПО „Экономика”, 2000. – 302 с.
8. Радиш Я. Ф. Теоретико-методологічні засади дослідження державного регулювання медичної діяльності в Україні (категорійно-понятійний апарат медичного права) [Електронний ресурс]./ Я. Ф. Радиш. – Режим доступу : <http://www.nbuu.gov.ua/e-journals/DeBu/2006-1/doc/1/03.pdf>. – Назва з екрану.
9. Надюк З. О. Сучасні тенденції державного регулювання ринку медичних послуг в Україні / З. О. Надюк // Теорія та практика державного управління : зб.наук. пр. – Вип. 2 (14). – Х. : Вид-во ХарПІ НАДУ «Магістр». – 2006. – С. 193–197.

10. Надюк З. О. Влияние качества медицинской помощи на формирование рынка медицинских услуг в Украине / З. О. Надюк // *Zeszyty naukowe Politechniki Rzeszowskiej. Zarządzanie i Marketing*. – 2006 – Z. 9. – P. 453–458.
11. Про Положення про Міністерство охорони здоров'я України : Указ Президента України № 467/2011 від 13.04.2011 / [Електронний документ]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/du_20110413_467.html. – Назва з екрану.
12. Словарь иностранных слов. – 18-е изд., стер. – М. : Рус. яз., 1989. – 316 с
13. Соловьева О. А. Особенности механизма государственного регулирования экономики / О. А. Соловьева // *Проблемы совр. экономики*. – 2011. – № 4. – С. 72–76.
14. Методичні рекомендації з аналізу і оцінки фінансового стану підприємств, 28.07.2006.
15. Ільницька Г. Я. Формування фінансово-економічного механізму управління підприємством / Г. Я. Ільницька // *Зб. наук.-техн. пр. Укр. держ. лісотех. ун-ту*. – 2004. – Вип. 14.7. – С. 291–294.
16. Завадський Й. С. Управління сільськогосподарським виробництвом у системі АПК : підр. / Й. С. Завадський. – К. : Вища школа, 1992. – 367 с.
17. Семенова А. Ю. Економічний механізм управління сільськогосподарським підприємством: теоретико-методологічний аспект / А. Ю. Семенова // *Вісн. Полтавської державної аграрної академії*. – 2012. – № 3. – С. 186–190.
18. Механізми фінансування охорони здоров'я / Шевченко М. В., Слабкий Г. О., Лехан В. М., Заглада О. О. // *Енциклопедія державного управління : у 8 т. / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України ; наук.-ред. колегія : Ю. В. Ковбасюк (голова) та ін.* – К. : НАДУ, 2011. – Т. 4 : Галузеве управління / наук.-ред. колегія : М. М. Іжа (співголова), В. Г. Бодров (співголова) та ін. – С. 413–415.
19. Агиевец С. В. Теоретические проблемы правового регулирования медицинской помощи : монографія / С. В. Агиевец. – Гродна : ГрГУ, 2002. – 168 с.
20. Рудий В. М. Законодавче забезпечення реформи системи охорони здоров'я в Україні / В. М. Рудий. – К. : Сфера, 2005. – 272 с.
21. Пашков В. Державне регулювання діяльності в галузі охорони здоров'я [Електронний ресурс] / В. Пашков. – Режим доступу : <http://www.apteka.ua/article/3256>. – Назва з екрану.
22. Надюк З. О. Державна інвестиційна політика в системі охорони здоров'я України [Електронний документ] / З. О. Надюк // *Теоретичні та прикладні питання державотворення*. – 2008. – № 2. – Режим доступу : <http://archive.nbu.gov.ua/e-journals/tppd/2008-/08nzoozu.htm/odyframe.htm>. – Назва з екрану.
23. Аганбегян А. Г. Неизбежность реформы нормативно-правового регулирования здравоохранения / А. Г. Аганбегян, Ю. В. Варшавский // *Вопр. экспертизы и кач. мед. помощи*. – 2007. – № 9. – С. 10–14.
24. Путило Н. В. Охрана здоровья граждан в контексте правовых проблем. Обзор научно-практической конференции / Н. В. Путило // *Журн. рос. права*. – 2007. – № 2. – С. 143–150.

4.2. Порівняльний аналіз принципів фінансування медичної галузі в Україні та країнах світу

Охорона здоров'я є невід'ємним елементом не лише суспільного життя, але й політики держави. Адже здоров'я нації є найголовнішим багатством держави, чинником її національної безпеки.

Однією з ключових сфер, яка забезпечує здоров'я нації, є сфера охорони здоров'я. І хоча експерти Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) зазначають, що діяльність медичної галузі лише на 10–15% впливає на стан здоров'я нації, на нашу думку, налагоджена система охорони здоров'я має значно вагоміший вплив. Особлива роль при цьому належить питанням фінансування системи охорони здоров'я і, найголовніше, ефективності його використання. Адже за умов обмеженості фінансування саме ефективне використання наявних ресурсів забезпечує виконання завдань, покладених на систему охорони здоров'я.

Наразі в Україні склалася критична ситуація щодо діяльності медичної галузі. При цьому основну проблему становить не стільки недостатнє її фінансування, скільки неефективне його використання. Критичний стан вітчизняної охорони здоров'я негативно позначається на медико-демографічних показниках, що викликає справедливе занепокоєння як у науковців, так і в управлінців, спонукає до активного пошуку шляхів вирішення ситуації цих питань. При цьому важливим є вивчення міжнародного досвіду з метою можливості використання його окремих інструментів при формуванні вітчизняної державної політики з охорони здоров'я.

Теоретичні й практичні аспекти проблем фінансування охорони здоров'я відображені в наукових працях М. Білинської, О. Виноградова, Н. Гойди, Т. Камінської, В. Лехан, Т. Попченко, В. Рудого, І. Солоненка та інших науковців. Однак вкрай бракує наукових досліджень щодо підвищення ефективності фінансово-економічних механізмів державного управління системою охорони здоров'я саме в Україні. Наразі стрімкі соціально-економічні зміни в світових тенденціях фінансування, у тому числі в системі охорони здоров'я, потребують пошуку найбільш ефективних моделей фінансового забезпечення охорони здоров'я для кожної конкретної країни на відповідному етапі її соціально-економічного розвитку.

Реформування системи охорони здоров'я в Україні пов'язане передусім із вирішенням завдань його ресурсного забезпечення. Ця проблема є комплексною і потребує відповіді на головні питання: які джерела фінансування мають бути пріоритетними та як найбільш раціонально й ефективно розподілити наявні ресурси. Для пошуку шляхів вирішення численних проблем фінансування сфери охорони здоров'я України варто вивчити досвід зарубіжних країн.

У світовій практиці фінансові ресурси охорони здоров'я формуються за рахунок чотирьох джерел: оподаткування; системи державного соціального медичного страхування; добровільного медичного страхування і прямих платежів населення. Оскільки в кожній країні пріоритетною є певна складова, то в сучасній науковій літературі [Ошибка! Источник ссылки не найден., Ошибка! Источник ссылки не найден.] виділено три основні системи фінансування охорони здоров'я:

1. Державна (бюджетна, моделі Семашка і Беверіджа): у фінансуванні охорони здоров'я пріоритетне значення мають кошти державного та місцевих бюджетів (50–90%).

2. Страхова (соціально-страхова, модель Бісмарка): охорона здоров'я фінансується переважно за рахунок коштів страхових фондів, створених державою за принципами соціального страхування (обов'язковість і солідарність).

3. Приватна (приватно-страхова, ринкова, платна, американська модель): в основу покладене фінансування медичних послуг за рахунок коштів громадян і суб'єктів господарювання безпосередньо або через систему приватних страхових фондів.

Системи охорони здоров'я в розвинених країнах виконують важливу функцію соціального захисту. Вони знижують як ризики в області здоров'я, так і фінансові ризики, роблять істотний внесок у соціальний та економічний добробут. В умовах фінансових труднощів основним завданням країн, яке сформулювала Рада Європейського Союзу (ЄС), є забезпечення фінансової стійкості системи охорони здоров'я, не наражаючи на небезпеку загальні цінності країн ЄС: повне охоплення населення медичним обслуговуванням, солідарність у фінансуванні,

рівність доступу до медичної допомоги й висока якість медичного обслуговування (табл. 4.1).

Таблиця 4.1

Видатки на охорону здоров'я України та зарубіжних країн у 2000 і 2011 рр. [Ошибка! Источник ссылки не найден.]

Країна	Видатки на охорону здоров'я									
	частка державних видатків у загальних видатках на охорону здоров'я		частка державних видатків на охорону здоров'я у загальних державних видатках		частка приватних видатків у загальних видатках на охорону здоров'я		частка видатків соціального забезпечення у державних видатках на охорону здоров'я		частка зовнішніх надходжень у загальних видатках на охорону здоров'я	
	2000	2011	2000	2011	2000	2011	2000	2011	2000	2011
Великобританія	79,3	82,6	14,3	15,1	20,7	17,4	0	0	0	0
Німеччина	79,8	74,6	18,2	18,0	20,2	22,0	87,3	90,8	0	0
Франція	79,4	75,9	15,5	16,0	20,6	21,4	94,3	93,1	0	0
США	43,2	47,8	17,1	18,7	56,8	52,2	33,5	27,8	0	0
Японія	81,3	80,5	16,0	17,9	18,7	18,0	80,9	81,5	0	0
Польща	70,0	67,4	9,4	10,9	30,0	26,0	82,6	89,4	0	0
Російська Федерація	59,9	64,3	12,7	9,2	40,1	35,7	40,3	38,7	0,2	0
Україна	52,1	55,9	8,4	8,6	47,9	44,1	0	0,8	0,5	0,4

Особливості фінансування сфери охорони здоров'я в розвинених країнах визначаються насамперед такими важливими чинниками:

- роль держави в процесі фінансування охорони здоров'я;
- джерела фінансування охорони здоров'я;
- рівень життя населення країни;
- фінансова система країни тощо.

Слід детально проаналізувати кожну з моделей фінансування галузі охорони здоров'я.

Державна медицина з бюджетною системою фінансування, яка ґрунтується на концепції Беверіджа (у країнах колишнього СРСР називалася моделлю Семашко), фінансується переважно з бюджетних джерел за рахунок податків, які надходять від підприємств і населення. Населення країни отримує медичні послуги безкоштовно, проте платить за певні медичні послуги. У цій моделі держава перебуває в статусі постачальника й покупця медичних послуг. Ринок виконує другорядну роль і знаходиться під суворим контролем держави. Заклади охорони здоров'я перебувають у власності чи під контролем держави.

До позитивних ознак цієї моделі належить централізоване фінансування, яке забезпечує близько 90% усіх видатків на охорону здоров'я і стримує зростання вартості лікування.

Недоліками є неминуче зниження якості медичних послуг і відсутність контролю за діяльністю закладів охорони здоров'я з боку споживачів. Цією моделлю користуються такі країни, як Великобританія, Данія, Португалія, Італія, Греція, Іспанія та ін. [3, стор. 58].

Система громадського фонду охорони здоров'я (Бісмаркова концепція) ґрунтується на принципах соціального страхування. Галузь охорони здоров'я фінансується за рахунок цільових внесків підприємців, найманих робітників і субсидій держави. Медичні послуги оплачуються за рахунок внесків до фонду охорони здоров'я. Внески залежать від платоспроможності, а доступ до послуг – від потреби. Медичний фонд, як правило, не залежить від держави, але діє в межах законодавства. При соціальному страхуванні гарантується право на точно зумовлені види послуг, встановлюються такі частки внесків і на такому рівні, які гарантують використання такого права. У цій моделі держава виконує роль гаранта в задоволенні суспільно необхідних потреб у медичній допомозі усіх громадян незалежно від рівня доходів. Роль ринку медичних послуг – задоволення потреб споживачів понад гарантований рівень. Отже, багатоканальна система фінансування (з прибутку страхових організацій, відрахувань від зарплати, Державного бюджету) створює необхідну гнучкість і стійкість фінансової бази соціально-страхової медицини. Фінансування з позабюджетних фондів медичного страхування переважає в Німеччині, Франції, Швейцарії, Японії та інших країнах.

У разі приватнопідприємницької моделі провідне місце на ринку медичних послуг посідають приватні страхові компанії. Основні засоби (приміщення, медична техніка) знаходяться у приватній власності. Потреби малозабезпечених верств населення, пенсіонерів, безробітних забезпечує держава. Недоліком платної моделі охорони здоров'я є нерегульований ринок медичних послуг, і відповідно держава не може впливати на сферу охорони здоров'я. Така система діє в США, Південній Кореї та інших країнах.

Отже, сфера охорони здоров'я в усіх країнах фінансується з таких основних джерел:

- оподаткування;

- внески до системи соціального страхування;
- внески на добровільне медичне страхування;
- прямі платежі населення.

Система охорони здоров'я України фінансується за рахунок коштів державного й місцевих бюджетів. Відповідно до Бюджетного кодексу України, кошти між рівнями бюджетної системи розподіляються з урахуванням принципу субсидіарності, тобто послуги максимально наближені до споживача [4].

Враховуючи вагомість цього джерела фінансування, воно, на жаль, неспроможне у повному обсязі забезпечити усі потреби сфери охорони здоров'я. Тому значну увагу слід приділяти й іншим джерелам фінансування, зокрема, добровільному медичному страхуванню та благодійництву. Соціально-економічне значення добровільного медичного страхування полягає в тому, що воно доповнює гарантії, надані у межах соціального забезпечення та соціального страхування, до максимально можливих у сучасних умовах стандартів (оплата дорогих видів лікування й діагностики; застосування найсучасніших медичних технологій; забезпечення комфортних умов лікування тощо) [4, стор. 28].

Розподіл повноважень між бюджетами в Україні спричиняє пріоритетність місцевих бюджетів у фінансуванні охорони здоров'я: близько 80% обсягів державного фінансування охорони здоров'я в Україні – це саме кошти місцевих бюджетів. При цьому, відповідно до функціональної класифікації, більшість бюджетних коштів в Україні направляється на фінансування лікарень і санаторно-курортних закладів (70%), а також поліклінік, амбулаторій, станцій швидкої допомоги (13,5%). На фінансування наукових досліджень у сфері охорони здоров'я виділяється менше 1% коштів [5].

За економічною структурою бюджетної класифікації, кошти зведеного бюджету України на фінансування охорони здоров'я розподіляються так: на капітальні видатки – 7,7%, на поточні видатки – 92,3% (на оплату праці працівників медичних установ та нарахування на неї – 74,0%; на медикаменти та перев'язувальні матеріали – 10,5%; на продукти харчування – 5,3%; на оплату комунальних послуг та енергоносіїв – 10,2%).

Одним із показників, за якими, згідно з дослідженнями ВООЗ, проводиться порівняння видатків на охорону здоров'я, є рівень загальних

видатків на охорону здоров'я у проценті до Внутрішнього валового продукту (ВВП). Фінансування охорони здоров'я на рівні 6,41% ВВП розцінюється як мінімальний рівень фінансування, здатний забезпечити «виживання» медичної галузі; 3,2% ВВП – як критичний рівень, за якого знижується рівень і зменшується обсяг медичної допомоги на 1/3; нижче 1,6% ВВП – як позамежний, що розцінюється як рівень повного руйнування структури медичної галузі [5, стор. 12].

В Україні зазначений показник становить 7,8% ВВП, тобто в межах забезпечення мінімального рівня фінансування. Проте у світі в цілому фінансування охорони здоров'я є в 1,3 разу вищим.

В останніх дослідженнях ВООЗ [6, стор. 11] наголошується, що, незважаючи на виявлення певних закономірностей на глобальному рівні, зв'язки між ВВП і показниками здоров'я населення, між ВВП і загальними видатками на охорону здоров'я, а також між рівнем загальних видатків на охорону здоров'я і показниками здоров'я населення не носять чітко детермінованого або лінійного характеру, оскільки в деяких країнах спостерігаються більш високі результати порівняно з іншими, завдяки наявності значної кількості інших факторів, включаючи показники ефективності функціонування систем охорони здоров'я.

Недостатність виділених державою коштів на галузь приводить до зменшення обсягу безоплатного медичного обслуговування, до гальмування проведення капітального ремонту приміщень медичних закладів та оновлення обладнання, а також зумовлює порівняно низьку заробітну плату медичного персоналу. Слід зазначити, що, крім обсягу фінансового забезпечення, на якість медичного обслуговування значно впливає раціональне його використання.

Таким чином, проведений аналіз показує, що в Україні на тлі недостатнього державного фінансування системи охорони здоров'я нераціонально використовуються наявні ресурси. Це вказує на необхідність пошуку найбільш ефективної для нашої країни фінансово-економічної моделі охорони здоров'я з обов'язковим збереженням соціально орієнтованих принципів.

Світова практика показує, що найбільший рівень соціального захисту населення (за зіставних витрат на утримання) досягається там, де усі

елементи тріади (пенсійне забезпечення, соціальне страхування, медичне обслуговування) мають державний характер і підпорядковані одному органу управління [3].

Аналіз, що ґрунтується лише на механізмах збору ресурсів для охорони здоров'я, має обмежене значення, оскільки не відображає усього спектру функцій, цілей і принципів фінансування охорони здоров'я [7, стор. 25].

Функції фінансування охорони здоров'я включають:

- збір коштів;
- об'єднання коштів;
- закупівлю послуг;
- надання послуг.

Саме тому ВООЗ розробила рекомендації щодо підвищення ефективності фінансування охорони здоров'я, якими керуються країни ЄС при формуванні політики з охорони здоров'я [8, стор. 28]:

- фінансовий захист (загальний захист від фінансових ризиків, пов'язаних із поганим станом здоров'я, направлений на те, щоб люди не ставали бідними в результаті користування послугами охорони здоров'я);
- принцип соціальної справедливості в фінансуванні (потребує від людей більш забезпечених більше платити за медичне обслуговування, % від доходу, порівняно з малозабезпеченими);
- рівність доступу до медичного обслуговування (ґрунтується на потребі, а не на здатності платити);
- підвищення прозорості й підзвітності системи охорони здоров'я (боротьба з корупцією, контроль за діяльністю закладів охорони здоров'я і оцінка якості їх діяльності);
- нагорода за високу якість медичної допомоги і розробка стимулів рентабельної організації медичного обслуговування;
- підтримка управлінської ефективності (скорочення дублювання функцій у сфері фінансування охорони здоров'я й уникнення витрат, не спрямованих на досягнення вищеперерахованих цілей).

Якщо детальніше розглянути процес фінансування охорони здоров'я в розвинених країнах, то, як правило, він починається зі збору ресурсів. Етап збору ресурсів дуже впливає на прозорість, рівність і підзвітність

фінансування галузі. Процес збору ресурсів складається з таких трьох елементів [8, стор. 29]:

- джерела фінансування;
- механізми збору ресурсів;
- організації, які відповідають за збір ресурсів.

Механізми збору ресурсів поділяють на державні та приватні. Державні механізми збору ресурсів встановлюються законом і є обов'язковими, вони покривають як ризики у сфері здоров'я, так і фінансові ризики [8, стор. 30].

До них належать:

- прямі податки;
- відрахування на соціальне страхування.

Приватні механізми збору ресурсів функціонують на добровільній основі і ґрунтуються як на передоплаті, так і на оплаті в момент користування певною послугою [8, стор. 30]. Вони складаються з таких елементів:

- внески приватного медичного страхування;
- ощадні рахунки медичного страхування;
- прямі платежі населення.

Об'єднання коштів – це накопичення виплачених наперед коштів заради інтересів населення і використання коштів здорових людей на оплату вартості медичного обслуговування для тих, хто цього потребує. Об'єднанням коштів можуть займатися різноманітні державні та приватні організації [9, стор. 18]. Від того, як об'єднуються і направляються кошти, залежить рентабельність та ефективність організації медичного обслуговування.

Важливим елементом у системі фінансування сфери охорони здоров'я є забезпечення основним капіталом закладів охорони здоров'я, зокрема, приміщеннями, обладнанням для діагностики, медичною апаратурою і приладами, іншими виробами медичного призначення. Достатня забезпеченість закладів охорони здоров'я основним капіталом, регулярне оновлення відповідно до науково-технічного прогресу та ефективне його використання сприятиме кращому задоволенню потреб населення в медичному обслуговуванні, скороченні тривалості перебування хворих у стаціонарах, скороченні витрат населення на додаткові діагностичні заходи,

швидшому виявленні й лікуванні захворювань, а отже, у відновленні, захисті та зміцненні здоров'я населення країни.

Закупівля медичних послуг – це спрямування коштів постачальникам послуг із метою задоволення потреб населення. Важливим моментом у процесі закупівлі медичних послуг є структура ринку та механізми закупівлі послуг. Залежно від того, як фінансується сфера охорони здоров'я (внески соціального страхування, податки, приватні платежі), різні організації проводять закупівлю медичних послуг [10, стор. 46].

Право на медичні послуги мають усі, хто проживає на території країни. Набір послуг, який надається, залежить від чинної схеми фінансування охорони здоров'я у країні. Якщо вона ґрунтується на соціальному страхуванні, то набір послуг має чіткий перелік, якщо ж на податках, то перелік послуг не чітко визначений.

Часткова оплата медичних послуг споживачами існує в усіх розвинених країнах. Вона необхідна для того, щоб нормувати доступ до медичного обслуговування, знижуючи попит на нього й збільшуючи дохідну частину коштів на охорону здоров'я. Часткова оплата, як правило, здійснюється за амбулаторне призначення лікарських засобів, амбулаторне та стаціонарне лікування, стоматологічне обслуговування.

Неофіційні платежі за медичне обслуговування як у розвинених країнах, так і в Україні, становлять загрозу для реформування сфери охорони здоров'я, заважають офіційним системам оплати медичних послуг і погіршують доступ до медичного обслуговування [**Ошибка! Источник ссылки не найден.**]. Особливо гострою ця проблема є в тих країнах (для прикладу пострадянські країни), де заробітна плата медичних працівників традиційно низька. Медичні працівники переживають економічні труднощі за рахунок неофіційних платежів. Проте це приводить до відмови в наданні медичних послуг тим категоріям населення, які неплатоспроможні чи мають хронічні захворювання.

Отже, однією з базових передумов розвитку та примноження людського капіталу в Україні має стати розробка та реалізація стратегічної програми реформування охорони здоров'я з метою забезпечення потреб держави та суспільства в якісних послугах з охорони здоров'я, відповідно до світових стандартів, подолання негативних тенденцій у показниках охорони здоров'я громадян та збереженні принципів соціального захисту населення.

Для обґрунтування та визначення загальних принципів побудови оптимальної моделі охорони здоров'я необхідними є проведення поглибленого аналізу існуючих зв'язків і взаємовідносин, а також визначення основних пріоритетів. Визначальною для України має стати мета досягнення максимально високого рівня доступності та якості медичної допомоги. При цьому обов'язковими є урахування та збалансування державних, приватних і корпоративних інтересів.

Реформування системи охорони здоров'я потребує вирішення комплексу питань, пов'язаних із визначенням стандартів надання медичної допомоги й пріоритетів розвитку первинної медико-санітарної допомоги, а також із роздержавленням системи охорони здоров'я, розвитком приватної медицини, нових організаційно-правових форм діяльності закладів охорони здоров'я, удосконаленням системи державних гарантій, впровадженням механізмів закупівлі медичних послуг.

Перелік посилань до підрозділу 4.2

1. Мельник-Бантон О. П. Фінанси сфери охорони здоров'я в ХХІ столітті / О. П. Мельник-Бантон // Наук. вісник Нац. у-ту держ. податкової служби України (економіка, право). – 2009. – № 4. – С. 82–90.
2. Зеленевиц В. О. Зарубіжний досвід фінансування охорони здоров'я / В. О. Зеленевиц // Актуальні проблеми сучасної науки : матер. Всеукр. наук.-практ. інтернет-конф. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://intkonf.org/zelenevich-vo-ktn-kuzmin-ai-zarubizhniy-dosvid-finansuvannya-ohoroni-zdorovya>. – Назва з екрану.
3. Авраменко Н. В. Державне управління системою охорони здоров'я на регіональному рівні: сучасний стан, шляхи вдосконалення : монографія / Н. В. Авраменко. – Запоріжжя : КПУ, 2010. – 196 с.
4. Вишньовська К. Проблеми реформування системи охорони здоров'я в Україні / К. Вишньовська // Світ фінансів. – 2008. – № 3 (16). – С. 78–85.
5. Рудень В. В. Диспропорція між бюджетним фінансуванням медичної галузі та станом здоров'я населення України як необхідність запровадження економічних методів управління у практичній охороні здоров'я / В. В. Рудень, О. М. Сидорчук, Т. Г. Гутор // Укр. мед. часоп. – 2006. – № 5 (55). – С. 11–16.
6. Политика финансирования здравоохранения : рук-во для лиц, принимающих решения, 2008. – 27 [5] с. [Электронный ресурс] / ЕРБ ВОЗ. – Режим доступа : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/78873/E91422R.pdf. – Название с экрана.
7. Финансирование здравоохранения в Европейском союзе. Проблемы и стратегические решения : науч. изд. / S. Thomson, T. Foubister, E. Mossialos ; Европейская

обсерватория по системам и политике здравоохранения. – Копенгаген : ВОЗ, 2010. – 241 с. – (Серия исследований Обсерватории; Вып. 17).

8. Режим доступа : http://data.euro.who.int/hfadb/shell_ru.html.

9. Kutzin J. Политика финансирования здравоохранения : рук-во для лиц, принимающих решения : стратегический документ по вопросам финансирования здравоохран. / J. Kutzin ; отдел поддержки систем здравоохран. в странах ВОЗ. – Женева, 2008. – 35 с.

10. Буздуган Я. Поняття, принципи, форми фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні / Я. Буздуган // Віче. – 2008. – № 5. – С. 26–28.

11. Найштетік В. Економічні проблеми і концепція розвитку охорони здоров'я в Україні: наукова праця / В. Найштетік ; Укр. академія наук. Відділ економіки і управління. – Донецьк : Видавець Заславський О. Ю., 2009. – 158 с.

4.3. Державне регулювання ціноутворення та системи відшкодування лікарських засобів (світовий досвід)

Ціна є найважливішим елементом господарського механізму економічної системи будь-якої сучасної країни. Зважаючи на те, що лікарські засоби є специфічним товаром, а також, беручи до уваги соціальну спрямованість ринку фармацевтичних послуг, питання ціноутворення, державного регулювання цін на лікарські засоби, а також питання, пов'язані із застосуванням законодавства в цій сфері, є найбільш актуальними як в Україні, так і за кордоном.

Політика ціноутворення на лікарські засоби, а також ступінь залучення держави в регулювання цього процесу за кордоном відрізняється [1]. Кожна країна регулює ціни на лікарські засоби відповідно своїй ціновій політиці. Якщо, наприклад, для таких країн, як Китай, Індія, Франція, Бельгія характерний жорсткий контроль з боку держави за рівнем цін, то США, Німеччині, Великобританії ціни на лікарські засоби переважно формуються під впливом співвідношення між попитом та пропозицією.

Політика ціноутворення на лікарські засоби здійснюється переважно комплексно – поєднання вільного та регульованого ціноутворення. Уряди різних держав і їх уповноважені органи в сфері регулювання обороту лікарських засобів використовують різні способи впливу, застосовуючи обмежувальні або стимулюючі заходи щодо регулювання попиту та пропозиції.

У більшості країн регулюванню цін підлягають лікарські засоби, вартість яких відшкодовується за рахунок бюджетних коштів або фондів медичного страхування. При цьому найпоширенішим методом цінового регулювання є встановлення органами державного управління фіксованого максимального рівня ціни на лікарський засіб у результаті переговорів з виробниками або самостійно на підставі наданих виробниками – фармацевтичними компаніями документів. Наприклад, у Канаді відшкодування витрат на лікарські засоби відбувається відповідно до угоди між регіональними відділами охорони здоров'я та фармацевтичними виробниками. При цьому службі лікарських засобів повертається оптова вартість лікарських засобів на основі встановлених націнок і даних щодо оплати вартості медикаментів за кожний рецепт.

Встановлення органами державного управління в сфері охорони здоров'я фіксованого максимального рівня ціни на лікарський засіб, як правило, поширюється на рецептурні лікарські засоби, вартість яких підлягає відшкодуванню з метою зменшення витрат на лікування. Ціноутворення безрецептурних препаратів, вартість яких не відшкодовується системою соціального страхування, і у більшості випадків не підлягає регулюванню з боку держави. Слід зазначити, що в процесі встановлення максимального рівня ціни враховуються ціни на подібні за дією лікарські засоби, у тому числі й в інших країнах. Регульовані ціни включаються в спеціальні формуляри або реєстри відшкодування.

У деяких країнах (наприклад, Швеції, Іспанії) використовується еталонне ціноутворення, як механізм непрямого регулювання цін на лікарські засоби. Суть еталонного ціноутворення полягає в тому, що: у випадку, якщо ліцензійна або максимально встановлена ціна перевищує еталонну, то пацієнт доплачує різницю.

У таких країнах, як Німеччина, Норвегія використовується тільки еталонна система ціноутворення. Особливістю формування еталонних цін, як правило, є прив'язка до найбільш дешевого генерика. При цьому підхід у різних країнах щодо встановлення еталонних цін відрізняється.

Процес регулювання ціноутворення на лікарські засоби за кордоном, зазвичай, не обмежується на рівні виробників. Найчастіше це стосується рівня оптово-роздрібною торгівлі. На цьому етапі регулювання ціни здійснюється шляхом встановлення граничного рівня торговельних надбавок

або диференційованих торговельних надбавок. Найчастіше рівень торговельної надбавки визначається за результатами переговорів між уповноваженим державним органом і дистриб'ютором (як приклад, у Німеччині – регулювання цін здійснюється переважно на рівні оптово-роздрібних цін).

Німеччина є «піонером» стосовно введення референтних цін (з 1989 р.). Уже в 1992 р. було виділено 94 референтні групи – 20% ринку Rx-препаратів (рецептурних). Пізніше, через кілька років, починаючи з 1996 р., від референтного ціноутворення було звільнено всі лікарські засоби (ЛЗ), які знаходилися під патентним захистом.

У цілому правові основи державного регулювання цін у Німеччині [2] визначені ст. 168 абз. 7 Лісабонського договору від 13.12.2007 р. (набрав чинності з 01.12.2009 р.), Директиви Ради 89/105/ЄЕС від 21.12.1988 р. стосовно прозорості заходів, що регулюють ціни на лікарські засоби, призначені для споживання людьми, та їх включення до сфери дії національних систем медичного страхування, ст. 78 Закону про лікарські засоби ФРН (AMG), положеннями п'ятої книги соціального кодексу ФРН (SGB V), Директиви СФК про призначення ЛЗ. Державному регулюванню підлягають: ціни на готові RX препарати, що відносяться до тих, які підлягають продажу виключно через аптеки (включаючи продукцію «in bulk»); ціни на готові RX препарати, що виготовляються в умовах аптеки.

Не підлягають державному регулюванню ціни на готові ОТС препарати (як ЛЗ, що перебувають у вільному обігу, так і ЛЗ, що відносяться до тих, які підлягають продажу виключно через аптеки); ціни на готові ЛЗ, що продаються стаціонарним медичним закладам через аптеки, які існують при таких закладах. Державне регулювання відшкодування вартості ЛЗ здійснюється за такими напрямками:

– заборона відшкодування окремих ЛЗ, тобто не відшкодовуються на підставі закону ЛЗ, що перебувають у вільному обігу (продаються не через аптеки); ОТС препарати, що підлягають продажу через аптеки (за винятком ЛЗ, які входять до позитивного переліку СФК (тяжкі хвороби, діти до 18 років); RX препарати, призначені для лікування легких захворювань; Lifestyle препарати. Також не відшкодовуються на підставі постанови МОЗ про економічно невиправдані ЛЗ; ліки, стосовно яких не доведена їхня діагностична або терапевтична корисність, медична необхідність або

економічна виправданість та якщо їх призначення є недоцільним або існують інші, у економічному сенсі більш вигідні, методи лікування, які забезпечують таку ж саму діагностичну або терапевтичну корисність;

– обмеження відшкодування окремих ЛЗ граничною сумою (*Festbetrag*) (це коли лікарняна каса відшкодовує вартість ЛЗ до передбаченої граничної суми, решту вартості доплачує сам пацієнт або гранична сума має гарантувати достатнє, доцільне, економічно вигідне та одночасно якісне забезпечення медикаментами; для групи ЛЗ, для яких передбачені граничні суми відшкодування визначаються у відповідній директиві) та за умови доплати збоку застрахованих осіб за рецептурний збір (*Rezeptgebühr*) (тобто звільнення для соціально незахищених верств населення; 10 % відпускної ціни, однак не менше 5 € і не більше 10 €; обмеження фактичною вартістю ЛЗ (для ЛЗ вартістю до 5 €); межа обтяження (2 % річного доходу брутто); збір за медичну практику (*Praxisgebühr*); 10 Євро в квартал);

– обов'язкові й добровільні знижки. Зокрема, обов'язкова знижка, що надається виробниками ЛЗ на запатентовані препарати (*Herstellerrabatt*); 6 % відпускної ціни виробника без ПДВ відшкодовується виробниками безпосередньо аптекам/дистриб'юторам протягом 10 днів; обов'язкова знижка, що надається виробниками ЛЗ на незапатентовані генеричні препарати (*Generikarabatt*); 10% або 16% відпускної ціни виробника без ПДВ. Це також мораторій на відпускні ціни виробників ЛЗ, який діє з 01.08.2010 р. по 31.12.2013 р. (за основу взято ціни, що існували станом на 01.08.2009 р. У разі підвищення цін виробники відшкодовують різницю лікарняним касам). Діє обов'язкова знижка, що надається аптеками (*Apothekenrabatt*) – 2,30 € за кожен проданий упаковку, а також добровільна знижка (*Vereinbarter Rabatt*) на підставі договорів між фармацевтичними виробниками та лікарняними касами.

В Австрії регулювання ціноутворення ЛЗ здійснюється на основі цінових контрактів та знижок при перевищенні обсягів продажу; реімбурсація (відшкодування) проводиться за ціновими/кількісними угодами на базі позитивного переліку та контрактних з лікарем, моніторинг призначень із боку лікарняних кас (*Krankenkassen*).

У Данії на державному рівні регулювання цін на ЛЗ відсутнє, а основою для відшкодування є референтне ціноутворення для взаємозамінних препаратів та генериків, реферування з європейськими цінами, економічні

показники в контексті реімбурсації (добровільні угоди), а також ЛЗ, які входять до позитивного переліку.

У Нідерландах регулювання цін на ЛЗ здійснюється шляхом перегляду (двічі в рік) величини фіксованої максимальної ціни шляхом порівняння з європейськими цінами (референтні країни — Німеччина, Франція, Бельгія, Великобританія). Базою для реімбурсації слугують терапевтичне референтне ціноутворення, ЛЗ, які входять до позитивного переліку, стимулювання відпуску препаратів паралельного імпорту, дані фармакоеконічних досліджень.

У Великобританії формування цін здійснюється через вільне ціноутворення та непряме регулювання. Держава регулює PPRS-угоди (*Pharmaceutical Price Regulation Scheme*)¹ з виробниками за контролем їх прибутків, зниження рівня цін у рамках цих угод, вільні ціни. Базою для референтного ціноутворення є ЛЗ, які включено до вибіркового негативного переліку, практичні керівництва і стандарти щодо використання ЛЗ, рекомендації *NICE (National Institute for Health and Care Excellence)* щодо співвідношення вартість/ефективність ЛЗ, що визначають практику призначень їх лікарями. Рівень відшкодування визначається на основі шкали (тарифів).

В Ірландії максимальна оптова ціна ЛЗ встановлюється, виходячи із середнього її значення для Данії, Франції, Нідерландів, Німеччини та Великобританії, при цьому роздрібні ціни можуть відрізнятися в залежності від аптечної націнки (у державних та приватних аптеках різні). Держава регулює так зване «заморожування» ціни ЛЗ на певний період, а також перегляд заморожених цін у рамках міжнародного реферування. Відшкодування вартості ЛЗ здійснюється тільки для тих засобів, які включено до позитивного переліку на основі використання економічних показників при прийнятті відповідних рішень реімбурсаційного характеру та з урахуванням обсягів видатків індикативних (згідно з показаннями) бюджетів для лікарів, що працюють за контрактом у державній системі охорони здоров'я.

Регулювання ціноутворення у Фінляндії здійснюється в рамках системи реімбурсації. Міністерство соціального захисту та охорони здоров'я затверджує «розумну» оптову ціну, яка і є максимальною для оригінальних

¹ Схема фармацевтичного цінового регулювання (PPRS) – механізм, який використовується у Великобританії Департаментом охорони здоров'я з метою доступу Національної системи охорони здоров'я до якісних ЛЗ за «розумними» цінами.

ЛЗ (аналогічні правила поширюються і на генерики). Всі нові ЛЗ відносяться до базової категорії реімбурсації (50%) терміном на 2 роки, для ЛЗ «старожилів ринку» – переглядаються раз на 2 роки. Для включення ЛЗ до списку реімбурсації та визначення «розумної» ціни необхідні подання відповідних фармакоеконічних даних. Регулюється також призначення ЛЗ для певних категорій населення.

У Швеції державне регулювання стосується ціноутворення ЛЗ, які підлягають реімбурсації з використанням таких методів регулювання цін як реєстрація та обмеження на підвищення цін (не більше ніж на 10%). При цьому враховуються ціни на ЛЗ в 10 країнах ЄС (за поточним курсом валют), зокрема однією з умов є рівень ціни ЛЗ, нижчий, ніж у Данії, Нідерландах, Німеччині, Швейцарії та аналогічний у Норвегії та Фінляндії. Регулювання і перегляд цін на ЛЗ здійснюється шляхом проведення щорічних переговорів між виробниками та Національним бюро соціального страхування з урахуванням еталонних цін на ЛЗ різних виробників. Для нових препаратів використовується метод регулювання – реєстрація цін. Відшкодуванню підлягають лише ЛЗ, які входять до позитивного переліку, при цьому за базу слугує ціна найдешевшого генерика з націнкою не менше 10%.

Регулювання цін у Бельгії здійснюється шляхом реферування з урахуванням питомих витрат на *R&D* (система запровадження й сприяння розвитку інноваційного сегмента фармацевтичного ринку, який полягає в економічній віддачі для фармакологічних компаній і насиченні ринкових ніш з незадовільним попитом на ліки), а також зниження/заморожування цін для ЛЗ «старожилів ринку». Відшкодуванню підлягають лише ЛЗ, які входять до позитивного переліку, а також окремих категорій ЛЗ (антибактеріальні, нестероїдні протизапальні ЛЗ). Ціна генериків, які підлягають реімбурсації, встановлюється на рівні як мінімум на 20% нижчою за взаємозамінний оригінальний (оренований) ЛЗ.

У Франції на державному рівні здійснюється регулювання ціни на ЛЗ, яка визначається шляхом переговорного процесу між зацікавленими сторонами (критерії: терапевтична цінність, порівняльні ціни, обсяги продажу, перелік захворювань) з урахуванням співставлення цін з іншими європейськими країнами для інноваційних ЛЗ, також регулюються ціни для нових високовартісних ЛЗ. Регулюванню підлягають ціни ЛЗ, вартість яких

потребує відшкодуванню (рецептурні). *Comite Economique du medicament* ухвалює рішення щодо можливої реімбурсації ціни на підставі рекомендацій *Transparency committee* (Антикорупційного Комітету). Ціна генериків, які підлягають реімбурсації, встановлюється на рівні як мінімум на 30% нижчою за взаємозамінний оригінальний (брендований) ЛЗ [3].

Регулювання цін в Італії здійснюється шляхом переговорів (контрактна модель) для нових та інноваційних препаратів, а також вільних цін для ЛЗ, що не підлягають реімбурсації. Часто використовується зниження / заморожування цін. Відшкодуванню підлягають лише ЛЗ, які входять до позитивного переліку. Ціна генериків, які підлягають реімбурсації, встановлюється на рівні як мінімум на 20% нижчою, ніж оригінального ЛЗ [4].

У Греції регулюється встановлення фіксованої ціни для імпортних препаратів (за еталон береться мінімальна в ЄС ціна на ЛЗ), базова ціна виробника для вітчизняних ЛЗ. Відшкодуванню підлягають лише ЛЗ, які входять до позитивного переліку та відшкодовуються хоча б однієї із нижче наведених країн: Франція, Німеччина, Швейцарія, Великобританія, США, Швеція. Референтне ціноутворення використовується при проведенні розрахунку середньодобової вартості курсу лікування.

У Португалії державне регулювання ціноутворення проходить у два етапи: узгодження з Міністерством фінансів максимальної ціни для кожного нового ЛЗ; потім подача заявки про реімбурсацію в *INFARMED*². Регулювання цін на ЛЗ здійснюється на основі порівняння середніх цін в Іспанії, Італії та Франції, а також з урахуванням додаткових обмежувальних критеріїв. Ціна генериків, які підлягають реімбурсації, встановлюється на рівні як мінімум на 20% нижчою, ніж оригінального ЛЗ. Відшкодуванню підлягають лише ЛЗ, які входять до позитивного переліку, та препарати, які мають переваги щодо рівня ціни.

В Іспанії регулювання цін на ЛЗ здійснюється шляхом переговорів з використанням моделі «витрати + фіксований прибуток», даних щодо міжнародних референтних цін, встановлення вартісно-кількісних угод для високовартісних ЛЗ. Відшкодуванню підлягають ЛЗ, які входять як до позитивного, так і негативного переліків. Референтне ціноутворення

² INFARMED – Національний орган з лікарських засобів і товарів медичного призначення. Державне агентство, підпорядковане Міністерству охорони здоров'я.(National Authority of Medicines and Health Products, IP is a Government agency accountable to the Health Ministry).

здійснюється на основі максимального рівня відшкодування (для окремих ЛЗ). Порядок встановлення референтних цін орієнтований на ціну, яка нижче оригінального аналогу [5].

Для США є характерним вільне ціноутворення, державне регулювання цін на ЛЗ здійснюється лише в рамках програм (Medicaid, Medicare та ін) [6]. Ціни встановлюються на основі використання максимальних, середніх, кращих цін виробника, системи повернення переоплат, цінкових знижок. Для програм Medicaid, Medicare порядок встановлення референтних цін визначає мінімальні з можливих варіантів; для приватного страхування – фіксовані розцінки, що включають плату за ЛЗ. У цілому окремі дослідники зазначають [7], що у США практично відсутня єдина система регулювання цін на фармпродукцію, оскільки конкуренція на ринку досить значна, що ціни на них знаходяться нижче встановленого державою граничного рівня. Фармацевтичні фірми самостійно встановлюють ціни на ЛЗ, продиктовані ринком для забезпечення необхідних прибутків. Останнім часом спостерігається зростання цін на ЛЗ, що зумовлено головним чином підвищенням вартості товарів, так як чистий прибуток роздрібною торгівлю залишається на попередньому рівні з незначними тенденціями до скорочення. Американські експерти пропонують посилити адміністративний вплив на процеси ціноутворення в фармсекторі й забезпечити контроль над цінами.

У Китаї державному регулюванню підлягають ЛЗ, вартість яких відшкодовується шляхом контролю роздрібних цін, диференційованим регулюванням інноваційних ЛЗ та ЛЗ, які виготовлено згідно з вимогами GMP. Референтне ціноутворення здійснюється на основі Національного і регіональних переліків ЛЗ, вартість яких підлягає відшкодуванню.

В Японії регулювання цін здійснюється для ЛЗ, вартість яких підлягає відшкодуванню (рецептурні) через щорічну реєстрацію стандартних цін, також регулюється зниження цін. Відшкодуванню підлягають ЛЗ, які входять до позитивного переліку. Референтне ціноутворення здійснюється на основі стандартних (регульованих) цін.

В Індії поєднується державне регулювання шляхом реєстрації оптових і роздрібних цін, а також жорсткої регламентації цін та вільне ціноутворення на ЛЗ. Підлягають регулюванню лише ЛЗ, які включено до переліків. При визначенні ціни ЛЗ враховуються витрати на їх виробництво та інші

економічні показники, граничні рівні торгівельних надбавок на вітчизняні та імпортні ЛЗ [8-15].

Рекомендації міжнародних організацій свідчать, що основною метою державної політики є створення механізмів відшкодування й солідарної забезпеченості ЛЗ. Важливість цієї проблеми зрозуміла з позицій існування тісної взаємозалежності між споживанням ЛЗ і очікуваною тривалістю життя. За даними Попович Л. Д., така система для Російської Федерації (РФ) не працює, оскільки споживання ЛЗ знаходиться на рівні нижчому між у Мексиці [16].

В РФ лікарське забезпечення носить приватний характер, тобто населення сплачує самотійно за ліки, і це за умови, коли прибуток значної частини населення становить менш ніж 15 тис. руб, а 13% знаходиться за межею бідності. При цьому дослідник наголошує, що система забезпечення ЛЗ, так як і система медичного обслуговування, досить неоднорідна (20% пацієнтів споживають 80% ресурсів, а затрати між децильними групами відрізняються в 40 разів). Це знайшло відображення і в моделях забезпечення ЛЗ, які існують в РФ.

У Російській Федерації застосовується метод прямого регулювання шляхом реєстрації граничних відпускних цін ЛЗ, які включені в перелік життєвонеобхідних лікарських засобів. При цьому окремі дослідники відзначають, що в програмах забезпечення необхідними ЛЗ (ЗНЛЗ) спостерігається зниження чисельності учасників і виписаних рецептів, а обсяг коштів, якій спрямовується на даних споживачів практично не змінюється. На думку окремих науковців [17], найбільш оптимальним варіантом для РФ було регулювання цін на ЛЗ з прив'язкою до денної дози споживання (DDD). Однак відсутність стандартів лікування і необов'язковість їх виконання ускладнюють імплементацію такого підходу. Як приклад наводимо використання рекомендацій стандартів медичної допомоги, який свідчить, що виписка ЛЗ, які не відповідають його положенням є досить поширеною практикою. Зокрема, есенціальна гіпертензія (15265 призначень) – виписано 233 непатентованих міжнародних назв ЛЗ (МНН), а рекомендовано стандартом 14 МНН (47,6% від призначених); стенокардія (5329 призначень) – виписано 177 МНН, а рекомендовано стандартом 10 (39,1% від призначених); гострий інфаркт

міокарду (3337 призначень) – виписано 287 МНН, а рекомендовано стандартом 10 (17,8% від призначених)

Рекомендується також зберегти методику ціноутворення на інноваційні ЛЗ з урахуванням використання референтних цін, однак пропонується включити до них тільки ті країни, які мають подібну з РФ систему лікарського забезпечення. Як перехідна модель – перехід від існуючої системи регулювання до регулювання в рамках програм відшкодування. Цими авторами рекомендується використовувати методику визначення мінімальної ціни на генерик із урахуванням викиду першого дециля знизу до моменту імплементації обов'язкових стандартів GMP або не визначати нижній дециль, якщо до списку життєвонеобхідних основних лікарських засобів будуть включені ЛЗ, виготовлені в умовах цього стандарту. ЛЗ з покращеними споживчими характеристиками (смак, розчинність тощо), які є переважно безрецептурними, не повинні підлягати регулюванню ціни.

Функціонування системи відшкодування вартості ЛЗ у Литві здійснюється спеціальним компетентним органом, який складає та оновлює 4 рази на рік реімбурсаційні списки з торговими назвами як оригінальних, так і генеричних препаратів, а також задекларованими на них цінами. Працює і нозологічний підхід до визначення відсотку відшкодування, який може бути різним (50, 80, 100%) на один і той самий продукт залежно від захворювання пацієнта. У кожному адміністративному регіоні існує пацієнтська каса, яка отримує фінансування з державного бюджету і здійснює взаєморозрахунки з аптеками, залученими до системи реімбурсації. Пацієнти мають персональні рецептурні книжки, що дозволяє відокремити лікарів від рецептурних бланків для попередження зловживання ними неконтрольованим виписуванням препаратів. При купівлі ЛЗ пацієнт доплачує різницю, що не компенсується, а також всі аптечні і дистриб'юторські націнки. Аптеки подають бланки відпущених рецептів у пацієнтські каси і протягом 30 днів отримують оплату за них.

Перевагами, які отримують аптечні установи і ринок ЛЗ у цілому в разі введення системи відшкодування, є суттєве збільшення амбулаторного споживання препаратів за рахунок рецептурного сегмента і, як наслідок, – значне збільшення обсягу аптечного продажу; зміна структури споживання ЛЗ у напрямку європейських і загальносвітових тенденцій з переважанням рецептурної ланки; поява соціальної місії аптек та зростання їх ролі в

суспільстві. Однак перед роздрібним сегментом фармацевтичної галузі є і приховані загрози. По-перше, суттєво змінився формат роботи аптечних закладів, з'явилася необхідність відповідності певним додатково затвердженим критеріям та постійного відстежування змін у правилах відпуску препаратів, що підлягають відшкодуванню, додаткова відповідальність, у тому числі й фінансова, за правильний відпуск препаратів.

У Польщі існує змішана система фінансування галузі охорони здоров'я з державних ресурсів (72%): системи соціального страхування здоров'я, державного бюджету, бюджетів місцевого самоврядування; та приватних джерел (28%). Організація, яка координує та направляє систему реімбурсації в країні, — Національний фонд охорони здоров'я, державна організаційна структура, яка діє від імені застрахованої особи, складається з 16 регіональних підрозділів та головного управління. Її керівництво складається з президента фонду, ради Національного фонду охорони здоров'я, директорів регіональних підрозділів, ради регіональних підрозділів. Національний фонд охорони здоров'я щорічно готує фінансовий план, який ґрунтується на підрахунках можливого прибутку та витрат, складається з окремих планів для регіональних підрозділів та головного управління. Прибутки розподіляються між регіональними підрозділами за розробленим алгоритмом. Відносини між постачальником страхових послуг у галузі охорони здоров'я та Національним фондом охорони здоров'я будуються шляхом підписання контрактів, в яких визначено максимальний рівень фінансових зобов'язань між ними, які не можуть перевищувати обсяг фінансових ресурсів, закладених у фінансовому плані фонду, що також компенсує аптекам частину коштів за ЛЗ, придбані застрахованими особами.

У Болгарії максимальна ціна рецептурного лікарського засобу встановлюється на підставі даних про собівартість препарату і його ціни в референтних країнах. Вартість безрецептурних лікарських засобів декларується виробником і реєструється МОЗ.

У цілому, в європейських країнах накопичено чималий досвід формування переліків лікарських засобів, вартість яких підлягає відшкодуванню (безкоштовному або пільговому відпуску). Зазвичай використовуються позитивні (вартість яких підлягає відшкодуванню) й негативні (вартість яких не підлягає відшкодуванню) переліки ЛЗ. Як

представлено вище, у більшості країн перевагу віддають позитивним перелікам (Франція, Швеція, Бельгія). Ці ЛЗ повинні відповідати сучасним міжнародним стандартам ефективності і безпеки, які підтверджені даними доказової медицини та фармакоеконіміки та призначатися для лікування найпоширеніших захворювань.

Усі країни-члени ЄС використовують обмежувальні переліки. На національному ж рівні системи реімбурсації побудовані за двома протилежними моделями – «що включає» і «що виключає». У країнах, де діє модель «що включає», необхідно одержати дозвіл на маркетинг ЛЗ, що автоматично включає їх під відшкодування вартості; про ті ж, які виключено із системи реімбурсації, говорять, що вони перебувають в «негативному переліку». Навпаки, у країнах, де прийнята діюча модель «що виключає», фармацевтичні компанії мають звертатися із заявкою про надання їх ЛЗ реімбурсаційного статусу; після одержання якого вони включаються до «позитивного переліку».

Критерії, згідно з якими ЛЗ виключаються із системи відшкодування вартості (негативний перелік), а також механізми, за допомогою яких оцінюється можливість надання реімбурсаційного статусу (переміщення до позитивного переліку), відрізняються в різних країнах. Наприклад, окремі країни з позитивним переліком практикують такий захід, як затримка реєстраційного процесу для нового ЛЗ, використовуючи це як спосіб стримування витрат на медикаменти. Втім, у переважній більшості випадків терапевтичні переваги є головним критерієм, яким керуються. У той же час для ЛЗ, вартість яких підлягає відшкодуванню, все більшу популярність здобуває принцип, заснований на вивченні співвідношення вартість/ефективність.

Коли ЛЗ втрачає свій реімбурсаційний статус, обсяги його продажів згідно з виписаними рецептами падають і нерідко фармацевтичні компанії рекласифікують його в безрецептурну групу відпуску. Лікарі, в свою чергу, нерідко прагнуть «ремоделювати» свої призначення на користь альтернативних (звичайно більш ефективних і вартісних) реімбурсованих ЛЗ – особливо в тих випадках, коли пацієнт звільнений від співоплати [18].

Дані щодо підходів до ціноутворення ЛЗ в окремих країнах-членах ЄС подано у табл. 4.2 [19].

Таблиця 4.2.

Підходи до ціноутворення ЛЗ в окремих країнах-членах ЄС:

референтні країни і розрахункова база [20-23]

Країна	Референтна країна	Розрахункова база	Перерахунок цін
Греція	Мінімальна ціна в Європі	Мінімальна ціна в Європі	Немає
Ірландія	Данія, Франція, Німеччина, Нідерланди, Великобританія	Мінімальне середнє значення і ціна у Великобританії	Немає
Італія*	Всі країни ЄС	Середнє значення	Так
Нідерланди	Бельгія, Франція, Німеччина, Великобританія	Середнє значення	Так
Португалія	Франція, Італія, Іспанія	Мінімальне значення	Ні

*Примітка.: Використовується тільки для окремих ЛЗ

Якщо ЛЗ підлягають повній реімбурсації, то регулювання цін залишається єдиним способом стримування обсягів платежів у рамках медичного страхування. В інших країнах ЄС для ЛЗ, вартість яких відшкодовується, встановлена ціна; як правило, і стає ринковою ціною ЛЗ, оскільки згідно з регуляторними умовами більшості країн препарат повинен продаватися за єдиною ціною, а доступ до таких препаратів поза системою реімбурсації жорстко обмежений (Simoens S., De Coster S., 2006) [24].

Є також можливість одночасного співіснування в одній країні двох різних систем ціноутворення. Так, скажемо, в Італії впроваджена система середньоєвропейських цін для препаратів, давно представлених на ринку, і переговорно-договірний підхід – для нових продуктів. А в Греції, що добилася найнижчого рівня цін на медикаменти в межах ЄС, до імпортованих препаратів застосовується методологія зовнішнього реферування, а до продуктів вітчизняного виробництва – повновартісний підхід.

При всій різниці в існуючих підходах і принципах, на яких базуються країни, що регулюють рівень цін на рецептурні ЛЗ, можна виділити три групи країн. Для першої з них, регулювання цін є в певному сенсі «пережитком минулого», що дісталось в спадщину від тих часів, коли інтервенції держави в національну економіку були більш відчутні, ніж сьогодні. У Бельгії та Іспанії, наприклад, щоб одержати дозвіл на маркетинг свого рецептурного препарату фармвиробники повинні провести переговори про ціну з національними уповноваженими регуляторними органами. З одного боку, переговори дають державним регуляторним органам можливість заохотити компанії-виробники фармацевтичної продукції. При

цьому серед відправних крапок для встановлення ціни можуть фігурувати як вартість ЛЗ для виробника; його терапевтична цінність для пацієнта; медико-соціальна значимість для системи охорони здоров'я. Крім того, береться до уваги аналіз ціни на взаємозамінні ЛЗ на внутрішньому ринку, а також і на ринках інших країн Європи. Втім, приблизно, за елементами порівняльного (референтного) ціноутворення.

До другої групи відноситься Великобританія в Об'єднаному Королівстві ціна на всі брендovanі ЛЗ визначається таким чином, щоб загальний рівень прибутковості їх продажу перебував у офіційно встановлених припустимих межах (*Pharmaceutical Price Regulation Scheme – PPRS*). Метою такої моделі є досягнення балансу між забезпеченням національної системи охорони здоров'я ЛЗ за доступними цінами та стимулювання вкладення прибутків від продажу нових ЛЗ. А оскільки переговори між уповноваженими органами та фармацевтичними компаніями, а також дозволений рівень прибутковості залишаються за завісою конфіденційності, це створює велике поле для різних стимулів, заохочень.

До третьої групи можна залучити Грецію, Ірландію, Нідерланди, Португалію та частково Італію. У цих країнах максимальна роздрібна ціна ЛЗ визначається залежно від ціни взаємозамінного ЛЗ в сусідніх країнах, з використанням референтного ціноутворення. На цьому ґрунті також нерідко виникають суперечки (наприклад, від якого саме із взаємозамінних ЛЗ, представлених на ринку референтної країни, можна або не можна відштовхуватися) – і часом їх рішення шукають у суді.

Оскільки з кожним роком у різних країнах світу зростає потреба в медичній допомозі, що призводить, в свою чергу, до збільшення витрат на лікарське забезпечення, а отже, ставить перед державами завдання щодо пошуку джерел фінансування. Результати вивчення світового досвіду показують, що державне регулювання цін і система відшкодування є одними з найефективніших інструментів рішення цього завдання. Однак існує небезпека виникнення дефіциту ЛЗ в результаті встановлення занадто низької гранично допустимої ціни, що зробить виробництво таких ЛЗ економічно неефективним. Потреба суспільства в доступному соціально-орієнтованому лікарському забезпеченні полягає в необхідності створення системи перерозподілу фінансового тягаря на користь соціально незахищених прошарків суспільства. Досягнення фінансової доступності ЛЗ

найчастіше суперечить умовам ринкової економіки, тобто мають бути враховані при формуванні національних політик в сфері забезпечення ЛЗ відповідні механізми цінового регулювання. Таким чином, контроль над цінами приводиться в дію прямим або непрямим шляхами:

- прямий – встановлення ринкової ціни (з використанням відповідної методології ціноутворення);

- непрямий – регулювання рівня прибутку ЛЗ або прибутку з продажу.

Якщо перший варіант у тій чи іншій формі для того або іншого сегмента фармацевтичного ринку прийнятий у більшості країн ЄС, то другий характерний тільки для Великобританії.

Регулювання ціни спрямоване на обмеження ціни ЛЗ, за якою він повинен бути реалізований на ринку, – незалежно від того, чи підлягає його вартість відшкодуванню та кому він продається. В той же час співвідношення платежів, які здійснюються фондами медичного страхування і пацієнтами, визначається на основі інтегрального співвідношення між ціною, відшкодуванням вартості та співплатежами населення (що робить очевидним необхідність контролю за відшкодуванням коштів).

Забезпечення ЛЗ є однієї з найважливіших соціальних гарантій для населення в різних країнах, і більшість розвинених держав світу гарантує забезпечення населення лікарськими засобами на безоплатній або частково відшкодованій основі. Більшість країн ЄС на амбулаторному етапі медичної допомоги покривають видатки на лікарські засоби всьому населенню згідно з рецептами, виписаними лікарями. У країнах, що розвиваються, витрати на лікарські засоби на амбулаторному етапі відшкодовуються лише обмеженому колу населення – найбільше соціально незахищеним верствам населення.

Середні подушні витрати на лікарські засоби в країнах ЄС становлять 400\$ (у цінах виробників). У Російській Федерації ці витрати становлять (за експертними оцінками) у роздрібних цінах споживачів у середньому 70 дол. США, а в цінах виробників близько 40 дол. США, або в середньому в 10 раз менше, чим у країнах ЄС. У валовому внутрішньому продукті витрати на лікарські засоби в країнах ЄС у середньому становлять 1,5% у цінах виробників, у Російській Федерації – 0,75 % у роздрібних цінах, або 0,43% у цінах виробників. Витрати країн ЄС на лікарські засоби з державних і суспільних джерел у середньому становлять 70% від загальних витрат на

лікарські засоби, у Росії за експертними оцінками – не більш 45%. Споживання медикаментів на душу населення в Російській Федерації склало 75 дол. США, для порівняння аналогічний показник для США і Японії наближається до 600 дол. США, Німеччини 363 дол. США, Франції 410 дол. США, Чехії 128 дол. США.

Проблема доступності ліків у країнах з розвинутою економікою, насамперед, пов'язана зі зростаючими витратами на їхнє придбання. Прогресуюче зростання вартості охорони здоров'я – загальносвітова тенденція, яка останнім часом набула ролі одного із провідних факторів гальмування економічного росту й розвитку кризових явищ. Темпи росту витрат держав на охорону здоров'я найчастіше перевищують темпи росту ВВП та індексу цін споживчих товарів. Сьогоднішні труднощі економічно розвинених країн у цій сфері пов'язані із широким охопленням («пільги для всіх») і високим рівнем (приблизно 80%) державного субсидування витрат на ліки.

У країнах ЄС витрати на лікарські засоби щорічно зростають в середньому на 5% через постаріння населення та зростання частки хронічних захворювань, появу нових вартісних лікарських засобів, тиску фармвиробників.

Аналіз наукових публікацій показав, що основними механізмами стримування державних витрат на лікарські засоби є наступні:

1. Формування обмежувальних Переліків лікарських засобів.

Переліки лікарських засобів формуються на підставі даних щодо: терапевтичної ефективності та безпеки препарату, оцінці порівняльної економічної ефективності. Існують «позитивні» Переліки, тобто списки препаратів, які оплачуються із суспільних фондів, і «негативні» Переліки – які, не підлягають відшкодуванню. У більшості країн ЄС обсяг покриття рецептурних лікарських засобів досить широкий, наприклад, у Великобританії покриваються витрати на 86% рецептурних препаратів, у Швеції — на 60%. У Німеччині існують незначні обмеження щодо покриття витрат на лікарські засоби лікарняними касами, наприклад, виключені препарати для лікування «звичайних» захворювань (ОРВІ, грибкові захворювання, проносні препарати) і малоефективні препарати. Звичайно, фармвиробники подають заявки на включення в Перелік, яку потім розглядає спеціальна Комісія відповідно до затверджених жорстких вимог.

2. Використання додаткових джерел фінансування – співплатежі населення.

Загальною рисою систем організації лікарського забезпечення в розвинених країнах у випадку амбулаторного лікування є часткове відшкодування пацієнтові призначених і виписаних лікарем лікарських засобів. Крім схем співоплати існують схеми мотивації, як для пацієнта, так і для аптек. У всіх економічно розвинених країнах йде процес переносу на хворого частини витрат на придбання лікарських засобів, і, як правило, частка, оплачувана пацієнтом, міняється від типу медикаменту. Наприклад, якщо ліки призначені для лікування хронічних захворювань або мають життєво важливий терапевтичний ефект, то частка співоплати може бути незначна. Не підлягають дотації й оплачуються пацієнтами повністю препарати, споживання яких визначено шкідливими звичками (паління, ожиріння тощо).

Існують різні варіанти співоплати: фіксована доплата на лікарські засоби, рецепт, доплата певного відсотка від вартості лікарських засобів. Цей відсоток варіюється залежно від групи населення, причому найбільш соціально вразливі категорії населення звільнені від співоплати. У Франції різні групи населення залежно від захворювання доплачують 0 %, 35 % або 65 %. В Англії доплата фіксована й становить 6,1 фунтів (12,2 дол. США), при цьому 80 % населення звільнено від доплати. У Німеччині фіксовані співплатежі становлять від 2 до 10 євро. Введення доплат мотивує пацієнтів до застосування більш дешевих препаратів, у тому числі й відтворених лікарських засобів (генериків).

3. Регулювання ціноутворення і формування референтної ціни для відшкодування витрат на лікарські засоби із суспільних джерел.

4. Обмеження виписки лікарських засобів – виписка ЛЗ, що мають доведену терапевтичну і економічну ефективність, на основі клінічних протоколів і рекомендацій. Використання клінічних рекомендацій контролюється різними наглядовими органами і акредитаційними установами. У ряді країн (Німеччина, Франція, Англія) існують ліміти бюджету для лікарів загальної практики й лікарів-фахівців, що працюють в амбулаторно-поліклінічних закладах, при перевищенні яких вони зазнають

штрафні санкції. У ряді країн (Німеччина, Великобританія) обмеження щодо виписки лікарських засобів передбачені в контрактах з лікарями.

5. Збільшення частки витрат на генериків у загальній структурі витрат на лікарські засоби.

Даний підхід реалізується як на рівні формування Переліку, так і самими лікарями при виписці рецепта. У Великобританії, наприклад, у контракті з лікарем визначено, що з бюджету на лікарські засоби він зобов'язаний витратити не менш 15% на найдешевші препарати, у тому числі не менш 5% на генерики. Генерики в різних країнах становлять різну частку в загальних витратах на лікарські засоби — від 5% в Австрії (це пов'язане з невисокими цінами на оригінальні лікарські засоби), до 22% в Англії й до 40% у Німеччині й Швеції.

Таким чином, у країнах ЄС наявне еkleктичне різномайття моделей, методів і підходів до регулювання цін. Зокрема, у окремих країнах встановлюються максимально допустимі суми відшкодування. Зазвичай вони розраховуються, виходячи з реальної ціни ЛЗ або шляхом співставлення із цінами інших взаємозамінних ЛЗ, представлених на внутрішньому ринку; або навіть у порівнянні з цінами на ринках сусідніх країн (референтне ціноутворення) — як в абсолютному (середня ціна), так і у відносному значенні. При цьому пацієнти сплачують різницю між максимальною сумою відшкодування та ціною ЛЗ.

Перелік посилань до підрозділу 4.3

1. Guideline on the packaging information of medicinal products for human use authorized by the community / European commission. — Brussels, 2013. — 40 p.

2. Юнко Михайло Державне регулювання цін на лікарські засоби в ЄС на прикладі Німеччини / Михайло Юнко // Матеріали спеціалізов. міжнар. фармацевт. конф. [«Державне регулювання цін на лікарські засоби: міжнародний досвід»], (17 травня 2012 року, Київ). — К., 2012. — 13 с.

3. Blachier C. France — pharmaceutical pricing and reimbursement. European Commission, Enterprise and Industry DG, Directorate F — Consumer goods, 2005. / C. Blachier, P. Kanavos [Electronic resource]. — Access mode : http://pharmacos.eudra.org/g10/docs/t_se/France.pdf. — Title from a screen.

4. Ghislandi S. Pharmaceutical policy in Italy: towards a structural change? / S. Ghislandi, I. Krulichova, L. Garattini // Health Policy. — 2005. — Vol. 72. — P. 53–63.

5. Antonanzas F. Challenges to achieving value in medicine spending in a decentralized country: the Spanish case / F. Antonanzas // Value in Health 2003. – Vol. 6. – P. 52–63.
6. Value-Based Cost Sharing In The United States And Elsewhere Can Increase Patients' Use Of High-Value Goods And Services // Health Affairs (Millwood). – 2013. – Vol. 32. – P. 4704–712.
7. Зарубежные подходы к формированию цены на фармрынке [Электронный ресурс] // Международный бухгалтерский учет. – 2011. – № 14. –
8. Режим доступа : http://pricinginfo.ru/publ/praktika_cenoobrazovaniya/mezhdunarodnyj_opyt/zarubezhnye_podkhody/23-1-0-42. – Название с экрана.
9. Тельнова Е. А. Система ценообразования на лекарственные средства: вчера, сегодня, завтра / Е. А. Тельнова, А. С. Румянцев, Г. А. Петроченков // Вестн. Росздравнадзора. – 2008. – № 4. – С. 9–17.
10. Тельнова Е. А. Лекарственное обеспечение отдельных категорий граждан необходимыми лекарственными средствами: состояние, проблемы, перспективы / Е. А. Тельнова, Г. А. Петроченков, А. С. Румянцев // Вестн. Росздравнадзора. – 2008. – № 3. – С. 7–11.
11. О соответствии мер, принимаемых государствами ЕС по контролю цен и возмещению расходов на лекарственные препараты, статье 30 договора о ЕЭС. Сообщение комиссии ЕС 86/С310/108. — Лицензирование в Европейском Союзе: фармацевтический сектор. – К. : Морион Лтд., 1998. – С. 310–318.
12. Моссиалос Э. Регулирование цен – средство защиты потребителя / Э. Моссиалос, И. Шейман, С. Шишкин // Фарм. вестн. – 2000. – № 36. – С. 10.
13. Bennett N. Pharmaceutical Pricing Strategies 2000: Entering the New Millenium / N. Bennett. – Washington: Reuters Business Insight, 2000. – 221 p.
14. Submission of the Pharmaceuticals Research and Manufacturers of America. For National Trade Estimate Report on Foreign Trade Barriers. – Washington: PhRMA, 2001. – 189 p.
15. Macartur D. Pharmaceutical Pricing and reimbursement in United King dom / D. Macartur // NEPAC Health Economics in Prevention and Care. – 2000. – № 1. – P. 47–55.
16. Пивень Елена Мировой опыт ценообразования на лекарственные средства [Электронный ресурс] / Елена Пивень // Аптека. – 2003. – № 377 (6). – Режим доступа : <http://www.apteka.ua/article/13798>. – Название с экрана.
17. Попович Л. Д. Национальная лекарственная политика [Электронный ресурс] / Л. Д. Попович // Материалы пленарного заседания конференции «Аптечная сеть России», 2013. – Режим доступа : <http://www.vedomosti.ru/events/pharma13/> – Название с экрана.
18. Мелик-Гусейнов Д. В. Варианты подходов ценообразования на лекарственные препараты, входящие в группу жизненно-необходимых и важнейших [Электронный ресурс] / Д. В. Мелик-Гусейнов, Л. Д. Попович // Материалы IX ежегодной Межрегион. конф. [«Актуальные проблемы обеспечения качества лекарственной и медицинской помощи»], (30 июня – 2 июля 2013 г., Сочи). – Режим доступа : <http://www.labclinpharm.ru/2393.html>. – Название с экрана.

19. Kanavos, Panos, Ferrario, Alessandra, Vandoros, Sotiris and Anderson, Gerard F. Higher US branded drug prices and spending compared to other countries may stem partly from quick uptake of new drugs. *Health affairs*- 2013. – № 32 (4). – pp. 753–761.

20. Kanavos, Panos Reference pricing for drugs: is it compatible with US healthcare? // *Health Affairs*. – 2003. – Vol. 22 (3). – P. 16–30.

21. Brouwer W. B. F. Golden pill for pharmacists: generic prescription is barely cost-saving / W. B. F. Brouwer, F. F. H. Rutten // *Medical Contact*. – 2002. – Vol. 57. – P. 737–740.

22. Cambridge Pharma Consultancy. Delays to market access in Europe. Cambridge Pharma Consultancy. – Cambridge, 2002 [Electronic resource]. – Access mode : http://www.efpia.org/2_indust/CambridgePharmaConsultancy1102.pdf. – Title from a screen.

23. De Joncheere K. Experiences with generics / K. De Joncheere, A. H. Rietveld, C. Huttin // *International Journal of Risk and Safety in Medicine*. – 2002. – Vol. 15. – P. 101–109.

24. European Generic Medicines Association. 2005 market review. The European generic pharmaceutical markets. European Generic Medicines Association. – Brussels, 2005. Unpublished document.

4.4. Державне регулювання ціноутворення та системи відшкодування лікарських засобів в Україні

Проблематика ціноутворення на лікарські засоби та вироби медичного призначення в Україні довгий час залишається досить гострою і надзвичайно актуальною. Це пов'язано і з тим, що в державі на відміну від європейських країн практично відсутня система реімбурсації (відшкодування вартості) лікарських засобів, оскільки система медичного страхування так і не була запроваджена. Якщо розглядати ціноутворення з точки зору історико-правового аналізу його державного регулювання, то до 2008 р. в країні існувала відносно стабільна практика ціноутворення на ЛЗ та вироби медичного призначення. Державному регулюванню підлягали ціни лише на ті препарати, що були внесені до Переліку вітчизняних та імпортованих лікарських засобів і виробів медичного призначення, ціни на які підлягають державному регулюванню, затвердженого спільним наказом МОЗ і Міністерства економіки та з питань європейської інтеграції України від 03.12.2001 р. № 480/294 [1].

Функції державного регулювання цін на лікарські засоби та вироби медичного призначення були покладені на Раду Міністрів АР Крим, обласні, Київську та Севастопольську міські державні адміністрації. Вказані органи були уповноважені регулювати (встановлювати) граничні торговельні надбавки (націнки), що реалізуються населенню через аптечну мережу, на рівні не вище ніж 35% оптової ціни виробника (митної вартості) з урахуванням знижок, а на ті, що придбаються державними та комунальними закладами охорони здоров'я за бюджетні кошти, на рівні не вище ніж 10% оптової ціни виробника (митної вартості) з урахуванням знижок.

Однак восени 2008 р. внаслідок девальвації гривні ліки істотно подорожчали. Реагуючи на це, Уряд України прийняв постанову від 17 жовтня 2008 р. № 955 «Про заходи щодо стабілізації цін на лікарські засоби і вироби медичного призначення», положення якої істотно змінили державне регулювання цін на лікарські засоби та вироби медичного призначення. Зокрема, перелік лікарських засобів та виробів медичного призначення, ціни на які підлягають державному регулюванню, було значно розширено й встановлено нові граничні надбавки (націнки) на цю продукцію, а саме: на лікарські засоби й вироби медичного призначення, включені до існуючого на той час Національного переліку основних лікарських засобів і виробів

медичного призначення (затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 29.03.2006 р. № 400 «Про затвердження Національного переліку основних лікарських засобів і виробів медичного призначення»), граничні постачальницько-збутові надбавки (націнки) на рівні не вище ніж 15% оптової ціни виробника (митної вартості) з урахуванням знижок, а граничні торговельні (роздрібні) надбавки (націнки) – на рівні не вище ніж 35% оптової ціни виробника (митної вартості) з урахуванням знижок.

При цьому граничний розмір встановлених надбавок не залежав від кількості здійснених операцій з продажу лікарських засобів і виробів медичного призначення.

Після зупинення дії вище згаданої постанови та постанови Кабінету Міністрів України від 19.11.2008 р. №1022 «Про внесення змін до постанов КМУ від 10 вересня 2008 р. № 837 і від 17 жовтня 2008 р. № 955» ситуація з державним регулюванням цін на лікарські засоби й вироби медичного призначення в Україні стала невизначеною. Невизначеність, яка носила доволі хаотичний характер, тривала до моменту прийняття 11.02.2009 р. Ухвали Конституційного Суду України, якою було відмовлено у відкритті конституційного провадження у справі за конституційним поданням Президента України щодо відповідності Конституції України (конституційності) цих постанов Уряду.

Тобто в період із 05.12.2008 р. до 11.02.2009 р. ціни на лікарські засоби та вироби медичного призначення в Україні фактично не були врегульовані. Поновлення дії постанов № 955 та № 1022 створило ситуацію, згідно з якою державою регулювався практично весь ринок лікарських засобів України, а саме – 903 препарати за непатентованими міжнародними назвами, 9319 – за торговельними назвами, що становило приблизно 85% усіх зареєстрованих в Україні ліків.

Затвердження нового Національного переліку (постанова Кабінету Міністрів України від 25.03.2009 р. №333 «Деякі питання державного регулювання цін на лікарські засоби і вироби медичного призначення») суттєво звузило предмет державного регулювання цін на фармацевтичну продукцію, що було дуже позитивно сприйняте гравцями ринку. Так, згідно з новим Національним переліком кількість лікарських засобів і виробів медичного призначення, ціни на які підлягають державному регулюванню, скоротилася до 215 згідно з міжнародними непатентованими або загальноприйнятими назвами діючих речовин [2].

В цілому український фармацевтичний ринок потребує посилення державного контролю. В країні діє тільки система регулювання торгових надбавок. Але механізм не може бути ефективним, якщо це не комплексне рішення. Визначення цін при виведенні препарату на ринок, регулювання та управління цінами разом із застосуванням механізму контролю торгових націнок дозволяє сформувати керовану систему цін для кінцевого споживача.

Також в Україні відсутнє державне відшкодування витрат на лікарські засоби (участь держави в забезпеченні населення препаратами становить 10–12% загального обсягу ринку в грошовому вираженні), і пацієнт сплачує за ліки самотійно. Це робить його об'єктом маркетингової активності виробників лікарських засобів: безпосередньо – через пряму рекламу в ЗМІ й опосередковано – через медичних представників, що здійснюють промоцію препаратів серед лікарів. Але зазвичай хворий не може свідомо обрати лікарський засіб, оскільки не має знань, необхідних для цього. Тому складається небезпечна для нього ситуація через самолікування.

Хоча повноцінної системи відшкодування витрат на лікарські засоби в Україні немає, а є тільки її елементи, пов'язані з безкоштовним або пільговим відпуском лікарських засобів за рецептами лікарів, у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань. Однак, існуюча динаміка зростання цін вказує на доцільність якнайшвидшого впровадження ефективних заходів, спрямованих на недопущення невиправданого завищення вартості лікарських засобів для кінцевого споживача. Одним з таких заходів є порівняння цін на ідентичні або подібні лікарські засоби в суміжних країнах та/або на внутрішньому ринку, що закладено в основу референтного ціноутворення більшості європейських країн, де функціонує система реімбурсації.

Враховуючи ситуацію з державного відшкодування витрат на лікарські засоби, за ініціативи МОЗ України стосовно формування сучасних підходів до регулювання цін на лікарські засоби та як елемент заходів, визначених Програмою економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» з червня 2012 р. в Україні розпочато пілотний проект.

Вибір референтних країн здійснювався за трьома критеріями: соціальною, економічною схожістю та медичними показниками.

Соціально-економічні показники розвитку, або індекс стабільності країн, визначали за методологією ООН та Світового банку. Розрахунки схожості з точки зору медичної системи проведено було на основі даних ВООЗ.

Як відзначалося вище, у Європі референтні ціни встановлюються для торговельних марок, для України такий підхід не може бути прийнятним, оскільки наш ринок за торговими назвами відрізняється від ринків Європи і РФ. Тому, було запропоновано здійснювати регулювання не за торговими назвами, а за назвами молекул і діючих речовин препаратів. Регулюванню мають підлягати всі препарати з єдиною діючою речовиною, окрім оригінальних лікарських засобів, а також цінові надбавки (оптові та роздрібні), що дозволить здійснювати повний контроль над цінами [3].

Реалізація пілотного проекту щодо запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб із гіпертонічною хворобою здійснюється шляхом встановлення граничного рівня оптово-відпускних цін на такі засоби з використанням механізму визначення порівняльних (референтних) цін (перший етап) та відпрацювання механізму часткового відшкодування їх вартості за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів (другий етап) (постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.2012 № 340 «Про реалізацію пілотного проекту щодо запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою» (зі змінами).

Для формування методики ціноутворення на підставі теперішньої цінової ситуації в роздрібному сегменті фармацевтичного ринку України в якості базового показника була прийнята встановлена добова доза (ВДД) споживання лікарського засобу, рекомендована ВООЗ, так звана DDD. ВДД визначається для конкретної молекули діючої речовини з урахуванням форми випуску. При цьому призначення дозування лікарського засобу для добового споживання в кожному індивідуальному випадку може варіюватися та відрізнятися від ВДД в залежності від віку, маси тіла пацієнта, а також фармакокінетичних особливостей препарату, що зумовлює наявність на ринку лікарських засобів із широким діапазоном дозувань діючої речовини для однієї і тієї ж молекули. Тому для коректності розрахунків у рамках нашого підходу за основу був прийнятий саме показник ВДД з метою приведення референтного рівня цін на лікарські засоби з різними

дозуваннями та номерами упаковок і, відповідно, варіює вартістю до «єдиного знаменника».

Що стосується безпосередньо вибору препаратів, для яких був проведений аналіз поточної цінової ситуації на ринку, то за основу була прийнята система МНН для фармацевтичних субстанцій ВООЗ. Як вже було зазначено, механізм референтного ціноутворення відпрацьовували для препаратів, що застосовуються при артеріальній гіпертензії.

Крім того, до реалізації пілотного проекту з 12 млн хворих на гіпертонію тільки близько 1,5 млн контролювали свій артеріальний тиск, а це лише 14%, тоді як середньоєвропейський показник складає близько 27%. Тобто, для досягнення середньоєвропейського рівня контрольованих хворих потрібно залучити щонайменше 2 млн. пацієнтів.

Відповідно до рекомендацій ВООЗ, Європейської асоціації кардіологів, а також Української асоціації кардіологів, для лікування артеріальної гіпертензії застосовують такі препарати I ряду: блокатори рецепторів ангіотензину II; діуретики; блокатори бета-адренорецепторів; антагоністи кальцію. Пілотний проект поширювався на генеричні лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою, що виробляються з дотриманням вимог GMP та включені до переліку міжнародних непатентованих назв, а саме: Еналаприл, Лізиноприл, Бісопролол, Метопролол, Небіволол, Амлодипін та Ніфедипін.

Обіг лікарських засобів для лікування осіб з гіпертонічною хворобою здійснюється на території України після декларування оптово-відпускної ціни, яка не може перевищувати граничний рівень оптово-відпускних цін на такі лікарські засоби, розрахований відповідно Порядку розрахунку граничного рівня оптово-відпускних цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою та порівняльних (референтних цін) на такі засоби (наказ МОЗ України від 29.05.2012 № 394 «Про затвердження Порядку розрахунку граничного рівня оптово-відпускних цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою та порівняльних (референтних цін) на такі засоби», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 30 травня 2012 р. за № 863/21175).

Реєстр граничного рівня оптово-відпускних та порівняльних (референтних) цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою станом на 1 вересня 2012 року затверджено наказом МОЗ України від 1 червня 2012 року № 419 (із змінами) (рис. 4.1).

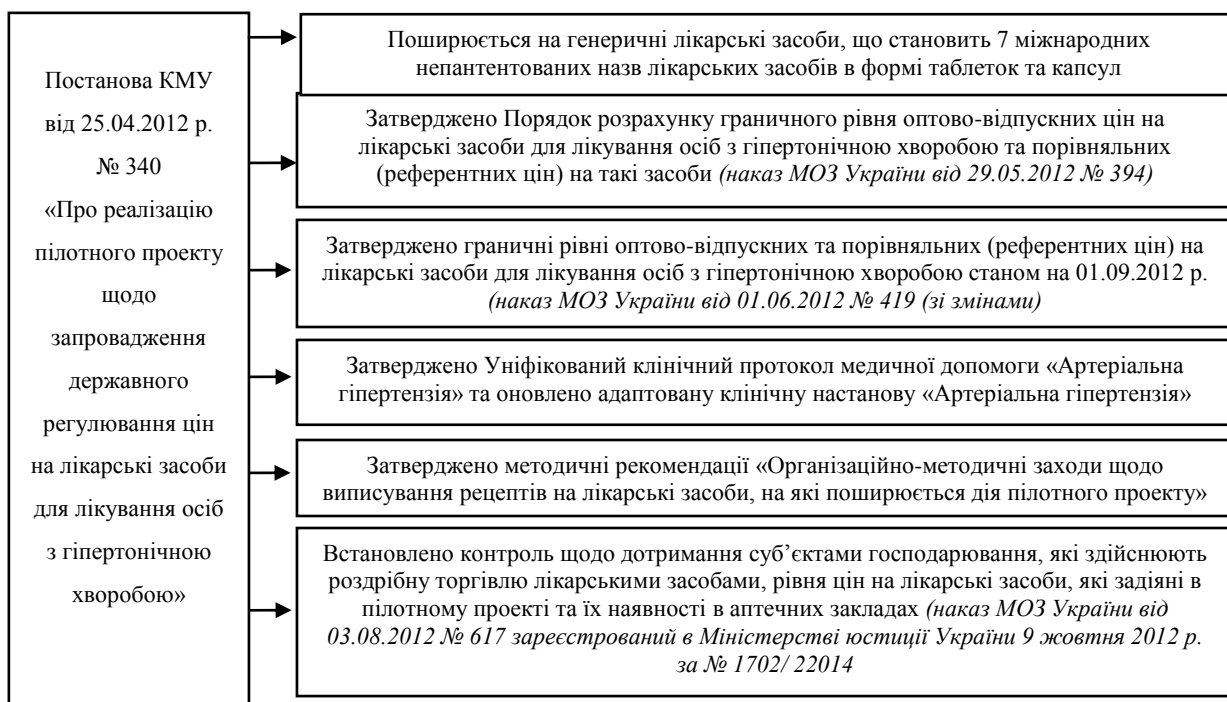


Рис. 4. 1. Пілотний проект щодо запровадження регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою (законодавчі передумови)

Загальні методичні підходи Порядку розрахунку граничного рівня оптово-відпускних цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою та порівняльних (референтних цін) на такі засоби були представлені ДП «Державний експертний центр МОЗ України» та належно оцінені Інформаційною мережею з питань політики ціноутворення та реімбурсації лікарських засобів (Pharmaceutical Pricing and Reimbursement International, PPRI), що одночасно виконує функції Центру Співпраці Всесвітньої організації охорони здоров'я з питань ціноутворення та реімбурсації.

Часткове відшкодування вартості лікарських засобів для лікування осіб з гіпертонічною хворобою за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів здійснюється відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 05.09.2012 № 907 «Про затвердження Порядку часткового відшкодування вартості лікарських засобів для лікування осіб з гіпертонічною хворобою» та відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 17 жовтня 2012 р. № 982 «Про затвердження Порядку та умов надання у 2013 році субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на часткове відшкодування вартості лікарських засобів для лікування осіб з гіпертонічною хворобою» (із змінами) (рис. 4.2).

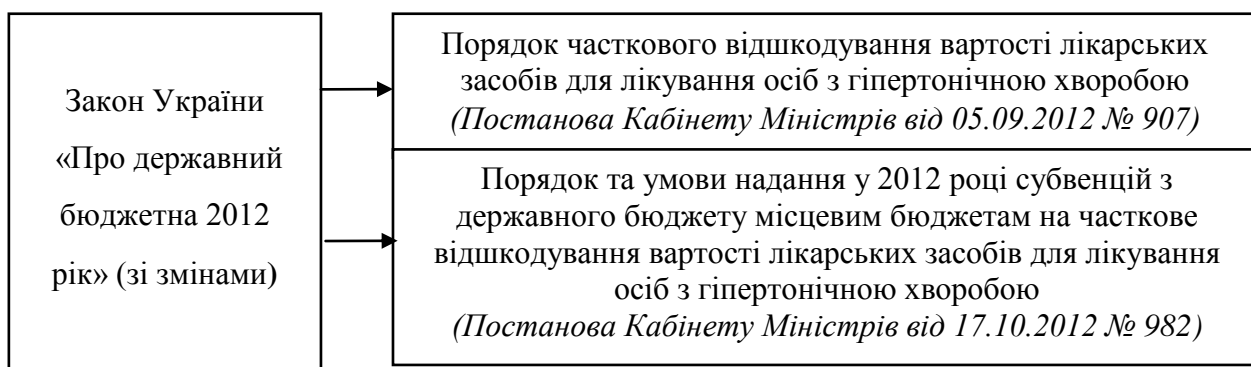


Рис. 4.2. Законодавчі засади запровадження пілотного проекту відшкодування вартості лікарських засобів для лікування осіб з гіпертонічною хворобою

Реалізація першого етапу Пілотного проекту сприяла підвищенню доступності до цих лікарських засобів в результаті зниження граничних рівнів оптово-відпускних та порівняльних (референтних) цін на них в діапазоні від -4% до -17,8%, що в середньому склало 7,93% (станом на 01.09.2012 р. у порівнянні з 01.06.2012 р.).

У 2012 р. обсяг роздрібних продажів лікарських засобів, що підпадають під дію Пілотного проекту, склав: у грошовому вираженні – 517 млн. грн., в натуральному – 22,8 млн. упаковок, що на 15,2% та 16,8% відповідно більше, ніж у 2011 році.

Аналіз реалізації пілотного проекту за результатами 2012 р. показав зниження середньозваженої вартості однієї упаковки цих препаратів на 1,4% з 23,0 до 22,7 грн., іноземного виробництва – на 5,2%, а вітчизняного на – 3,4%.

Роздрібний продаж лікарських засобів вітчизняного виробництва в натуральному вираженні зріс на 2%, а в грошовому – на 3%. Частка роздрібного продажу лікарських засобів вітчизняного виробництва склала в грошовому вираженні – 22%, а в натуральному – 47%³.

Реалізація другого етапу Пілотного проекту (листопад–грудень 2012 року), яка передбачала здійснення часткового відшкодування вартості лікарських засобів для лікування осіб із гіпертонічною хворобою, базувалася на попередніх розрахунках з урахуванням усіх хворих із гіпертонічною хворобою (12 млн осіб) та на основі аналізу лікарських засобів, що найчастіше призначаються лікарями. Зокрема, це:

³ За даними аналізу щотижневика «Аптека» з використанням аналітичної системи дослідження ринку «Фармстандарт»

- 60% – це лікарські засоби, що діють на ренін-ангіотензинову систему (серед яких, Еналаприл – 80%, Лізиноприл – 20%);
- 20% – бета-адреноблокатори (серед яких, Бісопролол – 60%, Метопролол – 30%, Небіволол – 10%);
- 20% антагоністи кальцію (серед яких, Амлодипін – 80%, Ніфедипін – 20%).

У 2012 р. на здійснення часткового відшкодування вартості лікарських засобів для лікування осіб з гіпертонічною хворобою Державним бюджетом України було виділено субвенцію з державного бюджету місцевим бюджетам на часткове відшкодування вартості лікарських засобів у розмірі 40,0 млн. грн., а використано коштів у розмірі 3,8 млн грн. Близько 515 тис. осіб прийняли участь у пілотному проекті, лікарями за цей період було виписано понад 1,6 млн рецептів.

У 2013 р. Державним бюджетом України на здійснення часткового відшкодування вартості лікарських засобів для лікування осіб із гіпертонічною хворобою передбачено кошти в сумі 191,6 млн грн. Станом на 06.12.2013 за інформацією регіонів України ними отримано кошти по субвенціям у розмірі 184,1 млн грн.

У 27 регіонах України використані кошти у розмірі 128,5 млн грн., що склало 69,81 % від загальної суми отриманих коштів.

Найбільше використано коштів у Житомирській (100,0%), Рівненській (100,0%), Херсонській (100,0%), Закарпатській (99,00%), Полтавській обл. (97,37%) та Івано-Франківській (97,21%) областях (рис. 4.3).

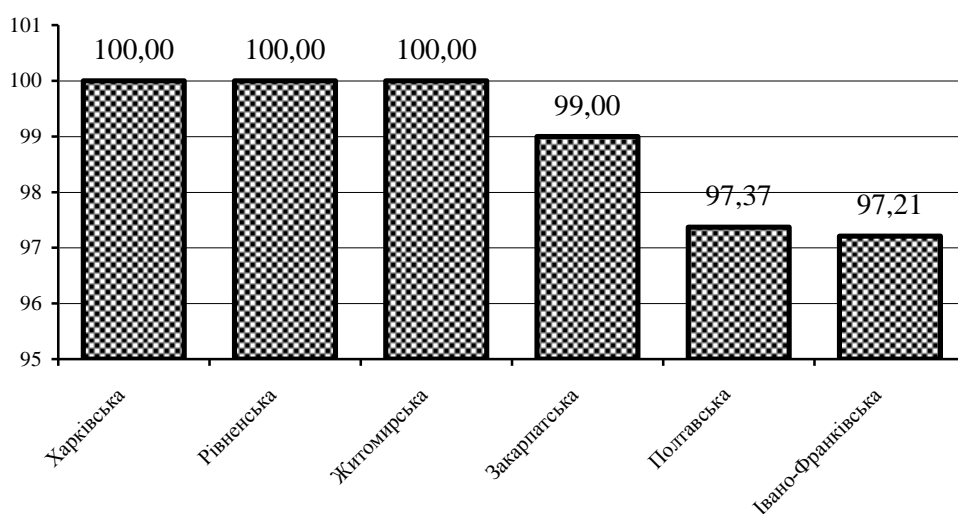


Рис. 4.3. Області, які у відсотковому співвідношенні використали найбільшу кількість коштів за 2013 рік (станом на 06.12.2013 р.)

Найменше використано коштів у Донецькій (23,09%), Одеській (39,18%) та Дніпропетровській областях (47,55%), м. Севастополі (37,62%) (рис. 4.4).

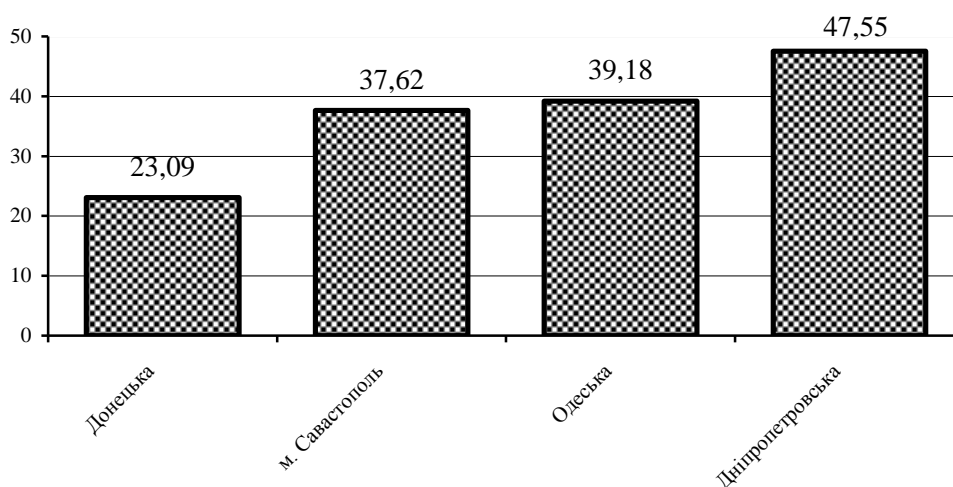


Рис. 4.4. Области, які у відсотковому співвідношенні використали найменшу кількість коштів за 2013 рік (станом на 06.12.2013 р.)

З початку поточного року 8098 622 осіб отримали ЛЗ, виписано близько 22,14 млн рецептів на часткове відшкодування вартості лікарських засобів, задіяних у пілотному проекті, а здійснено відшкодування вартості лікарських засобів за 9,99 млн. рецептів, що становить 45,11 % від загальної кількості виписаних рецептів. Чисельність аптечних закладів, задіяних у пілотному проекті, зросла у 3,3 рази та складає 12106. Державною службою України з лікарських засобів постійно здійснюється контроль за дотриманням суб'єктами господарювання вимог щодо наявності лікарських засобів, визначених пілотним проектом щодо державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб із гіпертонічною хворобою.

На постійній основі ДП «Державний експертний центр МОЗ України» здійснює моніторинг цін на лікарські засоби та вироби медичного призначення, що закуповуються за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів. Проводиться аналіз динаміки оптових (середньозважених) та роздрібних (середньозважених) цін на гіпотензивні лікарські засоби, на які поширюється дія пілотного проекту.

Аналіз отриманих результатів пілотного проекту в 2013 р. засвідчив, що оптові ціни на такі лікарські засоби знизились в середньому на 8,9 %, роздрібні ціни – знизились в середньому на 15,5%. Також результати цього проекту сприяли й вирішенню трьох його головних завдань:

- запобігання самолікуванню, тобто збільшення числа гіпертоніків, які постійно приймають ефективні гіпотензивні препарати за рекомендацією лікаря;
- зниження вартості препаратів для лікування артеріальної гіпертензії;
- гарантування наявності доступних та ефективних гіпотензивних препаратів на фармацевтичному ринку.

Однак, слід зазначити, що при наявності позитивних сторін пілотного проекту залишаються відкритими питання в частині порушення аптечними закладами відпуску рецептурних лікарських засобів, у т.ч. задіяних у пілотному проекті, ненадання співробітниками аптечних закладів інформативних роз'яснень населенню щодо запровадження пілотного проекту, недостатньої координації реалізації пілотного проекту на рівні керівництва обласних державних адміністрацій. Крім прийняття відповідних управлінських рішень необхідно відзначити низький рівень поінформованості населення в регіонах щодо впровадження пілотного проекту.

Перелік посилань до підрозділу 4.2

1. Steven Simoens Sustaining generic medicines markets. Research Centre for Pharmaceutical Care and Pharmaco-economics / Steven Simoens, Sandra De Coster. – Belgium, 2006. – 106 p.
2. Спільний наказ МОЗ і Міністерства економіки та з питань європейської інтеграції України № 480/294 від 03.12.2001 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20011203_480_.html/ – Назва з екрану.
3. Юнко М. Державне регулювання цін на лікарські засоби і виробу медичного призначення в Україні: які ризики існують для фармацевтичних компаній? [Електронний ресурс] / М. Юнко // Аптека. – 2011. – № 804 (33). – Режим доступу : <http://www.apteka.ua/article/93685>. – Назва з екрану.

4.5. Державне регулювання державних цільових програм у сфері охорони здоров'я

Державна цільова програма (ДЦП) – це комплекс взаємопов'язаних завдань і заходів, які спрямовані на розв'язання найважливіших проблем розвитку держави, окремих галузей економіки або адміністративно-територіальних одиниць, здійснюються з використанням коштів Державного бюджету України та узгоджені за строками виконання, складом виконавців, ресурсним забезпеченням.

Метою розроблення державних цільових програм є сприяння реалізації державної політики на пріоритетних напрямках розвитку держави, окремих галузей економіки та адміністративно-територіальних одиниць; забезпечення концентрації фінансових, матеріально-технічних та інших ресурсів, виробничого та науково-технічного потенціалу, а також координації діяльності центральних і місцевих органів виконавчої влади, підприємств, установ та організацій для розв'язання найважливіших проблем.

ДЦП в сфері охорони здоров'я відносяться до соціальних, що передбачають розв'язання проблем підвищення рівня та якості життя, проблем безробіття, посилення соціального захисту населення, поліпшення умов праці, розвиток охорони здоров'я та освіти.

Розроблення та виконання державної цільової програми здійснюються за рахунок коштів з Державного бюджету України, а також інших джерел, передбачених законом. Виділення бюджетних коштів на виконання заходів і завдань державної цільової програми проводиться у порядку, встановленому законом [1-3].

Міністерством охорони здоров'я здійснюється реалізація 22 державних цільових програм і комплексних заходів програмного характеру, що затверджені указами Президента України, постановами Уряду України. Тобто державні цільові програми та комплексні заходи програмного характеру з охорони здоров'я спрямовані на реалізацію державної політики охорони здоров'я на пріоритетних напрямках розвитку галузі. Реалізація такого принципу державної політики дозволяє здійснювати соціальну місію в системі охорони здоров'я.

З метою реалізації основних цілей та забезпечення спадкоємності державної політики у сфері охорони здоров'я, головними завданнями цієї політики є забезпечення доступності якісних медичних послуг, профілактика та раннє виявлення захворювань. Зокрема, це стосується підвищення ефективності загальнодержавних заходів, спрямованих на профілактику, діагностику та лікування неінфекційних захворювань шляхом оптимізації державних цільових програм у сфері охорони здоров'я; забезпечення зниження рівня захворюваності на інфекційні хвороби, боротьба з якими проводиться засобами імунопрофілактики, сприяння розвитку імунології,

генної інженерії та імунобіотехнології; підвищення ефективності здійснення загальнодержавних заходів із профілактики злоякісних новоутворень, підвищення якості профілактики онкологічних захворювань, доступності медичної допомоги для онкологічно хворих; забезпечення здійснення профілактичних, лікувальних та організаційних заходів, а також заходів з догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД; подальше поліпшення епідемічної ситуації з туберкульозу, закріплення тенденції зниження показників захворюваності та смертності населення від туберкульозу.

Аналіз фінансування цільових програм і комплексних заходів програмного характеру засвідчив зростання за період 2008–2011 рр. обсягів фінансування відповідно з 1,6 млрд грн. у 2008 р. до 1,88 млрд грн. у 2011 р. та 1,84 млрд грн. у 2012 р. (рис. 4.5.) В цілому порівняно з 2008 роком видатки у 2012 р. зросли на 12,8% (табл. 4.3, рис. 4.6).

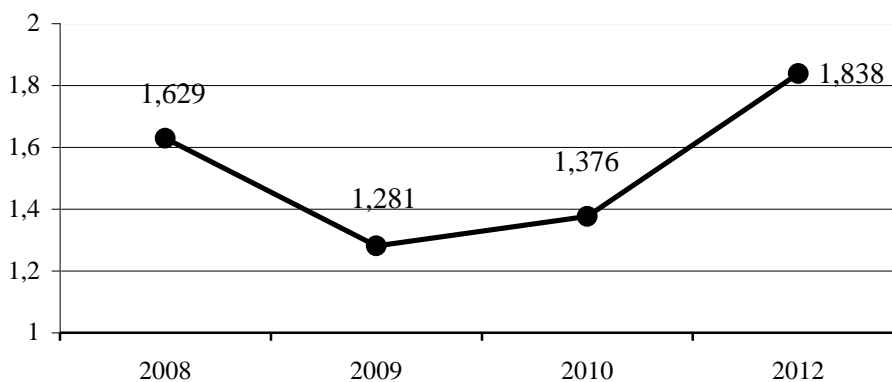


Рис.4.5. Фінансування цільових програм і комплексних заходів програмного характеру за період 2008–2012 рр., млрд. грн

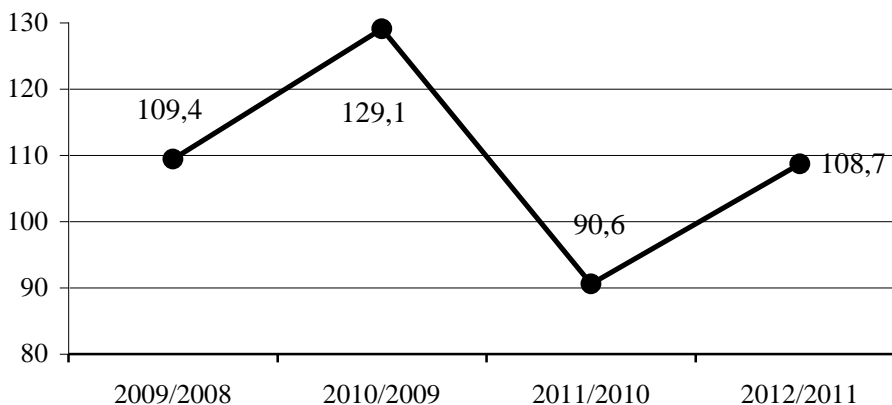


Рис. 4.6. Динаміка фінансування цільових програм і комплексних заходів програмного характеру за період 2008–2012 рр., відсотків.

Таблиця 4.3

Фінансування цільових програм і комплексних заходів програмного характеру в 2008–2012 рр.

Назва бюджетної програми або централізованого заходу	2008 р.	2009 р.	2010 р.	2011 р.	2012 р.	2009/ 2008	2010/ 2009	2011/ 2010	2012/ 2011
	Обсяги фінансування, грн					Співвідношення, у відсотках			
Державна програма «Репродуктивне здоров'я нації»	24 065 700,00	24 065 700,00	28 280 200,00	26 360 900,00	34 065 700,00	100	117,5	93,2	129,2
Централізована закупівля медикаментів для лікування дорослих хворих на гемофілію	29 793 900,00	36 011 000,00	39 653 800,00	43 358 700,00	63 631 400,00	120,9	110,1	109,3	146,8
Загальнодержавна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД	18 497 360,00	176 483 500,00	208 373 900,00	215 483 800,00	305 553 200,00	95,4	118,1	103,4	141,8
Програми і централізовані заходи з імунопрофілактики	22 180 280,00	23 773 663,00	30 743 340,00	27 877 120,00	30 303 550,00	107,1	129,3	90,7	108,7
Державна цільова соціальна програма «Трансплантації»	38 621 300,00	30 821 300,00	35 546 500,00	43 392 600,00	34 992 600,00	79,8	115,3	122,1	80,6
Централізовані заходи боротьби із захворюванням на туберкульоз	236 833 00,00	140 780 800,00	175 715 800,00	175 780 800,00	175 780 800,00	59,4	124,8	100,0	100

Назва бюджетної програми або централізованого заходу	2008 р.	2009 р.	2010 р.	2011 р.	2012 р.	2009/ 2008	2010/ 2009	2011/ 2010	2012/ 2011
	Обсяги фінансування, грн					Співвідношення, у відсотках			
Загальнодержавна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД	184973600,00	176 483 500,00	208 373 900,00	215 483 800,00	305553200,00	95,4	118,1	103,4	141,8
Загальнодержавна програма боротьби з онкологічними захворюваннями	182 157 600,00	178 215 600,00	196 713 800,00	290 873 600,00	230873600,00	97,8	110,4	147,9	79,4
Централізована закупівля лікарських засобів для лікування онкохворих дітей	46 721 000,00	40 658 000,00	78 133800,00	98 400 000,00	90 000 000,00	87,0	192,2	125,9	91,5
Централізовані заходи розвитку донорства крові та її компонентів	38 915 000,00	37 915 000,00	31 914600,00	86 321 000,00	67 121 000,00	97,4	84,2	270,5	77,8
Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини	58 318 100,00	42 626 100,00	43 322900,00	176 275 800,00	133672300,00	73,1	101,6	406,9	75,8
Заходи щодо подальшого розвитку медико-генетичної допомоги населенню України	7 846 000,00	0,00	0,00	7 000 000,00	0,00	0	0	0	0

Назва бюджетної програми або централізованого заходу	2008 р.	2009 р.	2010 р.	2011 р.	2012 р.	2009/ 2008	2010/ 2009	2011/ 2010	2012/ 2011
	Обсяги фінансування, грн					Співвідношення, у відсотках			
Державна програма «Репродуктивне здоров'я нації»	24 065 700,00	24 065 700,00	28 280200,00	26 360 900,00	34 065 700,00	100	117,5	93,2	129,2
Централізована закупівля медикаментів для лікування дорослих хворих на гемофілію	29 793 900,00	36 011 000,00	39 653800,00	43 358 700,00	63 631 400,00	120,9	110,1	109,3	146,8
Централізовані заходи із запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань	140279700,00	78 458 600,00	97 899200,00	113 981 000,00	263981000,00	55,9	124,8	116,4	231,6
Централізовані заходи щодо розвитку системи надання медичної допомоги хворим нефрологічного профілю	9 353 000,00	9 503 000,00	12 433800,00	7 000 000,00	7 000 000,00	101,6	130,8	56,3	100
Централізована закупівля ендопротезів і наборів інструментів для імплантації	24 457 200,00	22 679 200,00	22 425200,00	23 391 200,00	23 391 200,00	92,7	98,88	104,3	100

Назва бюджетної програми або централізованого заходу	2008 р.	2009 р.	2010 р.	2011 р.	2012 р.	2009/ 2008	2010/ 2009	2011/ 2010	2012/ 2011
	Обсяги фінансування, грн					Співвідношення, у відсотках			
Централізована закупівля медикаментів для лікування хворих на розсіяний склероз	79 032 000,00	79 032 000,00	78 917 000,00	71 387 100,00	73 499 700,00	100	99,9	90,5	102,9
Державна цільова програма «Цукровий діабет»	0,00	15 000 000,00	13 970 00,00	18 095 300,00	20 710 000,00	0	93,1	129,5	114,4
Поліпшення медичного обслуговування дітей, які постраждали внаслідок Чорнобильської та інших екологічних катастроф	0,00	0,00	0,00	0,00	5 000 000,00	0	0	0	0
Комплексні заходи щодо заохочення народжуваності	5 660 400,00	5 660 400,00	5 631 900,00	6 600 000,00	6 600 000,00	100	99,4	117,2	100
Розвиток служби екстреної медичної допомоги (придбання медичного автотранспорту) у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві	0,00	0,00	0,00	200 000 000,00	0,00	0	0	0	0

Назва бюджетної програми або централізованого заходу	2008 р.	2009 р.	2010 р.	2011 р.	2012 р.	2009/2008	2010/2009	2011/2010	2012/2011
	Обсяги фінансування, грн					Співвідношення, у відсотках			
Державна програма створення єдиної системи надання екстреної медичної допомоги населенню України на 2006 – 2010 роки (обладнання)	31 095 000,00	100 000 000,00	0,00	0,00	0,00	321,6	0	0	0
КПКВК 2301140 «Централізована закупівля матеріально-технічних засобів для забезпечення надання медичних послуг у містах проведення Євро – 2012»	0,00	25 800 000,00	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0
КПКВ 2301290 «Централізована закупівля високовартісного обладнання для закладів охорони здоров'я» (обладнання)	270000000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0
ЗАГАЛОМ	1629930600,0	1 81446 830	1376366600	1882 473000	1838908000	78,6	107,4	136,7	97,7

Динаміка обсягів фінансування свідчить, що зміни відбулися щодо фінансування централізованих заходів із запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань майже вдвічі порівняно з 2008 р. за централізованою закупівлею лікарських засобів для лікування онкохворих дітей, у 2,3 рази на виконання заходів Національного плану дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини, 2,1 рази на централізовану закупівлю медикаментів для лікування дорослих хворих на гемофілію.

Також видатки зросли в 1,2–1,3 рази на виконання Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації», централізованої закупівлі медикаментів для лікування дорослих хворих на гемофілію, заходів Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД, Державної цільової програми «Цукровий діабет», комплексних заходів щодо заохочення народжуваності, централізованих заходів із запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань.

Досить уваги з боку держави приділялося профілактиці ВІЛ-інфекції, лікуванню, догляду та підтримці ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД. Адже синдром набутого імунodefіциту (СНІД) – особливо небезпечна інфекційна хвороба, що викликається вірусом імунodefіциту людини (ВІЛ). Масове розповсюдження цієї хвороби в усьому світі та в Україні створює загрозу особистій, громадській та державній безпеці, спричиняє важкі соціально-економічні та демографічні наслідки, що зумовлює необхідність вживання спеціальних заходів щодо захисту прав і законних інтересів громадян та суспільства. Україна за темпами розповсюдження ВІЛ-інфекції/СНІДу займає одне з перших місць в Східноєвропейському регіоні. Перші випадки ВІЛ-інфікування серед громадян України були зареєстровані в 1987 році. Протягом наступних семи років спостерігалось повільне розповсюдження цього захворювання – від шести до сорока нових випадків щорічно. В 1995 році ситуація різко погіршилась, що було пов'язано зі спалахом інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН). Ця соціальна група все ще залишається найбільш вразливою, як середовище, де активно розповсюджується ВІЛ. Кумулятивна частина СІН серед всіх офіційно зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції складає 68%.

Наразі збільшується кількість випадків інфікування ВІЛ статевим шляхом (в більшості випадків – гетеросексуальним) і, як результат, збільшується

кількість дітей, народжених ВІЛ-позитивними матерями. Співвідношення інфікованих чоловіків і жінок складає, відповідно, 58% і 42%.

Державні асигнування на боротьбу з ВІЛ/СНІД, зокрема фінансування заходів Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД щорічно зростають (відповідно обсяги видатків зросли з 184, 9 млн грн. у 2008 р. до 305, 5 млн грн. у 2012 р. або майже вдвічі, у 2012 р. видатки порівняно з 2011 р. зросли на 41,8%. Упродовж періоду, що аналізувався більшість видатків спрямовувалося на централізовану закупівлю медикаментів для антиретровірусної терапії дорослих, підлітків і дітей (відповідно 2008 р. – 80,1%, 2009 р. – 57,5%, 2010 р. – 60,2%, 2011 р. – 66,8%, 2012 р. – 76,6% від загального обсягу фінансування Програми).

Також за рахунок коштів Програми здійснювалася централізована закупівля тест-систем для діагностики ВІЛ-інфекції, супроводу АРТ та моніторингу перебігу ВІЛ-інфекції у хворих, визначення резистентності вірусу, проведення референс-досліджень. Обсяги видатків у 2012 р. на ці цілі порівняно з 2008 р. зросли вдвічі (відповідно з 36,8 млн грн. до 71,5 млн грн.).

Це дало певні позитивні результати – у ході впровадження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки намітилась тенденція до стабілізації епідемічної ситуації. Зокрема, знизився показник темпів приросту нових випадків ВІЛ-інфекції (з 16,8% у 2006 р. до 3,6% в 2011 р.), зменшилася частка випадків захворювань на ВІЛ-інфекцію у віковій групі 15–24 років серед усіх уперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції. Майже в 6 разів (з 27,8% у 2001 р. до 4,7% у 2010 р.) вдалося знизити показник частоти передачі ВІЛ від матері до дитини.

Однак, система охорони здоров'я уже відчуває негативний вплив поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу, вже зараз у населення зростає потреба в медичних послугах. Але медичної допомоги буде потребувати все більша кількість людей працездатного віку, ті особи, котрі при відсутності цього захворювання не були б активними споживачами медичних послуг.

Загальна кількість ВІЛ-інфікованих громадян України, згідно з оцінками експертів, в 2014 році досягне 479–820 тис. Розповсюдження ВІЛ-СНІД загострить і без того несприятливу демографічну ситуацію в Україні. Без СНІД низькі рівні народжування призвели б до скорочення населення

країни в 2014 р. до 44,2 млн людей, зі СНІДом буде втрачено ще 300–500 тис., із-за чого загальна кількість населення в 2014 році ймовірно може скоротитися до 43,9–43,7 млн чоловік, тому продовження вирішення цієї проблеми є важливим як для суспільства, так і для охорони здоров'я та має залишатися одним із пріоритетів державної політики України в сфері охорони здоров'я і соціального розвитку та предметом міжнародних зобов'язань України в сфері ВІЛ/СНІДу.

В цілому подальша реалізація заходів повинна забезпечити сталість системи надання якісних і доступних послуг із профілактики та діагностики ВІЛ-інфекції, насамперед серед груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, лікування, догляду й підтримки людей, які живуть з ВІЛ, у контексті реформи системи охорони здоров'я та соціальної сфери.

Подолання епідемії туберкульозу є пріоритетною проблемою, яка разом із ВІЛ/СНІД знаходиться на контролі Президента України. Захворюваність на туберкульоз та смертність від нього в Україні залишається на рівні, що визначає його як епідемію.

Захворюваність та смертність від туберкульозу в 8–10 разів перевищує відповідні показники більшості країн Європейського союзу. Щороку від туберкульозу помирає близько 10 тис. наших співвітчизників.

Останні 10 років захворюваність на туберкульоз зростала й лише з 2005 р. зареєстрована стабілізація епідеміологічного процесу в країні.

У 2007 р. зареєстровано 79,8 випадки на 100 тис. населення, зменшення на 4,1% у порівнянні із 2006 р. У Херсонській, Миколаївській, Луганській, Кіровоградській зазначений показник сягає більше 100 випадків на 100 тисяч населення. Разом із тим, занепокоєння викликає реєстрація високих показників смертності та деструктивних форм у ряді регіонів, при нижчих, ніж у інших регіонах показниках захворюваності, що може свідчити про «недовиявлення» хворих. До таких регіонів належать, насамперед, Одеська та Кіровоградська області. Не дивлячись на те, що показник охоплення профілактичними оглядами щорічно зростає приблизно на 1,5–2%, захворюваність на деструктивні форми туберкульозу за останні 5 років збільшилась в 1,23 разів, що говорить про недостатній рівень профілактичних оглядів серед дорослого населення.

На жаль, смертність від усіх форм туберкульозу за останні роки залишається високою, але починаючи з 2005 р. намітилася тенденція до

зниження цього показника. Не дивлячись на те, що захворюваність дітей у віці 0–14 років стабілізувалася і складає 9,4 на 100 тис., у деяких регіонах України спостерігається високий рівень виявлення деструктивних форм, а саме: у Волинській, Донецькій, Кіровоградській, Львівській, Миколаївській, Рівненській та м. Києві. Зберігається проблема поширення захворювання на туберкульоз в пенітенціарній системі, в якій всі показники в 47 разів вищі за середні по країні. За час, що минув із моменту оголошення в Україні епідемії туберкульозу, захворюваність на цю інфекційну хворобу виросла в країні майже у 2,4 рази. Викликає тривогу високий рівень захворюваності на туберкульоз серед медичних працівників загальнолікувальної мережі.

Високий рівень захворюваності, значні медико-соціальні та економічні збитки для суспільства внаслідок ураження туберкульозом вимагають виважених стратегічних напрямків боротьби з цією хворобою. Тому й фінансування відповідних заходів є важливим елементом протидії поширенню туберкульозу. Зокрема, аналіз фінансування централізованих заходів боротьби із захворюванням на туберкульоз показав, що обсяги видатків у 2012 р. становили 175,8 млн грн., хоча порівняно з 2008 р. відмічалось певне зменшення видатків на 25,7%. Основними напрямками використання коштів є централізована закупівля медикаментів для лікування туберкульозу та тестів, витратних матеріалів для діагностики туберкульозу, на які у 2012 р. було витрачено відповідно 157,9 та 17,8 млн грн. Закупівля обладнання здійснювалася лише у 2008 р., на яку було витрачено 96,1 млн грн. бюджетних коштів.

Однією з найнебезпечніших медико-біологічних і соціально-економічних проблем є злоякісні новоутворення, які щороку виявляють більш як у 180 тис. осіб. Щороку помирає від раку майже 90 тис. осіб, з них 35 відсотків – працездатного віку.

Через запізнілу діагностику онкологічних захворювань залишається значною кількістю хворих, які помирають протягом року після встановлення діагнозу (38–40 %). У розвинених країнах такий показник не перевищує 30%.

На сьогодні в Україні проживає понад 860 тис. осіб, які перенесли онкологічне захворювання. Рівень захворюваності та смертності від раку постійно підвищується через несприятливу екологічну ситуацію [4].

На реалізацію заходів Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями в 2012 р. виділено 230,8 млн грн., що на 275

більше ніж у 2008 р. (відповідно 148.2 млн грн.): переважно ці кошти спрямовувалися для централізованих закупівель хіміотерапевтичних препаратів, радіофармпрепаратів та препаратів супроводу для лікування онкологічних хворих, лікарських засобів для лікування онкогематологічних хворих дорослого віку. Видатки на обладнання в сумі 33, 9 млн грн. було профінансовано тільки у 2008 р., хоча заходами Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 р. передбачено поетапне забезпечення закладів охорони здоров'я необхідним радіологічним, рентгенологічним, ендоскопічним обладнанням та апаратами ультразвукової діагностики.

Видатки на забезпечення централізованої закупівлі лікарських засобів для лікування онкохворих дітей зросли практично вдвічі за період 2008–2012 рр. (з 36,7 млн грн. у 2008 р. до 90 млн грн. у 2012 р.) і переважно спрямовувалися на закупівлю лікарських засобів для лікування, реагентів та виробів медичного призначення. За кошти державного бюджету було закуплено обладнання у 2008 р. (на суму 9,9 млн грн.) та 2010 р. (відповідна сума 38,6 млн грн.).

Інфекційні хвороби до цього часу є однією з основних причин інвалідності та смертності населення в усьому світі. Підвищення рівня інфекційної захворюваності, на думку експертів ВООЗ, пов'язане з демографічним вибухом – збільшенням кількості населення Землі майже до 7 млрд. чоловік, а також негативними соціально-економічними змінами в ряді країн, військовими конфліктами, внутрішньою та зовнішньою міграцією, екологічними катаклізмами, появою нових нозологічних форм, таких як пташиний грип, тяжкий гострий респіраторний синдром тощо. Не оминають ці процеси й Україну, хоча за останні роки є певні досягнення у застосуванні засобів імунопрофілактики. Незважаючи на деяке зниження рівня інфекційної захворюваності, епідемічна ситуація щодо найпоширеніших інфекцій залишається напруженою. На такі інфекційні хвороби, як дифтерія, вірусні гепатити, кір, краснуха, епідемічний паротит, кашлюк та гемофільна інфекція, припадає близько 90 відсотків усіх зареєстрованих випадків. Окремі з них (краснуха та вірусний гепатит В) є причиною більшості уроджених аномалій та вад розвитку, що вкрай негативно позначається на здоров'ї населення та його генофонді, лягає важким тягарем на державний бюджет.

У зв'язку з цим, подальший прогрес у справі захисту населення від інфекційних хвороб забезпечила реалізація заходів Загальнодержавної програми імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб на 2009–2015 роки [5].

Фінансування Програми і централізовані заходи з імунопрофілактики зросло порівняно з 2008 р. на 37% – відповідно з 217, 1 млн грн. у 2008 р. до 302, 1 млн грн. у 2012 р. Переважна частка коштів спрямовувалася на централізовану закупівлю імунобіологічних препаратів для проведення імунопрофілактики населення (відповідно 2008 р. – 97,9%, 2009 р. – 99,9%, 2010–2012 р. – 99,7% від загального обсягу фінансування). Також кошти державного бюджету спрямовувалися на централізовану закупівлю виробів для забезпечення умов температурного контролю імунобіологічних препаратів.

Системне здійснення моніторингу обсягів фінансування та їх щорічне зростання дозволили досягти певних результатів. Зокрема, рівень охоплення профілактичними щепленнями за основними вакцинокерованими інфекціями зріс в Україні у середньому на 20%. При цьому, рівень охоплення щепленнями дітей першого року життя проти дифтерії, кашлюку, правця зріс у 2012 р. в порівнянні із 2011 р. майже на 30%, проти кору, паротиту, краснухи – на 12%, проти поліомієліту – на 20%.

Ще одним із пріоритетних напрямків держаної політики залишається розвиток донорства, інфекційна безпека, впровадження сучасних технологій заготівлі та зберігання крові, її компонентів і виготовлення з них препаратів, задоволення потреби населення України в якісних компонентах крові за мінімальною вартістю і з максимальною безпекою та ефективністю.

Обсяги фінансування заходів щодо розвитку, організації та пропаганди донорства крові та її компонентів за рахунок коштів державного бюджету за період, що аналізується – зросли в 1,7 разу (відповідно з 38,9 млн грн. у 2008 р. до 67,1 млн грн. у 2012 р.). Видатки спрямувалися на закупівлю тест-систем для обстеження донорської крові, пластикову тару, витратні матеріали для плазмоферезу, обладнання.

Законом України від 05.03.2009 р. № 1065-VI [6] затверджено Загальнодержавну програму «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини» на період до 2016 р., метою якої в сфері охорони здоров'я є створення умов для народження здорової дитини, збереження здоров'я кожної дитини протягом усього періоду дитинства, забезпечення доступу до високоякісних медичних послуг.

У рамках виконання Національного плану дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини було послідовно реалізовано низку централізованих заходів, зокрема для закупівлі медикаментів для дітей, хворих на хворобу Гоше, продуктів лікувального харчування для дітей, хворих на фенілкетонурію, реактивів для проведення скринінгу новонароджених на фенілкетонурію та вроджений гіпотеріоз, медикаментів для дітей, хворих на муковісцидоз, з первинним (вродженим) імунодефіцитом, хворих на церебральний параліч, гемофілію, хронічний вірусний гепатит, тест-систем для скринінгу новонароджених на адреногенітальний синдром, новонароджених на муковісцидоз, медикаментів та виробів медичного призначення для дитячого діалізу.

Для запровадження на державному рівні заходів збереження здоров'я дітей в рамках виконання Національного плану дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини в 2012 р. було профінансовано видатків у обсязі 133,7 млн грн. (детально обсяги фінансування в розрізі окремих заходів за період 2008–2012 рр. наведено у табл. 4.4), що свідчить про посилення турботи держави в цій сфері.

Таблиця 4.4

Фінансування централізованої закупівлі на виконання заходів Національного плану дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини у 2008–2012 рр.

Найменування	2008	2009	2010	2011	2012
	Обсяги видатків, млн грн				
Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини, всього, у т.ч.:	58,3181	42,6261	43,322900	176,2758	133,6723
централізована закупівля медикаментів для дітей, хворих на хворобу Гоше	5,3229	5,3229	5,3138	5,3229	5,3229
централізована закупівля продуктів лікувального харчування для дітей, хворих на фенілкетонурію	2,2995	2,2995	7,9358	6,000	6,000
централізована закупівля реактивів для проведення скринінгу новонароджених на фенілкетонурію та вроджений гіпотеріоз	6,1677	6,1677	1,4929	10,1676	10,1676

Найменування	2008	2009	2010	2011	2012
	Обсяги видатків, млн грн				
централізована закупівля медикаментів для дітей, хворих на муковісцидоз	0,00	0,00	0,00	6,000	0,9314
централізована закупівля медикаментів для дітей з первинним (вродженим) імунодефіцитом	0,00	0,00	0,00	0,985	0,985
централізована закупівля медикаментів для дітей, хворих на церебральний параліч	0,00	0,00	0,00	22,2643	2,3808
централізована закупівля медикаментів для дітей, хворих на гемофілію	0,00	0,00	0,00	35,7	55,0
централізована закупівля медикаментів для дітей, хворих на хронічний вірусний гепатит	0,00	0,00	0,00	4,0	8,0
централізована закупівля медикаментів для дітей, хворих на гіпофізарний нанізм	28,836	28,836	28,5804	23,136	28,836
централізована закупівля тест-систем для скринінгу новонароджених на адреногенітальний синдром	0,00	0,00	0,00	6,500	6,500
централізована закупівля тест-систем для проведення скринінгу новонароджених на муковісцидоз	0,00	0,00	0,00	6,500	6,500
централізована закупівля медикаментів та виробів медичного призначення для дитячого діалізу	0,00	0,00	0,00	35,7	3,0486

Як зазначається у Державній програмі «Репродуктивне здоров'я нації» «людина, її життя та здоров'я є найвищими соціальними цінностями держави, визначеними Конституцією України. Особливе занепокоєння викликає стан репродуктивного здоров'я, яке є невід'ємною складовою частиною здоров'я нації в цілому і має стратегічне значення для забезпечення сталого розвитку суспільства», тому й розроблено комплекс заходів для забезпечення продовження позитивних змін у цій сфері (функціонування служби планування сім'ї, підвищення рівня обізнаності населення щодо здорового способу життя, безпечної статевої поведінки, відповідального батьківства, методів профілактики непланованої вагітності, використання сучасних методів контрацепції тощо) [7].

Динаміка обсягів фінансування заходів Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації» у 2008–2012 рр. та відповідний тренд (величина коефіцієнта достовірності апроксимації – $R^2=0,815$) представлено на рис. 4.7.



Рис. 4.7. Динаміка обсягів фінансування заходів Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації» у 2008–2012 рр.

Кошти спрямовувалися на централізовану закупівлю тест-систем для обстеження груп ризику населення на TORCH-інфекції та інші інфекції, що передаються статевим шляхом (у 2012 р. ці видатки займали 206% від загального фінансування Програми); централізовану закупівлю препаратів для лікування дихальних розладів новонароджених (питома вага яких

відповідно 38,7%); централізовані закупівлі препаратів для надання невідкладної медичної допомоги при кровотечах (30,8%); централізовані закупівлі антирезусного імуноглобуліну для запобігання гемолітичної хвороби новонароджених (6,1% коштів); централізовані закупівлі контрацептивів для жінок з тяжкими захворюваннями (3,8%) (табл. 4.5).

Таблиця 4.5

Фінансування централізованої закупівлі на виконання заходів Державної програми «Репродуктивне здоров'я» у 2008–2012 рр.

Найменування	2008	2009	2010	2011	2012
	Обсяги видатків, млн грн				
Державна програма «Репродуктивне здоров'я нації», всього	24,0657	24,0657	28,2802	26,3609	34,0657
у т.ч.					
Централізована закупівля тест-систем для обстеження груп ризику населення на TORCH-інфекції та інші інфекції, що передаються статевим шляхом	24,0657	7,000	2,502	5,8889	7,000
Централізована закупівля препаратів для лікування дихальних розладів новонароджених		3,1965	12,7116	8,6177	13,1965
Централізована закупівля антирезусного імуноглобуліну для запобігання гемолітичної хвороби новонароджених		2,0743	2,0731	2,0743	2,0743
Централізована закупівля препаратів для надання невідкладної медичної допомоги при кровотечах		10,4894	9,6926	8,5425	10,4894
Централізована закупівля контрацептивів для жінок з тяжкими захворюваннями		1,3055	1,3009	1,2375	1,3055

Україна займає перше місце в Європі за смертністю від серцево-судинних захворювань. За даними ВООЗ, тільки в 2011–2012 рр. від серцево-судинних захворювань померло 440 тисяч українців.

Варто також відзначити, що сьогодні захворювання серцево-судинної системи є найчастішою причиною смертності в усьому світі. За останні 20 років, за оцінками експертів, рівень цього захворювання виріс більше ніж на 20%.

Первинна інвалідність та високий рівень смертності від серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань зумовлені рядом причин, а саме: недостатністю виявлення хвороб на ранніх доклінічних стадіях; низьким рівнем оснащення закладів охорони здоров'я обладнанням, необхідним для своєчасної діагностики, лікування та надання інтенсивної допомоги; недостатнім рівнем первинної та вторинної профілактики серцево-судинних захворювань; недостатністю бюджетного фінансування для закупівлі лікарських засобів; обмеженою доступністю сучасних методів лікування основних серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань (інвазійна кардіологія, кардіохірургія); недостатньою інформованістю населення про чинники ризику та можливість запобігання серцево-судинним і судинно-мозковим захворюванням. Тому на державному рівні одним із пріоритетних завдань є поліпшення своєчасної ранньої діагностики серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань, підвищення кваліфікації медичних працівників з питань раннього виявлення захворювання та забезпечення лікування хворих у спеціалізованих закладах.

Заходи з запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань профінансовано видатків у обсязі 263,9 млн грн. в 2012 р., що порівняно з 2008 р. зріс на 231,6 %. За кошти державного бюджету здійснювалися централізовані закупівлі лікарських засобів та виробів медичного призначення для закладів охорони здоров'я, щоб забезпечити лікуванням хворим із серцево-судинними та судинно-мозковими захворюваннями.

Аналіз динаміки фінансування централізованих заходів щодо розвитку системи надання медичної допомоги хворим нефрологічного профілю, централізованої закупівлі ендопротезів і наборів інструментів для імплантації, медикаментів для лікування хворих на розсіяний склероз у 2008–2012 рр. показав деяке зменшення видатків за цей період (рис. 4.8)

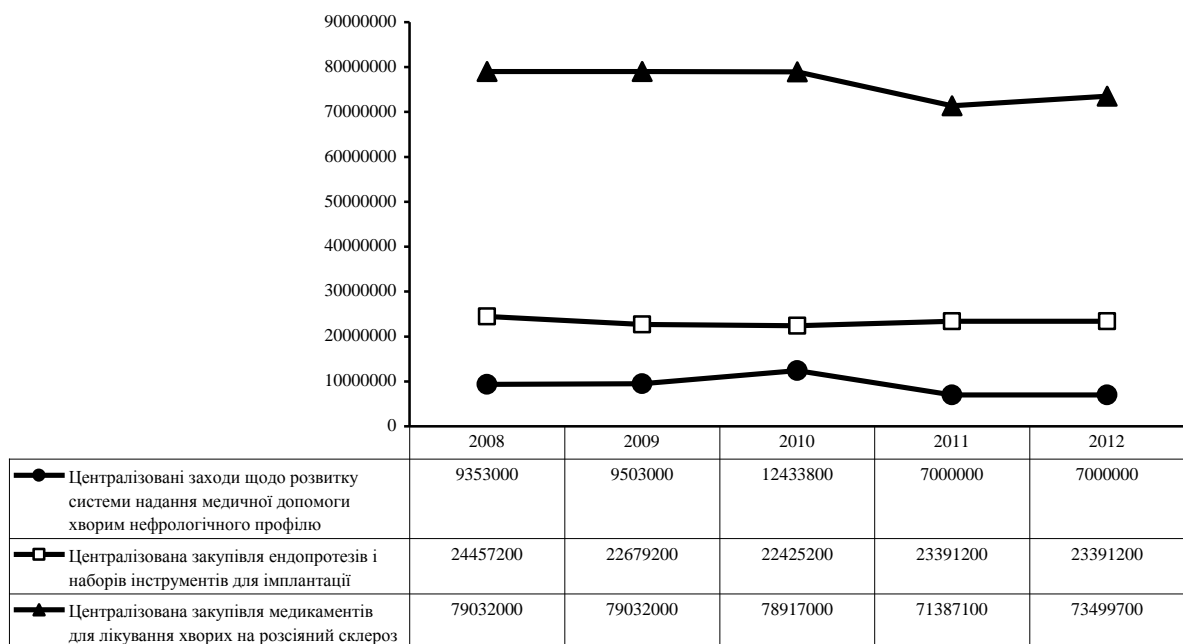


Рис. 4.8. Динаміка обсягів фінансування заходів щодо розвитку системи надання медичної допомоги хворим нефрологічного профілю, ендопротезів і наборів інструментів для імплантації, медикаментів для лікування хворих на розсіяний склероз у 2008–2012 рр.

Проблема цукрового діабету: профілактика, діагностика та лікування хворих, його ускладнень; залишається досить важливою для населення України. За даними ВООЗ, в економічно розвинутих державах світу до 4–6 відсотків населення хворіє на цукровий діабет. В Європі питома вага таких хворих становить близько 4%. Унаслідок поширення цукрового діабету рівень смертності підвищився в 2–3 рази, а тривалість життя зменшилася на 10–30 відсотків.

Визначаючи загрозу, яку становить для людства цукровий діабет, Генеральна Асамблея ООН прийняла 20 грудня 2006 р. Резолюцію про цукровий діабет, відповідно до якої витрати, пов'язані з наданням медичної допомоги хворим, оцінюються більш як у 2–3 відсотки загальних видатків з охорони здоров'я; майже 80% припадає на лікування ускладнень, 20% – на закупівлю цукрознижувальних препаратів і систем контролю. За даними Міжнародної діабетичної федерації, вартість лікування одного хворого хоча б з одним хронічним ускладненням становить в середньому від 6 до 18 тис. доларів на рік [8].

Для забезпечення закладів охорони здоров'я сучасними діагностичними системами для оцінки ефективності лікування хворих, своєчасного виявлення та лікування ускладнень, зумовлених захворюванням

на цукровий діабет у 2012 р. видатки було профінансовано в обсязі 20,7 млн грн., що в 1,4 разу вище показника 2009 р. (підтверджується величиною коефіцієнта достовірності апроксимації – $R^2=0,921$) (рис. 4.9).



Рис. 4.9. Динаміка обсягів фінансування заходів Державної цільової програми «Цукровий діабет» у 2009–2012 рр.

У 2008 р. в рамках виконання Державної програми щодо створення єдиної системи надання екстреної медичної допомоги населенню України на 2006–2010 рр. було закуплено обладнання на суму 31,1 млн грн, у 2009 р. відповідно на ці цілі витрачено 100 млн грн. Також у 2011 р. для сприяння подальшому розвитку служби екстреної медичної допомоги (придбання медичного автотранспорту) у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві (пілотні регіони) були профінансовані видатки в обсязі 200 млн грн.

В рамках підготовки до Євро-2012 у 2009 р. було профінансовано видатки на централізовану закупівлю матеріально-технічних засобів для забезпечення надання медичних послуг у містах його проведення в обсязі 25,8 млн грн.

Незважаючи на щорічне зростання обсягів фінансування державних цільових програм і централізованих закладів, значна увага приділяється аудиту ефективності використання коштів Державного бюджету України, і в першу чергу Рахунковою палатою України. Значна увага при проведенні відповідних аудитів приділялася питанням, що стосуються фактів

використання бюджетних коштів для виконання програм та здійснення централізованих заходів з охорони здоров'я. Результати аудиторських перевірок, які були проведені фахівцями Рахункової палати України, показали наступні недоліки:

- випадки включення без належних підстав до техніко-економічних обґрунтувань на централізовані закупівлі та придбання медикаментів, які не замовлялися територіальними органами охорони здоров'я;

- факти неефективного використання коштів на придбання основних засобів (обладнання) (наприклад, Рахунковою палатою України у 2008 р. було виявлено фактів такого виду порушень на загальну суму 168,7 млн грн., то у 2009 р. у 2,4 рази більше – майже на 410 млн грн).

- закупівля обладнання, гарантійний термін обслуговування якого або спливає, або впродовж певного часу не використовується і зберігається у непристосованих приміщеннях, що є свідченням неефективного використання коштів державного бюджету (наприклад, будівництво Центру із застосування технології позитронно-емісійної томографії для раннього виявлення онкологічних захворювань не завершено, хоча введення його в експлуатацію передбачалося ще у 2007 р. У той же час за відсутності приміщень для монтажу придбане унікальне медичне обладнання вартістю 220 млн грн. продовжує зберігатися у звичайних складських приміщеннях без дотримання особливих умов (температурний режим, рівень вологості тощо). Гарантійні зобов'язання постачальника щодо цього обладнання закінчились у жовтні 2009 року, тобто до завершення будівництва);

- відсутність чіткої взаємодії між МОЗ України та місцевими органами виконавчої влади;

- невчасне введення в експлуатацію централізовано придбаного дороговартісного обладнання [9, стор. 78,61; 10].

- порушення вимог законодавства щодо закупівлі товарів, робіт і послуг за державні кошти (наприклад, номенклатура лікарських засобів для закупівлі за рахунок спеціально виділених коштів державного бюджету формується за відсутності деталізованих економічних розрахунків, які б ґрунтувалися на прогнозних показниках захворюваності та клінічних протоколах лікування, що призвело до утворення запасів закуплених ліків і виробів медичного постачальників);

– планування заходів за відсутності достовірних даних про кількість хворих та потребу в необхідних ліках, що призводить до створення незатребуваних тривалий час залишків [11, стор. 65; 12].

– часто відсутність важливих для системної роботи нормативів з питань матеріального оснащення, кадрового забезпечення та стандартів надання медичної допомоги;

– низький рівень впровадження ефективних управлінських рішень, спрямованих на вирішення пріоритетних потреб галузі охорони здоров'я та забезпечення хворих лікарськими засобами й виробами медичного призначення (наприклад, це стосувалося запровадження на державному рівні системи моніторингу цін на лікарські засоби та вироби медичного призначення, що закуповуються за державні кошти, розробки відповідних критеріїв їх відбору для закупівлі та запланованих клінічних протоколів і реєстрів хворих, наявність інформації щодо реальної потреби закладів охорони здоров'я) [13, стор. 46-49].

Тому для усунення можливих ризиків та недоліків при плануванні, реалізації заходів державних цільових програм і централізованих заходів Міністерством охорони здоров'я України посилена робота з досконалення здійснення державних закупівель, що досить важливо в умовах обмеженого фінансування галузі.

Істотно поліпшується конкурентне середовище державних закупівель. Формуються прозорі й недискримінаційні умови закупівель для всіх учасників торгів. Наприклад, якщо у 2009 році від учасників торгів було 102 оскарження процедури закупівель, у 2010 р. – 84, 2011 р. – 10, 2012 р. – тільки 3. Така динаміка свідчить про дотримання основних принципів здійснення централізованих державних закупівель – забезпечення рівних умов для учасників торгів, а також підвищення конкурентного поля і прозорості закупівель.

При цьому централізовані закупівлі продовжують залишатися більш ефективними у порівнянні із регіональними. Як свідчить порівняльний аналіз централізовані закупівлі МОЗ України за усіма критеріями є більш ефективними ніж регіональні державні закупівлі. Система централізованих державних закупівель у порівнянні із регіональними закупівлями вирізняється порівняно більш низькими закупівельними цінами, підвищеним конкурентним середовищем, недискримінаційними

конкурсними умовами закупівель, меншою кількістю оскаржень процедур конкурсних закупівель та досягненням більшої економічної ефективності від здійснення закупівлі.

Система централізованих державних закупівель довела свою ефективність, зокрема протягом 2011–2013 рр. Завдяки забезпеченню справедливого ставлення до всіх учасників ринку, переможцями торгів ставали у середньому близько 70–75 різних постачальників. У порівнянні з 2010 р. в 10 разів зросла кількість постачальників. Зазначене дозволило у 2011–2013 рр. забезпечити помітне зниження цін централізованих закупівель.

Аналіз загальної інформації щодо стану виконання бюджетних програм у 2013 році (централізованої закупівлі лікарських засобів, виробів медичного призначення і медичного обладнання) (станом на 01.12.2013) засвідчили, що у структурі витрат на централізовані закупівлі за бюджетними програмами 71,1% займали видатки за КПКВК 2301400 «Забезпечення медичних заходів окремих державних програм та комплексних заходів програмного характеру» (2270,7 млн грн.), 28,9% видатки за КПКВК 2301380 «Розвиток служби екстреної медичної допомоги (придбання медичного автотранспорту) для закладів охорони здоров'я України» (922,0 млн грн), 0,1% видатки КПКВК ДБ 2301350 «Забезпечення бланками листка тимчасової непрацездатності закладів охорони здоров'я» (2,6 млн грн.).

За КПКВК 2301400 «Забезпечення медичних заходів окремих державних програм та комплексних заходів програмного характеру» використано бюджетних коштів на закупівлю лікарських засобів і виробів медичного призначення (з урахуванням додаткових угод) в обсязі 2087,0 млн грн., склало 91,9% від виділених бюджетними призначеннями; оголошено торгів на суму 1964,8 млн грн. (86,5%), відбулося розкриття пропозицій учасників торгів на суму 1898,9 млн грн (83,6%), акцептовано пропозицій учасників торгів в обсязі 2085,5 млн грн. (91,8%). Укладено договорів на закупівлю лікарських засобів і виробів медичного призначення на суму 2 037,4 млн грн, поставлено на склад уповноважених державних підприємств МОЗ України на суму 1753,0 млн грн.

В рамках КПКВК 230180 «Розвиток служби екстреної медичної допомоги (придбання медичного автотранспорту) для закладів охорони здоров'я України»

здійснено закупівель на суму 913,4 млн грн. (99,1%), залишок невикористаних коштів (заощаджених коштів) становить 600 тис. грн.

За КПКВК ДБ 2301 350 «Забезпечення бланками листка тимчасової непрацездатності закладів охорони здоров'я» здійснено закупівлі та поставка бланків листка тимчасової непрацездатності на суму 2,6 млн грн.

Одним із головних критеріїв ефективного використання бюджетних коштів, поряд із забезпеченням якості предметів закупівлі, є їх ощадливе використання. Помітне зниження цін закупівель лікарських засобів і виробів медичного призначення за 2011–2013 рр. – одна із визначальних тенденцій у підвищенні ефективності централізованих державних закупівель МОЗ України.

Якщо за підсумками закупівель 2011 р. було досягнуто економії бюджетних коштів у обсязі близько 155 млн. грн., у 2012 р. пряма і опосередкована економія бюджетних коштів склала майже 150 млн. грн., то у 2013 р. заощаджено бюджетних коштів понад 200 млн. грн. Загалом за період 2011–2013 рр. при здійсненні централізованих закупівель заощаджено понад півмільярда гривень державних коштів (рис. 4.10).



Рис. 4.10. Пряма і опосередкована економія бюджетних коштів у 2011–2013 рр.

Це означає, що орієнтовно на цю суму МОЗ України закупило лікарських засобів і виробів медичного призначення дешевше, ніж попередньо (очікувано) передбачалося. При цьому економія супроводжується лише підвищенням якості препаратів і виробів, які закуповуються. Переглянуті підходи при забезпеченні закупівель якісних препаратів, що відображається у заміні генеричних препаратів на оригінальні. Заощаджені кошти за рахунок зниження закупівельних цін

дозволяють здійснювати додаткові закупівлі за найбільш соціально важливими напрямами державного забезпечення.

Високий рівень конкуренції закупівель став запорукою зниження ціни і підвищення якості закупівель. За рахунок формування конкурентного середовища ціни закупівель третій рік поспіль йдуть на зниження. У 2011 р. в середньому ціни знижено на 9–10%, а за окремими номенклатурними позиціями – у 2 і більше рази. У 2012 р. ціни ще знижено приблизно на 56%. У середньому по 2013 р. закупівельні ціни нижче ніж у 2012 р. приблизно на 5–8%.

Наприклад, у 2013 р. ціна протитуберкульозного препарату «Циклосерин» знизилась на 31% (економія понад 18 млн грн.), на «Левофлоксацин» закупівельна ціна у поточному році нижче на 42% (економія 2,8 млн грн.) у порівнянні з 2012 р., на «Моксифлоксацин» – на 15,3% (економія 1,4 млн грн.).

Лише на закупівлі АРВ-препарату «Ефавіренз» зекономлено 12,8 млн грн., ціну знижено на 48%, а на закупівлі препарату «Зидовудин/Ламівудин» заощаджено 5,3 млн грн., падіння ціни на 21%.

На закупівлі вакцини «Інфанрикс» заощаджено майже 7 млн грн. (зниження ціни на 14%), вакцини «Пріорікс» зекономлено 4,3 млн грн. (зниження ціни майже на 13%) тощо.

Економія бюджетних коштів дозволяє поліпшувати стан забезпечення закладів охорони здоров'я необхідними препаратами.

Посилено неупереджене і забезпечено справедливе ставлення до всіх учасників ринку при розміщенні державних замовлень та здійснення закупівель за принципом «одне найменування – один лот».

В рамках дослідження було проведено порівняння із централізованих і регіональних закупівель, визначено основні недоліки при здійсненні регіональних закупівель лікарських засобів, виробів медичного призначення, медичного обладнання. Встановлено, що основними недоліками регіональних закупівель є:

- відсутність контролю за цільовим призначенням лікарських засобів, виробів медичного призначення та обладнання;
- неможливість здійснення аналізу використання та інвентаризація придбаних товарів у регіонах;
- збільшення кількості залучення фірм «посередників» постачальників;

- закупівля товарів за завищеними цінами (відсутність оптимальної цінової політики при здійсненні закупівель);
- неконтрольованість запасів товарів, залишків та списання тих препаратів, термін використання яких минув;
- неможливість прогнозування номенклатури препаратів та їх обсягів на наступні роки;
- різний підхід до формування асортименту номенклатури лікарських засобів, виробів медичного призначення та обладнання;
- недотримання регіонами таблицю оснащення та інших нормативних документів.

Також, якщо порівнювати номенклатуру централізованих і децентралізованих (регіональних) закупівель, відзначається, що за закупівлями МОЗ України номенклатура порівняно більш уніфікована, стандартизована і сформована за критеріями соціальної важливості й оптимальності. Натомість, регіональні закупівлі здебільшого вирізняються розширеною і розгалуженою номенклатурною базою.

Якщо у системі централізованих закупівель спостерігається зниження кількості скарг щодо процедур конкурсних закупівель (в останні роки налічується не більше 10 щорічно), то у межах регіональних закупівель кількість скарг у декілька разів має вищий показник.

Ціни державних централізованих закупівель постійно знижуються і є за переважною більшістю номенклатурних позицій нижчими, ніж ціни закупівель аналогічних предметів закупівлі на регіональному рівні (рис. 4.11).

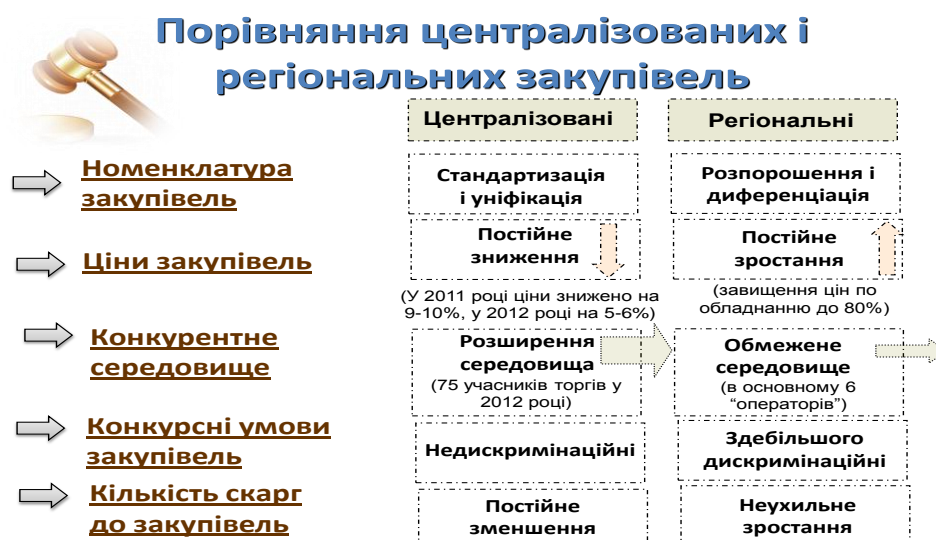


Рис. 4.11. Порівняння централізованих і регіональних закупівель

Відповідно до проведеного аналізу стану закупівель у 2012 р. медичного обладнання та, зокрема, спеціалізованого санітарного та медичного автотранспорту територіальними органами з питань охорони здоров'я виявлено, що наприклад, ціна за одиницю придбаного товару у регіонах різна (зокрема, Автомобіль швидкої медичної допомоги класу В Департаментом охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації закуплено за 579 тис. грн. (постачальник – ТОВ «Ілатанмед»), а Департаментом охорони здоров'я Кіровоградської обласної державної адміністрації аналогічний автомобіль придбано за 650 тис. грн. (постачальник – ТОВ «Ілатанмед»). Це є досить показовою ситуацією.

А також процедури регіональних закупівель відбуваються переважно наприкінці року, що спричиняє неможливість здійснення вчасної поставки, а також створює значну кредиторську заборгованість через несплату коштів казначейством. Для прикладу, наведено порівняльний аналіз цін централізованих і регіональних закупівель за окремими препаратами у 2013 р. у табл. 4.6.

Таблиця 4.6

Порівняльний аналіз цін централізованих і регіональних закупівель за окремими препаратами за окремими номенклатурними позиціями у 2013 р.

Міжнародна непатентована назва ЛЗ (МНН)	Торговельна назва	Ціна ЛЗ за централізованими закупівлями МОЗ України, грн. за од.	Ціна ЛЗ за регіональними закупівлями, грн. за од.	Відмінність у ціні ЛЗ, разів
Іматиніб, табл., капс., драже 400 мг	ГЛІВЕК®	830,00	1113,3 (Івано-Франківська обл.)	1,3
Каспофунгін 50 мг., амп. флак., шприци	КАНСИДАЗ®	4350,00	4905 (НДСЛ «Охматдит»)	1,1
Лінезолід розчин для інфузій у системах, 300 мл (2мг/мл), амп., флак., шприци, шт	ЗИВОКС	337,00	504,02 (Харківська обл.)	1,5
Карбоплатин 50 мг. амп., флак., шприци	КАРБОПЛАТИН	116,00	156,53 (Житомирська обл.)	1,3
Топотекан, амп., фл., шпр. 4 мг	ГІКАМТИН ТМ	1197,70	1315–1479 (Закарпатська обл.)	1,1-1,23
Нілотиніб, табл., капс., драже 200 мг	ТАСИГНА	415,00	557,1 (Івано-Франківська обл.)	1,3
Цитарабін, амп., флак., шприц. 1000 мг	АЛЕКСАН®	194,00	281,12 (Дніпропетровська обл.)	1,4

Міжнародна непатентована назва ЛЗ (МНН)	Торговельна назва	Ціна ЛЗ за централізованими закупівлями МОЗ України, грн. за од.	Ціна ЛЗ за регіональними закупівлями, грн. за од.	Відмінність у ціні ЛЗ, разів
Філграстим, амп., флак., шприц., 30 млн. МО	Філстим®	418,80	685,03 (Херсонська обл.)	1,6
Нілотиніб, таблетка, капсули, драже 200 мг	ТАСИГНА	415,00	557,1 (Івано-Франківська обл.)	1,3
Доксорубіцин, амп., фл. шпр., 50 мг	ДОКСОЛІК®	130,00	386,02 (Житомирська обл.) 290,14 (Вінницька обл.)	3,0 2,2
Дакарбазин, Амп., фл., шпр., 200 мг	ДАКАРБАЗИН МЕДАК	72,98	87,400 (Вінницька обл.)	1,2
Бортезоміб, амп., фл., шпр., 3,5 мг	ВЕЛКЕЙД®	13520	15217,6 (Дніпропетровська обл.)	1,1
Вориконазол, амп., флак., шпр., 200 мг	ВІФЕНД	1152,85	1206,41 (Київський міський центр серця)	1,0
Доріпенем, амп., фл., шпр., 500 мг	ДОРІБАКС	258,30	297,28 (Харківська обл.)	1,2
Флударабін, амп., флак., шприц, 50 м.	ФЛУДАРА®	780,00	1582,39 (Житомирська обл.)	2,0
Цитарабін, амп., флак., шприц. 1000 мг	АЛЕКСАН®	194,00	281,12 (Дніпропетровська обл.)	1,4

Як бачимо, ціни при проведенні централізованих і регіональних закупівель за окремими номенклатурними позиціями відрізняються від 1,1 до 3,0 разів.

Для покращення ситуації в цьому напрямку запроваджено інформаційно-аналітичну систему для здійснення моніторингу забезпеченості регіонів лікарськими засобами, виробами медичного призначення, медичним обладнанням. Ця система дає можливість оперативно й постійно контролювати стан забезпеченості лікарськими засобами, строк їх використання, виявлення критичних точок та прийняття відповідних управлінських рішень щодо здійснення перерозподілу.

Приклад забезпеченості регіонів України лікарськими засобами та виробами медичного призначення у 2013 р. в розрізі окремих державних програм і централізованих заходів наведено у табл. 4.7.

**Дані щодо забезпеченості регіонів України лікарськими засобами і виробами медичного призначення у 2013 р.
за окремими програмами і централізованими заходами**

Найменування адміністративно-територіальної одиниці	Централізована закупівля ЛЗ та ВМП для закладів охорони здоров'я для захворювань лікуванням хворих із серцево-судинним та судинно-мозковими захворюваннями		Централізовані заходи з трансплантації		Централізована закупівля медикаментів для дітей, хворих на хворобу Гоше		Централізована закупівля тест-систем для обстеження груп ризику населення TORCH-інфекції та інші інфекції, що передаються статевим шляхом		Централізована закупівля препаратів для лікування дихальних розладів новонароджених		Програми і централізовані заходи з імунпрофілактики		Загальнодержавна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД		Державна цільова програма «Щукровий діабет»		Загальнодержавна програма боротьби з онкологічними захворюваннями	
	Відсоток забезпеченості від обсягу поставленого (співвідношення обсягів поставок і залишків)																	
	ЛЗ	Вироби медичного призначення	ЛЗ	ЛЗ	ЛЗ	ЛЗ	Вакцини	Термоіндикатори	Антиретровірусні препарати	Вироби медичного призначення	Вироби медичного призначення	ЛЗ	ЛЗ					
АР Крим	64,10	55,11	72,0	0,00	100,00	100,00	54,93	63,27	96,59	99,00	25,93	87,07	88,30					
Вінницька	90,47	89,41	95,2	6,94	82,92	96,69	0,58	62,84	46,85	74,05	0,00	85,75	89,70					
Волинська	91,91	79,90	30,2	0,00	82,28	69,64	43,31	77,12	98,95	88,69	85,52	71,28	87,21					
Дніпропетровська	88,78	65,24	96,2	0,00	97,91	86,44	55,79	67,85	95,89	18,59	1,05	67,08	77,97					
Донецька	90,57	78,23	98,1	17,24	82,10	89,06	64,24	87,54	96,95	51,48	51,19	84,84	97,42					
Житомирська	84,11	74,79	88,3	0,00	99,28	93,32	66,87	94,05	99,82	96,79	100,00	100,00	99,70					
Закарпатська	84,15	75,88	89,1	0,00	94,82	86,36	54,25	95,35	100,00	79,56	0,00	68,06	95,81					
Запорізька	88,31	88,72	96,4	0,00	90,01	84,65	35,71	67,17	99,86	92,66	0,00	63,40	82,73					
Ів.-Франківська	82,09	85,03	74,7	20,00	100,00	86,82	73,23	27,14	100,00	75,42	12,28	72,88	70,02					
Київська	88,05	84,88	81,2	31,03	100,00	79,52	9,87	34,82	96,57	63,46	93,82	59,77	96,29					
Кіровоградська	64,70	82,03	43,8	3,45	54,87	100,00	40,72	75,68	98,94	87,43	0,00	71,38	85,92					
Луганська	62,40	74,27	92,8	43,06	79,72	65,28	44,07	77,08	91,69	78,63	57,64	87,12	96,13					
Львівська	85,98	98,59	68,8	100,00	87,04	54,24	67,81	88,66	90,51	65,14	5,98	91,45	80,81					

Найменування адміністративно-територіальної одиниці	Централізована закупівля ЛЗ та ВМП для закладів охорони здоров'я для захворюювань лікуванням хворих із серцево-судинним та судинно-мозковими захворюваннями		Централізовані заходи з трансплантації		Централізована закупівля медикаментів для дітей, хворих на хворобу Гоше		Централізована закупівля тест-систем для обстеження груп ризику населення TORCH-інфекції та інші інфекції, що передаються статевим шляхом		Централізована закупівля препаратів для лікування дихальних розладів новонароджених		Програми і централізовані заходи з імунопрофілактики		Загальнодержавна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД		Державна цільова програма «Цукровий діабет»		Загальнодержавна програма боротьби з онкологічними захворюваннями	
	Відсоток забезпеченості від обсягу поставленого (співвідношення обсягів поставок і залишків)																	
	ЛЗ	Вироби медичного призначення	ЛЗ	ЛЗ	ЛЗ	ЛЗ	Вакцини	Термоіндикатори	Антиретровірусні препарати	Вироби медичного призначення	Вироби медичного призначення	ЛЗ	ЛЗ					
Миколаївська	87,39	85,09	100,0	0,00	91,85	100,00	44,12	59,67	99,47	86,09	100,00	59,38	97,47					
Одеська	90,34	90,87	86,5	52,11	96,85	89,81	57,02	100,00	97,88	83,67	69,98	70,37	97,12					
Полтавська	96,33	89,73	76,5	0,00	98,67	86,29	39,11	67,85	99,95	63,03	0,00	69,25	85,54					
Рівненська	79,52	79,04	93,7	2,00	27,30	78,14	17,00	0,00	99,76	93,10	59,38	88,81	88,35					
Сумська	85,53	98,07	94,0	0,00	78,58	53,66	29,22	70,20	98,14	96,76	64,34	95,34	99,77					
Тернопільська	88,40	62,45	94,9	0,00	100,00	97,73	53,99	79,72	100,00	97,46	67,92	42,37	64,37					
Харківська	100,00	97,65	70,4	40,00	95,21	61,07	48,11	53,72	94,93	72,00	50,44	73,38	87,89					
Херсонська	90,03	65,16	82,8	0,00	94,08	68,33	67,60	89,90	100,00	67,10	49,19	92,56	94,76					
Хмельницька	84,02	90,55	55,5	0,00	100,00	63,71	59,91	51,84	98,54	50,10	0,01	84,54	84,17					
Черкаська	98,92	94,76	100,0	0,00	82,43	0,00	26,88	100,00	99,94	91,95	7,22	76,56	94,77					
Чернівецька	82,61	91,23	12,4	0,00	95,03	55,05	48,66	100,00	99,61	95,80	60,66	79,57	91,86					
Чернігівська	77,87	82,00	82,3	65,52	95,96	82,46	30,84	62,69	99,98	86,79	0,00	61,84	82,14					
м. Київ	63,96	52,42	51,5	0,00	87,22	83,23	62,17	88,54	99,93	95,11	0,00	89,90	94,96					
м. Севастополь	77,95	71,01	100,0	0,00	68,12	69,91	72,92	45,35	99,91	100,00	62,27	77,45	93,06					
Всього	84,33	80,85	82,6	34,60	89,31	79,44	50,15	71,68	96,72	68,24	45,07	77,22	88,44					

Як свідчать дані табл. 4.7 відсоток забезпеченості від обсягу поставленого (співвідношення обсягів поставок і залишків) коливався від 34,6% для централізованої закупівлі медикаментів для дітей, хворих на хворобу Гоше до 89,3% для централізованої закупівлі тест-систем для обстеження груп ризику населення TORCH-інфекції та інші інфекції, що передаються статевим шляхом. За відсотком забезпеченості від обсягу поставленого за централізованою закупівлею ЛЗ та ВМП для закладів охорони здоров'я для захворювань лікуванням хворих із серцево-судинним та судинно-мозковими захворюваннями відносно забезпеченості лікарськими засобами лідируючі позиції займають Харківська, Черкаська, Полтавська, Волинська, Донецька, Вінницька, Одеська, Херсонська області (на рівні 90–100%), останні місця в рейтингу займають Кіровоградська, Луганська області, АР Крим та м. Київ (62,4–64,7%); щодо виробів медичного призначення, то перші п'ять місць займають Харківська, Черкаська, Полтавська, Одеська, Львівська, Сумська (від 98,59% до 89,73%), останні місця в рейтингу – АР Крим і м. Київ (на рівні 52–55%).

За відсотком забезпеченості вакцинами від обсягу поставленого за Програмою і централізованими заходами з імунопрофілактики перші місця займають Івано-Франківська область та м. Севастополь (відповідно 73,23 і 72,92%); найнижчі – у Київській та Рівненській областях (відповідно 9,87 і 17,0%). Забезпечення антиретровірусними препаратами в рамках Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на рівні практично всіх областей на рівні 95–100%, виключенням є Вінницька область (46,85%).

Таким чином, проведення постійного моніторингу та його оцінка дозволяють підвищити ефективність використання бюджетних коштів, удосконалити систему контролю за раціональним та цільовим використанням матеріальних цінностей, здійснювати ефективне планування централізованих закупівель для своєчасного постачання до закладів охорони здоров'я України необхідних лікарських засобів, виробів медичного призначення, медичного обладнання.

Перелік посилань до підрозділу 4.5

1. Особливості впровадження в Україні референтних цін. Як працюватиме механізм реімбурсації : матеріали прес-клубу [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.intranet.tdmu.edu.ua/>. – Назва з екрану.

2. Про державні цільові програми : Закон України № 1621-IV від 18.03.2004 р. (редакція від 02.12.2012) // ВВР. – 2004. – № 25. – С. 1042.

3. Про затвердження Порядку розроблення та виконання державних цільових програм : Постанова Кабінету Міністрів України №106 від 31.01.2007 // Офіц. вісн. України. – 2007. – № 8. – С. 86.

4. Про затвердження Методичних рекомендацій щодо проведення оцінки економічної і соціальної ефективності виконання державних цільових програм : наказ Міністерства економіки України №742 від 24.06.2010 р. [Електронний документ]. – Режим доступу : http://www.me.gov.ua/control/uk/publish/article?art_id=148773&cat_id=77948. – Назва з екрану.

5. Про затвердження Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року : Закон України № 1794-VI від 23.12.2009 р. // ВВР. – 2010. – № 11. – С. 316.

6. Про затвердження Загальнодержавної програми імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб на 2009-2015 роки : Закон України № 1658-VI від 21.10.2009 р. // ВВР. – 2010. – № 2 / № 2-3. – С. 45.

7. Про Загальнодержавну програму «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини» на період до 2016 року : Закон України № 1065-VI від 05.03.2009 р. [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/card/1065-17>. – Назва з екрану.

8. Державна програма «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року : Постанова Кабінету Міністрів України № 1849 від 27.12.2006 [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1849-2006-п>. – Назва з екрану.

9. Державна цільова програма «Цукровий діабет» на 2009-2013 роки: Постанова Кабінету Міністрів України № 877 від 19 серпня 2009 р. [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://zakon.nau.ua/doc/?uid=1164.883.0>. – Назва з екрану.

10. Звіт Рахункової палати України за 2009 рік. – К., 2010. – 192 с.

11. Звіт Рахункової палати України за 2010 рік. – К., 2011. – 199 с.

12. Звіт Рахункової палати України за 2011 рік. – К., 2012. – 1175 с.

13. Звіт Рахункової палати України за 2012 рік. – К., 2013. – 198 с.

4.6. Проблеми державно-приватного партнерства в сфері охорони здоров'я України

Для подальшого соціально-економічного розвитку України, яка знаходиться у стані трансформації, важливо опиратися на досвід інших країн, враховувати загальносвітові та економічні тенденції, можливість критичного запозичення закордонних механізмів, інструментів і технологій для досягнення цілей державної політики.

Одним з таких механізмів, сформованих у розвинених країнах світу, є взаємодія між органами державної влади та бізнесом у формі державно-приватного партнерства.

Розвиток державно-приватного партнерства в Україні розпочався ще у 2010 р., коли набрав чинності закон України від 1 липня 2010 р. № 2404-VI «Про державно-приватне партнерство» – закон, який відобразив погляди держави на принципи, форми і умови взаємодії приватного сектору і держави [1].

Закон фактично відтворив картину державно-приватного партнерства, існуючу на практиці, водночас залишивши відкритим багато питань зокрема у сфері охорони здоров'я [2,3].

Основні напрямки розвитку, впровадження та проблемні питання державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я та окремі аспекти створення інноваційних моделей розвитку соціальної сфери, формування організаційно-економічних механізмів управління соціальною сферою та систем додаткового фінансування сфери охорони здоров'я, висвітлено в роботах таких відомих зарубіжних учених як А. Сміт, Ф. Кейнс, Л. Ерхард; російських учених: А.А. Валесян, С.Н. Сильвестров, С.А. Столяров, В.В. Галкін,; вітчизняних учених: О.І. Амоша, І.П. Булеєв, В.П. Антонюк, В.І. Ляшенко, М.М. Шутов, В.М. Геєць, Л.І. Федулова, Л.І. Антошкіна, Н.В. Ушенко, В.В. Пашков, С.М. Чистов, В.К. Павлюк, Т.М. Камінська та інші.

Нормативно-правовим підґрунтям імплементації найкращого світового досвіду використання інструментів державно-приватного партнерства є низка міжнародних документів: рекомендаційні документи Європейського Союзу, серед яких «Керівництво з успішних публічно-приватних партнерств» (Guidelines for Successful Public-Private Partnerships // European Commission Directorate-General Regional Policy. March 2003), видане Генеральною дирекцією Європейської комісії з регіональної політики в березні 2003 р., та «Зелена книга про публічно-приватні партнерства та місцеве законодавство щодо державних контрактів і концесій» (Green Paper on Public-Private Partnerships and Community Law on Public Contracts and Concessions. Commission of the European Communities. Brussels, 30.04.04.), видана Європейською комісією 2004 р.; рекомендаційний документ Економічної комісії ООН в Європі під назвою «Керівництво про приватно-публічне партнерство для цілей розвитку інфраструктури» (Guidelines on Private Public Partnerships for Infrastructure

Development // UN, Economic Commission for Europe. Dec. 2000), розроблений в рамках форуму з ППП з метою розвитку інфраструктури; доповідь «Правові бар'єри в неавтономному фінансуванні розвитку інфраструктури в Росії», підготовлена для Європейського банку реконструкції та розвитку паном Л. Нуелем 2005 р. (Legal Impediments to Non-Sovereign Financing of Infrastructure in Russia. Report. Valid as at November 2005. Prepared for the European Bank for Reconstruction and Development) [4].

Таким чином, на сьогодні склалися всі передумови для ефективного використання інструментів державно-приватного партнерства (далі – ДПП) у сфері охорони здоров'я. Проте питання методичного забезпечення ДПП під час реалізації проектів і програм в ході реформування галузі охорони здоров'я ще не дістало системного дослідження [5].

Державно-приватне партнерство – співробітництво між державою Україна, Автономною Республікою Крим, територіальними громадами в особі відповідних органів державної влади та органів місцевого самоврядування (державними партнерами) та юридичними особами, крім державних та комунальних підприємств, або фізичними особами – підприємцями (приватними партнерами), що здійснюється на основі договору в порядку, встановленому Законом України «Про державно-приватне партнерство» та іншими законодавчими актами.

Згідно до загальних положень Закону України «Про державно-приватне партнерство», до ознак ДПП належать:

- забезпечення вищих техніко-економічних показників ефективності діяльності, ніж у разі здійснення такої діяльності державним партнером без залучення приватного партнера;
- довготривалість відносин (від 5 до 50 років);
- передача приватному партнеру частини ризиків у процесі здійснення державно-приватного партнерства;
- внесення приватним партнером інвестицій в об'єкти партнерства із джерел, не заборонених законодавством.

До основних принципів здійснення державно-приватного партнерства належать:

- рівність перед законом державних та приватних партнерів;
- заборона будь-якої дискримінації прав державних чи приватних партнерів;

- узгодження інтересів державних та приватних партнерів з метою отримання взаємної вигоди;
- незмінність протягом усього терміну дії договору, укладеного в рамках державно-приватного партнерства, цільового призначення та форми власності об'єктів, що перебувають у державній або комунальній власності чи належать Автономній Республіці Крим, переданих приватному партнеру;
- визнання державними та приватними партнерами прав і обов'язків, передбачених законодавством України та визначених умовами договору, укладеного у рамках державно-приватного партнерства;
- справедливий розподіл між державним та приватним партнерами ризиків, пов'язаних з виконанням договорів, укладених у рамках державно-приватного партнерства;
- визначення приватного партнера на конкурсних засадах, крім випадків, встановлених законом.

Об'єднання фінансових ресурсів державного і приватного сектору дозволяє ефективніше вирішувати економічні і соціальні завдання. Причому, від такого об'єднання у формі ДПП виграють і бізнес, і держава. Зрештою, це служить підвищенню якості життя населення і посиленню конкурентоспроможності економіки. Основа успішності об'єднання фінансових ресурсів у концепції ДПП полягає в тому, що і держава, і приватний сектор мають свої спеціалізації діяльності і свої переваги, при об'єднанні яких формується ця кооперація і створюється ефект синергії. З'являється можливість ефективніше працювати і досягати кращих результатів, насамперед у сфері інфраструктури [6-9].

Партнерство бізнесу і влади дозволяє істотно збільшити шанси на успіх при реалізації крупних проектів. Об'єднання ресурсів і справедливий розподіл ризиків між сторонами партнерства дозволяють активно залучати інвестиції для реалізації суспільно і соціально значущих проектів, багато з яких навряд чи могло бути реалізованим без об'єднання зусиль приватного і державного секторів. ДПП дозволяє не просто реалізовувати проект, але реалізовувати його якісно, вводити його в строк, без затримок, це дозволяє підвищити якість державних послуг населенню і значно збільшити ефективність управління інфраструктурою, що сприяє ефективному розвитку об'єктів державного майна. Спільна робота бізнесу і влади в реалізації проектів ДПП сприяє розвитку новаторських форм проектного фінансування,

стимулює підприємницьке мислення і сприяє впровадженню передових методів управління в органах влади. Все це сприяє розвитку діалогу між бізнесом і владою в різних сферах.

Важелями, котрі зможуть запобігти надмірному навантаженню на бюджет, є прозорість договорів та структурованість конкурсних процедур. Водночас з метою обмеження фінансових ризиків проекти договорів державно-приватного партнерства мають оприлюднюватись, а конкурсні процедури у випадку участі у них єдиного претенденту мають призупинятись для надання додаткових конкурсних заявок, оскільки без них малою є вірогідність гарного співвідношення «ціна / якість» [10].

На Світовому економічному форумі додатково до економічної обґрунтованості доцільності залучення приватного партнера до проекту були передбачені ще дві гарантії успішності реалізації державно-приватного партнерства, а саме: наявність центрального ініціатора, що залишається активізуючою силою протягом усього строку проекту, а також стратегії залучення нових учасників – місцевих партнерів.

Та все ж таки першочерговим є питання залучення прямих капіталовкладень та інвестицій в проекти державно-приватного партнерства. Щодо сфери охорони здоров'я, зовнішніми джерелами фінансування проектів можуть виступати Світовий банк, Європейський інвестиційний банк, приватні інвестиційні групи (наприклад, Apex Partners), Global Health Initiatives.

В Україні Глобальний фонд є чи не єдиною представленою міжнародною фінансовою організацією державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я. На прикладі Глобального Фонду можна прослідкувати ознаку притаманну взаємодії приватного і публічного сектору у сфері охорони здоров'я. Адже у той час як загалом державно-приватне партнерство є собою альтернативою приватизації життєво важливих об'єктів державної власності стратегічного значення, державно-приватне партнерство у сфері охорони здоров'я частіше характеризується залученням приватного сектору до таких проектів як: розробка лікарських препаратів, дистрибуція субсидованих препаратів для контролю окремих хвороб, покращення послуг в охороні здоров'я, просвіта населення, поліпшення контролю за якістю лікарських препаратів тощо.

В Україні також діє Програма розвитку державно-приватного партнерства, що фінансується Агентством США з міжнародного розвитку

(USAID), і допомагає створенню в державі середовища, сприятливого для взаємодії приватного сектору і держави за допомогою вдосконалення законодавства, навчання та інформування тощо.

Однак, з точки зору розвитку моделі державно-приватного партнерства в управлінні сферою охорони здоров'я, стримуючими факторами є: неповна правова база регулювання відносин суб'єктів взаємодії; брак кваліфікованих кадрів щодо здійснення роботи з медико-соціальними проектами ДПП; невисокий рівень довіри бізнесу до державної влади; відсутність прагнення учасників цього партнерства до взаємовигідного співробітництва.

У свою чергу, роль держави у соціально-медичних проектах ДПП визначатиметься у:

- поліпшенні якості медичних послуг населенню;
- забезпеченні кращого визначення потреб і оптимального використання ресурсів держави,
- приватного партнера, громадських організацій та споживача медичних послуг;
- забезпеченні сприятливих для приватного сектору умов щодо розвитку соціально-медичних проектів (наприклад: відведення землі для спорудження медичних центрів, клінік, діагностичних центрів, реабілітаційних закладів; видача ліцензій на відкриття медичного та фармацевтичного бізнесу; надання державних гарантій, субсидій, пільгових кредитів тощо);
- стимулювання інноваційної діяльності через механізми конкуренції;
- забезпеченні правового регулювання державно-приватно-суспільних відносин у розвитку сфери охорони здоров'я.

Таким чином, за результатами дослідження можемо сказати, що державно-приватне партнерство – це інноваційно-економіко-правова модель розвитку суспільного сектора країни; це нове явище в економіці нашої країни, найшвидше впровадження якого дозволить найбільш ефективно вирішувати проблеми у сфері охорони здоров'я.

Розвиток державно-приватного партнерства в Україні стримується не лише через відсутність систематизованих опрацьованих законодавчих положень. Чи не більше значення має відсутність механізмів довгострокового фінансування. Водночас, необдумане використання державних гарантій може зумовити перехід до іноземних інвесторів контролю над державними активами України.

Оскільки рівень регулювання державного та приватного сектору охорони здоров'я України не відповідає сучасним умовам, необхідно сформувати якісно нову систему управління охороною здоров'я. Тому при створенні стратегії впровадження та реалізації проектів державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я в Україні має бути враховано наступне: політична підтримка державою моделі розвитку ДПП в охороні здоров'я; основні положення державної політики щодо розвитку медичної галузі; основні принципи функціонування моделей ДПП; види і обсяги послуг, які будуть надаватися у вигляді ДПП, а також передбачувані форми партнерства; пріоритетність державних та регіональних інтересів при вирішенні медико-соціальних проблем; порядок консолідації ресурсів учасників ДПП на основі прозорих відносин та справедливого розподілу ризиків і прибутків між сторонами; незмінність форми власності та цільового призначення об'єкта, який споруджується, модернізується чи управляється за допомогою механізмів ДПП, протягом усього терміну партнерства; напрямки формування єдиного медичного простору країни з метою вирівнювання медичного потенціалу регіонів; економічна та соціальна ефективність реалізації проектів.

Перелік посилань до підрозділу 4.6

1. Про державно-приватне партнерство : Закон України від № 2404-VI 01.07.2010 р. [Електронний документ]. – Режим доступу : http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/T102404.html. – Назва з екрану.
2. Державно-приватне партнерство в контексті нової економічної політики України // Матеріали III Міжнародного інвестиційного саміту DID [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ch.kiev.ua/ru>. – Назва з екрану.
3. Наумов Д. Ю. Державно-приватне партнерство як інструмент державного управління економікою України, розвитку ринку праці та трудового потенціалу промисловості / Д. Ю. Наумов // Економіка та держава. – 2011. – № 2. – С. 33–40.
4. Грищенко С. Підготовка та реалізація проектів публічно-приватного партнерства: практичний посібник для органів місцевої влади та бізнесу / С. Грищенко. – К. : ФОП Москаленко О. М., 2011. – 140 с.
5. Деякі питання організації здійснення державно-приватного партнерства : Постанова Кабінету Міністрів України № 384 від 11 квітня 2011 р. // Офіц. вісн. України: [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.kmu.gov.ua>. – Назва з екрану.
6. Про затвердження методики виявлення ризиків, пов'язаних з ДПП, їх оцінки та визначення форми управління ними : Постанова Кабінету Міністрів України № 232 від 16 лютого 2011 р. // Офіц. вісн. України. – 2011. – № 18. – С. 769.

7. Про затвердження порядку надання державної підтримки здійсненню державно-приватного партнерства : Постанова Кабінету Міністрів України № 279 від 17 березня 2011 року [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.kmu.gov.ua>. – Назва з екрану.

8. Про затвердження Порядку надання приватним партнером державному партнеру інформації про виконання договору, укладеного у рамках ДПП : Постанова Кабінету Міністрів України № 81 від 9 лютого 2011 р. [Електронний ресурс] // Офіц. вісн. України :– Режим доступу : <http://www.kmu.gov.ua>. – Назва з екрану.

9. Про розроблення прогнозних і програмних документів економічного і соціального розвитку та складання проекту державного бюджету : Постанова Кабінету Міністрів України № 621 від 26 квітня 2003 р. [Електронний ресурс] // Офіц. вісн. України. – Режим доступу : <http://www.kmu.gov.ua>. – Назва з екрану.

10. Куйбіда В. С. Регіональний розвиток та просторове планування територій: досвід України та інших держав-членів Ради Європи // В. С. Куйбіда, В. А. Негода, В. В. Толкованов. – К. : Крамар, 2009. – 170 с.

4.7. Пріоритети фінансування галузі охорони здоров'я України

Вітчизняна галузь охорони здоров'я населення найбільшою мірою потерпає внаслідок неефективної системи її фінансування. Особливо гостро ця проблема постає в умовах світової фінансово-економічної кризи.

Чинна нормативно-правова база України передбачає головним чином бюджетне фінансування медичної галузі. Проте державне соціальне солідарне медичне забезпечення, засноване на перерозподілі органами державної влади та місцевого самоврядування податкових надходжень на медичні потреби, лише частково компенсує кошти, необхідні для надання медичної допомоги населенню.

Отже, для вітчизняної медичної галузі сьогодні надзвичайно актуальним є реформування системи фінансування на підставі науково обґрунтованих підходів.

Низка наукових досліджень присвячена видам фінансування охорони здоров'я: державному, страховому і приватному [1–4]. Переважання тієї чи іншої форми визначається особливостями кожної окремо взятої країни.

В умовах невизначеності перспектив реформування фінансової складової галузі охорони здоров'я України потребують подальшого розгляду й опрацювання пріоритетних шляхів та ефективних моделей фінансового забезпечення системи охорони здоров'я в конкретних умовах фінансово-економічного розвитку.

За результатами окремих наукових досліджень, Україна відчуває гострий брак фінансових ресурсів у сфері охорони здоров'я. Доступ різних груп населення до медичних послуг також є нерівним. У надавачів медичних послуг майже немає стимулів для поліпшення якості медичної допомоги та затратної ефективності медичних послуг. Особливо це стосується лікарів первинної медико-санітарної допомоги, які повинні виконувати роль «воротаря» між рівнем первинної медико-санітарної допомоги та рівнями спеціалізованої і високоспеціалізованої допомоги. Амбулаторна допомога в Україні не використовується повною мірою; лікарні потребують більше ресурсів і фінансуються з бюджету здебільшого за кількістю лікарняних ліжок [5,6].

Стаття 18 Основ законодавства України про охорону здоров'я проголосила, що фінансування охорони здоров'я в Україні здійснюється за рахунок державного та місцевих бюджетів, благодійних фондів і будь-яких інших, не заборонених законодавством джерел, тим самим принципово визначила можливість багатоканального фінансового забезпечення системи охорони здоров'я. Водночас, стаття 49 Конституції України проголосила, що охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм, а держава стимулює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. Слід зазначити, що в цій статті Основного закону йдеться про те, що громадяни мають право на медичне страхування, а держава повинна сприяти розвитку лікувальних закладів усіх форм власності. Отже, ця стаття Конституції України не заперечує можливості використовувати для фінансування системи охорони здоров'я інших, не лише бюджетних, джерел фінансування. І це особливо важливо з огляду на реальну неможливість забезпечення повного всеохоплюючого фінансування зазначеної галузі лише за рахунок бюджету [7].

Олександра Бетлій, експерт Інституту економічних досліджень та політичних консультацій, вважає, що сьогодні в Україні варто залишити фінансування системи охорони здоров'я за рахунок загальнодержавних податків, але при цьому розвивати добровільне додаткове страхування.

За словами експерта, приватне медичне страхування може покривати додаткові послуги (послуги, які не входять у перелік базових, які фінансує держава), доповнювальні послуги (спільне фінансування ліків, стоматологічні

послуги, послуги оптик тощо), взаємозамінні послуги (подібні до базових послуг для багатих осіб чи окремих професійних груп). Водночас, автор наголошує, що важливо підвищити ефективність фінансування галузі, для чого потрібно перейти до принципу фінансування наданих послуг, а не наявної інфраструктури. Одночасно слід стимулювати розвиток приватного медичного страхування як додаткової складової реформи [8].

На думку Буздуган Я., одним із напрямів підвищення ефективності охорони здоров'я в Україні й альтернативним джерелом фінансового забезпечення галузі є поетапне запровадження обов'язкового медичного страхування. Воно має забезпечити формування принципово нової, адаптованої до ринкової економіки, соціальної інфраструктури, створити прозорі механізми правових, соціально-економічних і фінансових взаємовідносин між виробниками та споживачами медичних послуг.

Ще одним з альтернативних джерел фінансового забезпечення охорони здоров'я є благодійництво та благодійна діяльність. Надходження від спонсорських і добродійних внесків розглядаються як «інвестиції в соціальну сферу» взагалі та в охорону здоров'я зокрема. Благодійна діяльність регулюється Законом України «Про благодійництво та благодійні організації», який закріплює основні принципи й форми благодійності, напрями діяльності благодійних організацій.

Отже, головною умовою трансформації охорони здоров'я населення, на думку згаданого автора, є зміцнення фінансової бази, збільшення фінансових ресурсів за допомогою вдосконалення бюджетного фінансування, добродійної діяльності й пошуку нових джерел фінансування та шляхів їхнього надходження [9].

Ідею щодо необхідності впровадження медичного страхування підтримує Зеленевиц В.О. Перебудову економіки охорони здоров'я слід починати передусім з укріплення фінансової основи галузі, зі зміни загальної системи фінансування, що передбачає обов'язковий відхід від бюджетної системи фінансування до змішаної бюджетно-страхової системи, яка фінансується за активної участі підприємств, установ, організацій різних форм власності з елементами добровільного медичного страхування населення.

Отже, необхідно підтримувати ініціативи щодо впровадження різних моделей медичного страхування, що дасть змогу накопичити необхідний досвід впровадження змішаної системи медичного страхування, за якої

страхові внески сплачуються державою, роботодавцями та громадянами, яка повинна забезпечити рівність і доступність медичних послуг достатньо високої якості для всіх громадян. Суспільство і держава, відповідальні за рівень здоров'я і збереження генофонду України, забезпечують пріоритетність охорони здоров'я, поліпшення умов праці, навчання, побуту і відпочинку населення, вирішення екологічних проблем, удосконалення медичної допомоги і пропаганди здорового способу життя [10].

Бондар А.В. вважає, що у фінансуванні сфери медицини доцільно застосовувати зарубіжний досвід із метою проведення трансформації галузі охорони здоров'я України в якіснішу та продуктивнішу. Для цього необхідно створити ефективну систему фінансування охорони здоров'я. Отже, найприйнятнішою для України є бюджетно-страхова модель. Джерелами фінансування у цій моделі є бюджет і фонд соціального медичного страхування. Проте в період переходу до бюджетно-страхової моделі та на початках її існування фінансування може бути недостатнім, тому варто залучати додаткові джерела: кошти, що акумулюються на основі надання певних платних медичних послуг (стоматологічні послуги для прикладу), кошти добровільного медичного страхування, кошти, отримані на основі спонсорської та благодійницької допомоги.

Поряд із вирішенням проблеми фінансування сфери охорони здоров'я країни варто звернути увагу і на капітал закладів охорони здоров'я, зокрема, на його формування і використання. Враховуючи особливе ставлення до основного капіталу закладів охорони здоров'я у розвинених зарубіжних країнах, насамперед необхідно провести зміни в цьому напрямі. Потрібно оновити основні засоби – реалізувати недоцільні у використанні засоби, а за вилучені кошти закупити частину необхідного обладнання, модернізувати існуюче. Частину основних засобів можна сформувати за рахунок купівлі за низькими цінами медичної апаратури та іншого медичного обладнання, яке було у вжитку в зарубіжних закладах охорони здоров'я. Важливо змінити порядок нарахування зношення окремих видів основних засобів закладів охорони здоров'я. Нова система фінансування дасть змогу провести вищепераховані заходи без особливих труднощів [11].

В Україні, принаймні на першому етапі, найбільш ефективним шляхом реалізації програми медичного страхування має бути створення єдиного Фонду з регіональними філіями і встановлення єдиного для всієї країни

страхового внеску за принципом солідарності, із застосуванням елементів компенсації ризику.

Після прийняття закону про обов'язкове медичне страхування важливим завданням повинна бути підготовка базової програми медичного страхування (базового пакету, який має надаватися безоплатно і фінансуватися Фондом). Згідно із законопроектом, Національна програма визначає перелік послуг, які становлять гарантований рівень медичної допомоги, а також його обсяг і умови надання в системі обов'язкового медичного страхування.

Після прийняття закону про обов'язкове медичне страхування необхідно чітко визначити, які втручання фінансуватимуться з державного бюджету, а які – з Фонду медичного страхування. Вкрай важливо розділити ці два переліки: перелік послуг, які фінансуються за рахунок бюджету, та перелік послуг, що фінансуються з фонду медичного страхування. Відсутність такого розмежування може призвести до плутанини і зловживання фондами [5].

З метою розвитку системи фінансового забезпечення у сфері охорони здоров'я Кабінет Міністрів України розпорядженням від 18.09.2013 р. № 776-р затвердив Концепцію, спрямовану на удосконалення у 2013–2014 рр. механізму фінансового забезпечення системи охорони здоров'я на всій території України для підвищення доступності та якості медичного обслуговування населення.

Основні напрями розвитку системи фінансового забезпечення, згідно з Концепцією, у сфері охорони здоров'я такі:

- забезпечення доступності медичної допомоги та медичного обслуговування для населення держави;
- забезпечення можливості перерозподілу ресурсів за видами медичної допомоги з метою оптимального задоволення потреб громадян за рівнями надання медичної допомоги;
- застосування стимулів для ефективної організації та надання медичної допомоги населенню;
- забезпечення ефективного стимулювання медичних працівників до якісної праці;
- виділення фінансових ресурсів закладам охорони здоров'я залежно від якості та обсягів надання ними медичної допомоги відповідно до потреб населення.

Вирішення проблем системи фінансування охорони здоров'я потребує створення та запровадження нової моделі фінансового забезпечення у сфері охорони здоров'я, що дасть змогу здійснити перехід від утримання державних і комунальних закладів охорони здоров'я до оплати наданої ними медичної допомоги за договорами про медичне обслуговування населення, основні положення якої регламентуватимуть створення умов для переходу до страхової моделі (загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування) [12].

Ще одним важливим документом, спрямованим на удосконалення фінансування медичної галузі України, є законопроект України «Про фінансування охорони здоров'я та обов'язкове соціальне медичне страхування в Україні», розроблений народними депутатами Т. Бахтеєвою, Р. Сорочинською-Кириленко, В. Коновалюком, І. Шаровим. Цим законопроектом встановлюється:

- багатоканальна, бюджетно- страхова модель охорони здоров'я України на основі трьох основних джерел фінансування медичних послуг: державного фінансування, обов'язкового та добровільного медичного страхування;

- механізми формування, розмежування та використання джерел фінансування охорони здоров'я на принципах програмного забезпечення;

- джерела наповнення страхового фонду, статус, умови створення та принципи діяльності Фонду медичного страхування України.

Законопроект «Про фінансування охорони здоров'я та обов'язкове соціальне медичне страхування» формує ефективну солідарну систему, засновану на поєднанні трьох глобальних стратегій:

- системи державного, публічно-правового, соціального, солідарного медичного забезпечення;

- системи державного, цивільно-правового, соціального солідарного, обов'язкового страхування;

- системи добровільного медичного страхування.

Відповідно до законопроекту, обов'язкове соціальне медичне страхування запроваджується за рахунок додаткових внесків, які сплачуються роботодавцями, органами місцевого самоврядування, юридичними та фізичними особами та Фондом соціального страхування від нещасних випадків. Внески на обов'язкове соціальне медичне страхування мають цільовий характер, а це створює умови для повноцінного фінансування надання медичної допомоги на рівні збереження здоров'я.

Згідно з положеннями зазначеного законопроекту, навантаження на бюджет зменшується і переноситься на систему обов'язкового соціального медичного страхування. У системі обов'язкового соціального медичного страхування забезпечується принцип оплати за надану медичну послугу, а це створює умови для розвитку ринкових відносин у системі охорони здоров'я та дає змогу вдосконалити управління системою шляхом децентралізації [13].

Таким чином, держава вживає активних заходів щодо удосконалення фінансування системи охорони здоров'я України. До пріоритетів державної політики належить запровадження обов'язкового медичного страхування, розвиток добровільного медичного страхування та формування національної моделі фінансування охорони здоров'я, яка передбачає поєднання зазначених форм із бюджетною. Не втрачають актуальності спонсорські та благодійні надходження, пряма оплата медичних послуг.

Перелік посилань до підрозділу 4.7

1. Вишньовська К. Проблеми реформування системи охорони здоров'я в Україні / К. Вишньовська // Світ фінансів. – 2008. – № 3 (16). – С. 78–85.
2. Карпишин Н. Класичні моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я / Н. Карпишин, М. Комуницька // Світ фінансів. – 2008. – № 1 (14). – С. 110–117.
3. Мельник-Бантон О. П. Фінанси сфери охорони здоров'я в XXI столітті / О. П. Мельник-Бантон // Наук. вісник Нац. університету держ. податкової служби України (економіка, право). – 2009. – № 4. – С. 82–90.
4. Мишолівський Б. І. Організація фінансування охорони здоров'я [Електронний ресурс] / Б. І. Мишолівський // Вісн. Львівської комерційної акад.. – 2009. – № 30. – Режим доступу : http://www.nbu.gov.ua/portal/Soc_Gum/Vlca/Ekon/2009_30/46.pdf. – Назва з екрану.
5. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я : уроки для України [Електронний ресурс] / за ред. У. Маттіла, А. Гука, В. Галайди. – Режим доступу : http://eeas.europa.eu/delegations/ukraine/documents/virtual_library./14_reviewbook_uk.pdf. – Назва з екрану.
6. Комарова І. В. Бюджетне фінансування охорони здоров'я громадян України як складової людського капіталу [Електронний ресурс] / І. В. Комарова // Вісн. Бердянського ун-ту менеджменту і бізнесу. – 2010. – № 3 (11). – Режим доступу : http://archive.nbu.gov.ua/portal/Soc_Gum/Vbumb/2010_3/19.pdf. – Назва з екрану.
7. Чорновіл О. В. Організаційні аспекти фінансування охорони здоров'я в Україні [Електронний ресурс] / О. В. Чорновіл. – Режим доступу : <http://ndi-fp.asta.edu.ua/thesis/84>. – Назва з екрану.
8. Бетлій О. Державу закликають не відмовлятися від фінансування охорони здоров'я [Електронний ресурс] / О. Бетлій. – Режим доступу : <http://www.irf.ua/index.php?>

[option=com_content&view=article&id=41170:2013-10-17-14-09-57&catid=21:news-health&Itemid=62](http://www.viche.info/journal/960). – Назва з екрану.

9. Буздуган Я. Поняття, принципи, форми фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні [Електронний ресурс] / Я. Буздуган // Віче. – 2008. – № 10. – Режим доступу : <http://www.viche.info/journal/960>. – Назва з екрану.

10. Зеленевиц В. О. Шляхи вдосконалення фінансування охорони здоров'я в Україні [Електронний ресурс] / В. О. Зеленевиц. – Режим доступу : <http://intkonf.org/zelenevich-vo-shlyahi-vdoskonalennya-finansuvannya-ohoroni-zdorovya-v-ukrayini>. – Назва з екрану.

11. Бондар А. В. Фінансування галузі охорони здоров'я в Україні та у зарубіжних країнах [Електронний ресурс] / А. В. Бондар. – Режим доступу : http://ena.lp.edu.ua:8080/bitstream/.../55_357-364_Vis_720_Menegment.pdf. – Назва з екрану.

12. Про схвалення Концепції розвитку системи фінансового забезпечення у сфері охорони здоров'я : Розпорядження Кабінету Міністрів України № 776-р від 18.09.2013 р. [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/776-2013-p>. – Назва з екрану.

13. Про фінансування охорони здоров'я та обов'язкове соціальне медичне страхування в Україні : Проект Закону України [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.apteka.ua/article/8972>. – Назва з екрану.

4.8. Державна політика щодо фінансування вітчизняної галузі охорони здоров'я

Фінансування галузі охорони здоров'я є однією з ключових проблем державного управління цією сферою. Адже від обсягу та розподілу коштів на медичні потреби населення залежать доступність та якість медичної допомоги, а в кінцевому результаті – здоров'я громадян України.

Основні напрями удосконалення системи фінансування охорони здоров'я України визначено заходами Програми економічних реформ Президента України на 2010–2014 рр. «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» (далі – Програма економічних реформ) [1], законами України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 07.07.2011 р. № 361-VI [2] та «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» від 07.07.2011 р. № 3612-VI [3], Національним планом дій на 2013 р. щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010–2014 рр. «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» [4].

Очікування, пов'язані із системою охорони здоров'я, щорічно зростають. Тому забезпечення стійкої і стабільної системи фінансування залишається важливою проблемою державної політики у сфері охорони здоров'я населення України [5, стор. 44].

Фінансування галузі охорони здоров'я було предметом наукових досліджень П. Готтрет, Дж. Шібер, Р. Хаг [6], Д. Кері, Б. Херрінг, П. Ленеїн [7], К. Кушевські, К. Герік [8], В. Лехан, В. Рудого, Е. Нолте [5], В. Черненко [9] та ін. Водночас на сьогодні бракує наукових досліджень за даним напрямом, які б мали прикладний характер, ґрунтувалися на детальному аналізі попередніх недоліків, можливих ризиків, та враховувалися у подальшому формуванні державної політики фінансування медичної галузі.

Одним із завдань, визначених Програмою економічних реформ, є підвищення ефективності державного фінансування з метою покращення здоров'я населення, забезпечення рівного і справедливого доступу усіх громадян до медичних послуг належної якості [1].

Досягнення поставленого завдання вимагає проведення ґрунтовного аналізу попередньої державної політики щодо фінансування системи охорони здоров'я в Україні, на підставі якого будуть сформовані подальші шляхи виконання поставлених завдань.

Дані проведеного наукового аналізу вітчизняної системи фінансування охорони здоров'я засвідчили наступне:

- згідно з Національними розрахунками, загальні витрати на охорону здоров'я в Україні становлять 7,8% від ВВП, що майже відповідає рівню країн з аналогічним економічним розвитком; при цьому державні витрати залишаються основним джерелом фінансування охорони здоров'я в Україні (3,7% від ВВП) [6, стор. 62];

- державна система фінансування функціонує майже незалежно від приватних витрат, хоча частка останніх у загальних витратах становить 40% [6, стор. 62];

- незважаючи на те, що щорічно зростають обсяги фінансування централізованих заходів і програм (2007 р. – 1408 млн грн, 2011 р. – 1765,3 млн грн), основні витрати на фармацевтичні товари та інші медичні товари нетривалого призначення здійснюються переважно домогосподарствами (99%), а не закладами охорони здоров'я (далі – ЗОЗ) [6, стор. 62];

– у 2011 р. кошти від власних надходжень ЗОЗ зросли у 6,7 разу порівняно з 2007 р., при цьому обсяги коштів від благодійних внесків, грантів і дарунків зросли майже в 10 разів, що свідчить про фактичну співоплату надання медичної допомоги [5, стор. 62];

– аналіз розподілу витрат за функціями (тобто кінцеве споживання фінансових коштів) засвідчив збереження тенденцій у зростанні видатків на надання стаціонарної медичної допомоги в лікарнях [5, стор. 62];

– рівень оплати праці в галузі є одним із найнижчих порівняно з іншими галузями економіки [5, стор. 62].

З проведеного аналізу видно, що ключова проблема фінансування вітчизняної охорони здоров'я полягає не стільки у недостатності ресурсів, скільки у нераціональному їх використанні. Тому саме цей напрям потребує значного удосконалення, деякі елементи якого вже знайшли своє відображення у програмі реформування сфери охорони здоров'я в Україні.

Реформа системи охорони здоров'я передбачає, насамперед, зміну механізмів фінансування медицини. Такі механізми відпрацьовуються у пілотних Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві і мають сприяти подоланню недосконалості існуючих механізмів розподілу ресурсів, оплати медичних послуг. Зміни у фінансуванні системи охорони здоров'я полягатимуть у наступному.

Проводиться розмежування видатків за видами медичної допомоги: первинна медична допомога фінансуватиметься з районного/міських бюджетів, а вторинна, третинна та екстрена – з обласних бюджетів. Виняток становить м. Київ, де всі види допомоги фінансуватимуться з міського бюджету. Якщо раніше первинна допомога фінансувалась за «залишковим» принципом (основні кошти йшли на фінансування закладів, що надають спеціалізовану допомогу), то в процесі реформування змінюються підходи до її фінансування, оскільки близько 75% пацієнтів потребують саме первинної медичної допомоги. Орієнтовно видатки на первинну медичну допомогу з районного/міських бюджетів мають становити близько 25–30% (сьогодні ці видатки становлять менше 10%) [10].

Планується застосовувати елементи програмно-цільового методу розроблення та виконання місцевих бюджетів у частині видатків на охорону здоров'я за відповідними видами медичної допомоги – первинна, вторинна, третинна та екстрена.

Заклади охорони здоров'я фінансуватимуться за видами медичної допомоги відповідно до договорів про медичне обслуговування. На сьогодні фінансування ЗОЗ здійснюється на основі кошторисів. Надалі ж передбачено запровадження договірних відносин між замовником (фінансуючою стороною – розпорядником бюджетних коштів) і надавачем медичних послуг (закладом охорони здоров'я) на основі договорів про медичне обслуговування населення для надання первинної, вторинної, третинної та екстреної медичної допомоги. Договори міститимуть обов'язкову інформацію про обсяги як наданих послуг, так і фінансування, а також індикатори якості наданої допомоги. Таким чином, кошти будуть спрямовані на конкретного пацієнта, а не на утримання ЗОЗ.

Завдяки впровадженню нових механізмів фінансування передбачається пов'язати заробітну плату медичних працівників з обсягами та якістю виконаної ними роботи, за які запроваджується порядок встановлення заохочувальних виплат медичним працівникам. Насамперед це стосується лікарів первинної ланки. З цією метою розробляються критерії якості надання медичних послуг.

Крім того, вже законодавчо визначено, що всі видатки загального фонду місцевих бюджетів пілотних регіонів на охорону здоров'я є захищеними, тобто їх обсяг не може змінюватися при скороченні затверджених бюджетних призначень [6].

Збільшення фінансування сфери охорони здоров'я є також серед пріоритетів цілісної державної політики, на чому неодноразово наголошувалось на найвищому рівні державного управління [11]. Насамперед йдеться про важливість підвищення зарплат медичним працівникам, адже їх мотивування є одним із потужних інструментів підвищення якості діяльності вітчизняної медицини [4]. Зокрема у Держбюджеті-2012 [12] було передбачено поступове збільшення заробітних плат медикам, у середньому на 30%.

Слід зазначити, що, за офіційними даними, рівень фінансування медицини в Україні щороку зростає. У 2013 р. сума видатків на медичну галузь збільшилась порівняно з минулим роком на 2%. Як зазначила у своїй доповіді керівник МОЗ України, окремо слід наголосити на збільшенні витрат на лікування гепатитів, СНІДу, туберкульозу та онкологічних захворювань [13].

Повинне збільшитися фінансування лікування онкохворих дітей – у 2,3 разу. За прогнозами фахівців Міністерства охорони здоров'я, цієї суми має вистачити для забезпечення усіх дітей, які страждають на онкологічні захворювання, достатньою кількістю ліків.

Водночас у реальному грошовому вимірі Державний бюджет України у найближчому майбутньому буде не в змозі задовольнити усі нагальні потреби української медицини і забезпечити швидке перетворення існуючої системи охорони здоров'я на користь сучасної, ефективної та економічно життєстійкої галузі української економіки [13].

Настав час змінити підходи до фінансування і філософії надання медичної допомоги хворим на туберкульоз. МОЗ України планує найближчим часом вжити заходів щодо скорочення термінів госпіталізації хворих на туберкульоз, тому що такий підхід не сприяє ефективному лікуванню цього захворювання.

Для українського суспільства проблема туберкульозу є надзвичайно гострою: щороку хвороба вражає майже 32 тисячі осіб, вмирають від цієї недуги близько 10 тисяч осіб. Щодня реєструється близько 90 нових випадків захворювання на туберкульоз – здебільшого серед людей працездатного віку [14].

На перелом перебігу епідемії туберкульозу в країні відчутно вплинула Загальнодержавна програма протидії захворюванню на туберкульоз на 2007–2011 роки, зокрема суттєве збільшення її фінансування та налагодження тісної співпраці державних структур з громадськими об'єднаннями у сфері протидії туберкульозу [14]. У результаті реалізації заходів програми протягом чотирьох років вдалося досягти суттєвих позитивних зрушень щодо епідемічної ситуації з туберкульозу. З 2006 р. відзначається повільне зменшення показників захворюваності та смертності. У 2010 р. захворюваність на туберкульоз становила 68,4 випадки на 100 тис. населення (31295 осіб), що на 6,4% менше, ніж у 2009 р., і на 21% менше порівняно з 2005 р., коли зафіксовано максимальний рівень цього показника. Рівень смертності знизився за 4-річний період на 29% – з 25,3 до 16,8 випадку на 100 тис. населення у 2010 р. (7048 осіб). У 2010 р. знизився рівень захворюваності серед підлітків та дітей та становив 29,9 (477 осіб) випадку на 100 тис. населення підліткового віку та 7,8 (504 особи) на 100 тис. населення віком до 14 років [14].

Попри певну позитивну динаміку показників захворюваності та смертності від туберкульозу, їх рівень залишається епідемічним. Тому Міністерство охорони здоров'я планує змінити тактику подолання епідемії цієї соціально небезпечної хвороби. Медичну допомогу хворим на туберкульоз потрібно надавати з орієнтацією на пацієнта, а не на медичний заклад. Тим більше, що туберкульоз – це інфекційна хвороба, яка при відповідному лікуванні повністю виліковна. Але адекватна діагностика та лікування можливі лише за умови відповідальності за кінцевий результат усіх ланок цього процесу, передусім самого хворого [14].

В умовах реформування галузі охорони здоров'я України фінансування медичної допомоги, що надається населенню, продовжує залишатись у центрі уваги Президента та Уряду України, Міністерства охорони здоров'я.

Обсяги фінансування медичної галузі щорічно збільшуються, проте їх недостатньо для того, щоб повністю задовольнити потреби населення у медичній допомозі. Ключовим чинником цього є нераціональне використання наявних ресурсів.

Незважаючи на світову фінансово-економічну кризу, дії держави спрямовані на поступове, але якісне перетворення фінансування. У сучасних умовах пріоритети надаються зміні підходів та механізмів фінансування галузі охорони здоров'я, зокрема розмежуванню видатків за видами медичної допомоги, підвищенню заробітної плати медичних працівників, фінансуванню заходів боротьби з туберкульозом.

Перелік посилань до підрозділу 4.8

1. Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава : Програма економічних реформ Президента України на 2010–2014 рр. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.president.gov.ua/docs/Programa_reform_FINAL_1.pdf. – Назва з екрану.

2. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги : Закон України № 361-VI від 07.07.2011 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.zakon.rada.gov.ua/laws/show/3611-17>. – Назва з екрану.

3. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві : Закон України № 3612-VI від 07.07.2011 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.zakon.rada.gov.ua/go/3612-17>. – Назва з екрану.

4. Про Національний план дій на 2013 рік щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» : Указ Президента України від № 128/2013 12.03.2013 р. [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.zakon.rada.gov.ua/go/128/2013>. – Назва з екрану.

5. Lekhan V. Health Care Systems in Transition: Ukraine / Valeria Lekhan, Volodymyr Rudi, Ellen Nolte. – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004. – Vol. 6, № 7. – 138 p.

6. Удосконалення економічного механізму управління галуззю та аналіз його впровадження і ефективності / Шевченко М. В., Дорошенко О. О., Левицький О. І. [та ін.] // Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2011 рік / за ред. Р. О. Богатирьової. – К., 2012. – С. 44.

7. Carey D. Health Care Reform in the United States / David Carey, Bradley Herring and Patrick Lenain. – Baltimore : OECD Publishing, 2009. – OECD Economics Department Working Papers. – № 665. – 45 p.

8. Kuszewski K. Health Care Systems in Transition: Poland / Krzysztof Kuszewski, Christian Gericke. – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2005. – Vol. 7, № 5. – 130 p.

9. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я. Уроки для України / за заг. ред. В. Г. Черненка, В. М. Рудого. – К. : Академпрес, 2002. – 112 с.

10. Найважливіше завдання реформування медицини – впровадити нові механізми її фінансування [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20110908_0.html. – Назва з екрану.

11. Янукович В. Ф. Державне фінансування сфери охорони здоров'я зростатиме [Електронний ресурс] / В. Ф. Янукович. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20120202_1.html. – Назва з екрану.

12. Про Державний бюджет України на 2012 рік : Закон України № 4282-VI від 22.12.2011 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.zakon.rada.gov.ua/go/4282-17>. – Назва з екрану.

13. Системи охорони здоров'я в період глобальної економічної кризи: огляд ситуації в європейському регіоні ВООЗ : виступ Міністра охорони здоров'я України Р. В. Богатирьової під час головування на першій сесії Конференції ВООЗ (17–18 квіт. 2013 р., м. Осло, Норвегія) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20130418_2.html. – Назва з екрану.

14. Настав час змінити підходи до фінансування і надання медичної допомоги хворим на туберкульоз [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20110324_2.html. – Назва з екрану

5. ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ТА ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ВІТЧИЗНЯНОЮ МЕДИЧНОЮ ГАЛУЗЗЮ

5.1. Пропозиції щодо вирішення проблеми поліпшення медико-демографічної ситуації та стану здоров'я населення

На сучасному етапі вплив державних заходів на медико-демографічну ситуацію недостатній для досягнення результатів на рівні розвинутих країн світу. Передусім слід розробити «Стратегію демографічного розвитку держави на 2016–2025 рр.». Діюча сьогодні «Стратегія демографічного розвитку на 2006–2015 рр.» поки що не досягла своєї мети – значного поліпшення демографічної ситуації.

Крім того, необхідно розробити низку нових законодавчих актів щодо зростання народжуваності, підвищення рівня життя населення (аби припинити перевищення зовнішньої міграції над внутрішньою), а також щодо значного підвищення розвитку галузі охорони здоров'я: нарощування фінансування галузі, підвищення заробітної плати медичних працівників, розвиток інфраструктури галузі, поліпшення оснащення закладів охорони здоров'я.

Демографічна криза в Україні є віддзеркаленням соціальних процесів, що відбуваються у світі, а відтак необхідною є концентрація дій, спрямованих на збереження здоров'я населення. На особливу увагу заслуговують питання оцінки стану здоров'я дорослого населення як головного трудового потенціалу країни, від чого залежать показники економічного, соціально-культурного розвитку країни, її національної безпеки.

Для зниження рівня смертності населення України слід передусім поліпшити соціально-економічне становище в державі. За підрахунками, кількість померлих залежить від структурно-вікових факторів на 55%, а від соціально-економічних – на 45%.

З метою подальшого зменшення рівня смертності немовлят (до рівня розвинутих країн світу) потрібно продовжити створювати сучасні перинатальні центри в усіх регіонах України.

Значною проблемою в Україні залишається висока смертність населення працездатного віку, перевищення в кілька разів смертності чоловіків над смертністю жінок.

За показником СОТЖ Україна посідає найнижчі місця в рейтингу європейських країн.

Структура причин смерті населення України свідчить про значний негативний вплив забрудненого оточуючого середовища на стан здоров'я населення. Це стосується смертності від новоутворень, хвороб органів травлення, хвороб органів дихання, інфекційних і паразитарних хвороб. Необхідно прийняти новий закон про санепідблагополуччя, а також нормативні акти про недопущення забруднення навколишнього середовища викидами підприємств у повітря, воду, ґрунт.

Високий рівень смертності від зовнішніх дій обумовлений цілою низкою причин: поганий стан доріг, недостатнє оснащення притрасовими медичними пунктами на випадок аварії на дорозі, нерозвиненість санавіації, автотранспортної служби швидкої медичної допомоги, відсутність у всіх обласних і великих міських центрах спеціалізованих лікарень швидкої медичної допомоги. Тому очевидною є необхідність розвитку цих структур.

Найвищий рівень смертності від хвороб системи кровообігу, що спостерігається протягом багатьох десятиліть у структурі причин смерті, потребує широкого комплексу міжсекторальних заходів. Це – реформування системи охорони здоров'я, створення в кожному обласному центрі кардіохірургічних закладів, щоб довести кількість кардіохірургічних втручань типу стентування, шунтування до рівня світових стандартів (це майже в 10–20 разів більше, ніж зараз виконується). Все це допоможе знизити кількість інфарктів міокарда та інших судинних патологій.

Для профілактики серцево-судинних захворювань слід значно розширити систему первинної профілактики виникнення захворювань.

Для зниження рівня смертності від хвороб органів травлення необхідно посилити контроль держави за якістю продуктів харчування на заводах, приватних підприємствах, ринках, зробити більш жорсткими стандарти виробництва харчових продуктів і контроль за їх дотриманням.

Неприпустимо низькі як для європейської країни показники тривалості життя не тільки свідчать про поганий стан здоров'я населення, але є індикатором загального соціального неблагополуччя. Затяжна криза здоров'я

та смертності – найбільш неблагополучна прикмета сучасної медико-демографічної ситуації. Тому, з огляду на кризу у сфері відтворення населення, саме збереження та поліпшення здоров'я населення є одним з найважливіших пріоритетів. Поліпшення здоров'я і, відповідно, подовження тривалості життя є кінцевою метою проведення соціально-економічних реформ у країні.

Політика держави у сфері охорони здоров'я і зростання тривалості життя постійно реалізується в її загальній соціальній політиці, у практичній діяльності МОЗ та інших відомств, від яких залежить здоров'я та життя українців.

Однією з головних перепон на шляху поліпшення здоров'я і подовження тривалості життя в Україні залишається відносно слабке фінансування, витрати на ці цілі надто малі, щоб вона могла конкурувати за показниками здоров'я і тривалості життя з більшістю європейських країн, успіхи яких у цій царині пов'язані з величезним зростанням за останні десятиріччя сукупних витрат (державних і приватних) на охорону здоров'я.

Як свідчить статистичний аналіз даних європейських країн, між загальними витратами на охорону здоров'я і тривалістю життя існує досить тісна залежність. Зв'язок між тривалістю життя і часткою витрат ВВП має лінійний характер: зростання частки на 1% обумовлює подовження тривалості життя в середньому на 2 роки. Зв'язок між абсолютними затратами на охорону здоров'я і СОТЖ має нелінійну форму. Згідно з економічними законами, кожний додатковий внесок в охорону здоров'я дає меншу віддачу у вигляді зростання тривалості життя. Однак дія цього закону проявляється після досягнення порогового значення величини душевих витрат у 2000 доларів.

Звичайно, гроші вирішують не все, однак розраховувати на досягнення в Україні таких самих показників тривалості життя, що й у країнах, де витрати на потреби охорони здоров'я перевищують наші в рази, було б нереалістично. Вже радянський досвід показав, що екстенсивне зростання деяких ключових характеристик системи охорони здоров'я – кількість медичного персоналу, число лікарняних ліжок тощо, не підкріплених більш швидким зростанням фінансування, яке дає змогу підвищити заробітну плату медичному персоналу і вдосконалити інфраструктуру охорони здоров'я, було малоефективним, зокрема, не привело до зростання тривалості життя населення.

Одним із пріоритетних завдань внутрішньої політики на найближчі роки в Україні визначено збереження і розвиток національного людського капіталу держави як головного фактора економічного росту, суттєву роль у збереженні якого відіграє система охорони здоров'я.

Збереження капіталу здоров'я як важливої частини людського капіталу входить до числа факторів, за якими визначається національна конкурентноздатність держави на міжнародному чи європейському рівні.

На усіх етапах розвитку людини повинні бути реалізовані три групи можливостей: прожити довге і здорове життя, набути знань, мати доступ до ресурсів щодо підтримки ЗСЖ. Однією із суттєвих стратегій вкладання коштів в охорону здоров'я є збільшення тривалості трудової життєдіяльності людини.

Система охорони здоров'я бере на себе функції контролю за станом здоров'я, чим сприяє відновленню і зміцненню стану здоров'я дорослого населення як основної працездатної складової населення України. У 2012 р., хоча і виявлено позитивну тенденцію до зменшення захворюваності взагалі та за більшістю провідних класів хвороб, поширеність хвороб має чітку динаміку до зростання. Проте порівняно з минулим роком виявлено деяке їх зменшення, що дає надію на стабілізацію показників здоров'я. Отримані дані вказують на особливості стану здоров'я населення старшого віку, що потребує додаткової уваги при розробці програм збереження здоров'я в старості як на державному, так і регіональному рівнях. Демографічний розвиток має стати одним з основних пріоритетів державної політики. На сьогодні демографічна ситуація в Україні перебуває у важкому стані, ознаками чого є все ще низький рівень народжуваності, низька порівняно з розвинутими країнами СОТЖ (71,06 року); підвищення вірогідності смертності чоловіків у працездатному віці (близько 38%); висока порівняно з розвинутими державами смертність немовлят і дітей віком до 5 років, а також постійний міграційний вплив молоді, що негативно позначається як на чисельності та статево-віковому складі населення, так і на народжуваності.

Депопуляційні процеси потребують посилення уваги до таких факторів, як підвищення СОТЖ, поліпшення стану здоров'я, підвищення рівня життя, сприяння відновленню в українському суспільстві сімейних цінностей, зокрема, бажання мати та виховувати дітей.

Подолання кризи і досягнення сталого демографічного розвитку, нормалізація відтворення населення є тривалим і складним процесом. При цьому вихід із ситуації, що склалася, полягає не стільки в подоланні депопуляції, скільки в підвищенні якості життя населення, збереженні та відтворенні його життєвого і трудового потенціалу.

Основними проблемами демографічного розвитку є формування та розвиток сім'ї, зміни шлюбно-сімейної ситуації, зниження рівня народжуваності, погіршення стану здоров'я населення, проблеми його старіння, значна диференціація рівня демографічного розвитку регіонів, а також проблеми регулювання міграційних процесів.

Несприятлива демографічна ситуація в Україні пов'язана із загостренням проблем функціонування сім'ї як осередку відтворення населення, зниженням її демографічного потенціалу.

Деформація шлюбно-сімейних процесів, започаткованих ще в 60-х роках ХХ століття, сьогодні поглиблюється. Поширюються такі явища, як відкладання шлюбів і народження дітей, безшлюбне материнство та соціальне сирітство (покинуті батьками діти), зменшується кількість зареєстрованих шлюбів, зростає кількість розлучень.

Спостерігається масове поширення бездітності та одностатності – дві третини сімей мають лише одну дитину.

Загострюються проблеми утримання і виховання дітей у сім'ях, передусім молодих, багатодітних та неповних, з несприятливим морально-психологічним мікрокліматом.

Основною причиною загострення демографічної кризи є зниження до критичного рівня народжуваності, зумовлене цілим рядом причин – економічних, соціальних, психологічних, біологічних. Це насамперед зміни в соціальному статусі жінки – розширення сфери її позасімейних інтересів, підвищення рівня освіти та зайнятості.

Глобальна тенденція зниження народжуваності посилюється в Україні у зв'язку з економічною кризою, різким зниженням доходів населення, невпевненістю в майбутньому. Крім того, зростає значний розрив між низьким рівнем життя населення і високими європейськими стандартами. Вкрай негативно на рівні народжуваності позначаються руйнування системи дошкільного та позашкільного виховання, незадовільний стан репродуктивного здоров'я населення, і насамперед жінок, значна частина яких працює у шкідливих умовах.

Кризовий стан генеративної активності населення даватиметься взнаки протягом життя кількох поколінь, і не лише в сім'ї, але й в усьому суспільстві. Тобто в майбутньому спостерігатиметься хвилеподібна динаміка зміни чисельності населення і його вікових контингентів, що може стати істотною перешкодою на шляху до сталого розвитку України.

Загальний рівень захворюваності населення підвищується.

Стан репродуктивного здоров'я населення погіршується. Так, майже 68% пологів проходить з ускладненнями. За даними деяких обстежень, питома вага безплідних становить близько 7% жінок дітородного віку, тобто майже 870 тис. подружніх пар не мають дітей через захворювання жінок.

Викликає занепокоєння істотне відставання України від розвинутих країн за показником СОТЖ. За даними ВООЗ, у 2002 р. це відставання становило 5,5 року відповідних показників країн Центральної та Східної Європи і 10,9 року – країн Європейського Союзу. Надлишкова передчасна смертність у віці до 65 років зумовлює втрату майже 11 років загальної тривалості життя, що на три роки більше, ніж у країнах Центральної та Східної Європи, і на шість років – ніж у країнах Європейського Союзу. Різниця у тривалості життя чоловіків і жінок в Україні перевищує 11 років, тоді як в економічно розвинутих країнах цей показник становить п'ять-шість років. Ризик смерті для чоловіків у віці 20–24 роки у 3,3 разу перевищує ризик для жінок, а ймовірність смерті у працездатному віці для чоловіка досягає 37%.

Основними складовими незворотних демографічних втрат є високий рівень смертності дітей віком до 1 року та чоловіків працездатного віку (через надмірну смертність від хвороб системи кровообігу та внаслідок дії зовнішніх факторів). Цей показник є одним із найвищих в Європі.

Причинами втрати здоров'я, зростання смертності та зниження СОТЖ є низький рівень і несприятливі умови життєдіяльності значної частини населення, низька ефективність існуючої системи охорони здоров'я, поширеність шкідливих звичок і нехтування нормами ЗСЖ.

Демографічне старіння, яке є невід'ємною частиною демографічного розвитку, зафіксовано в Україні у середині ХХ ст. – за період між переписами 1959 і 2001 рр. частка осіб у віці 60 років і старших зросла з 10,5% до 21,4%. У сучасних умовах особливостями цього процесу є, зокрема, старіння виключно через зниження рівня народжуваності, а не внаслідок

підвищення тривалості життя в старших вікових групах, різка нерівномірність старіння за типами населених пунктів (за даними перепису 2001 р., частка осіб у віці 60 років і старших у містах становила 19,1%, а в сільській місцевості – 26,1%) та за статтю (на 100 жінок віком 60 років і старших припадає 56 чоловіків).

Збільшення частки осіб пенсійного віку призводить до зростання обсягів споживання суспільних ресурсів на соціальне забезпечення в старості. В умовах обмеженості таких ресурсів поширюється бідність і поглиблюється соціальна нерівність за віком. Бідність населення похилого віку зумовлює посилення тиску осіб пенсійного віку на ринок праці та додаткові матеріальні обов'язки працездатного населення.

Збільшення частки осіб похилого віку формує специфічні потреби в товарах і послугах, житлі, медичному та соціальному обслуговуванні.

Зміни у співвідношенні поколінь впливають на взаємини в сім'ї та суспільстві, зокрема, загострюють антагонізм між молоддю та особами похилого віку, платниками податків і пенсіонерами.

Міжрегіональна диференціація демографічної ситуації зумовлена комплексним впливом різноманітних природно-географічних, історичних, економічних, політичних факторів, зокрема таких, як ступінь розвитку господарської та соціальної інфраструктури, структури виробництва, рівень та якість життя населення, специфіка ризиків праці, особливості способу життя сільського та міського населення, насамперед у мегаполісах, динаміка міграційних процесів, тенденції урбанізації, екологічна ситуація, культурно-історичні традиції.

Низький рівень оплати праці, безробіття перетворюють трудову міграцію на основний засіб забезпечення прийняттого рівня життя значної частини населення країни. Більшість громадян України у країнах-реципієнтах приховує свої справжні наміри і, по суті, перебуває там на нелегальному становищі. Наслідком цього стає їх соціальна незахищеність, залежність від роботодавців і посередників.

Основні завдання поліпшення демографічної ситуації: підвищення рівня народжуваності та розвиток сім'ї; поліпшення здоров'я, зниження рівня смертності та збільшення тривалості життя населення; регулювання міграційних процесів; подолання негативних наслідків старіння населення; демографічний розвиток регіонів.

Доцільно виконувати в повному обсязі заходи, запропоновані у «Стратегії демографічного розвитку на 2006–2015 рр.».

Підвищення рівня народжуваності та розвиток сім'ї

У роботі з підвищення рівня народжуваності та розвитку сім'ї пріоритетними напрямками є:

- формування сприятливого соціально-психологічного клімату в суспільстві для створення сім'ї та позитивного налаштування громадян на сімейні цінності;

- зміцнення шлюбу, запобігання його розірванню, зниження рівня розлучень;

- збереження традицій багатодітності там, де вони ще існують, і формування серед батьків настанов на дводітну родину;

- активна пропаганда через засоби масової інформації сімейних цінностей, свідомого ставлення до сімейних обов'язків;

- створення економічних передумов для задоволення потреби сім'ї в дітях, поліпшення якості життя сімей;

- сприяння та підтримка виховної функції сім'ї;

- сприяння формуванню в суспільстві середнього класу як основи матеріального благополуччя сім'ї, зокрема, шляхом розвитку малого підприємництва, та удосконалення системи оплати праці;

- оптимізація мережі центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, удосконалення їх діяльності шляхом запровадження нових ефективних форм роботи;

- удосконалення мережі культурних і консультаційних закладів із метою створення умов для спілкування самотніх людей, які мають намір створити сім'ю;

- збільшення розміру одноразової допомоги при народженні кожної наступної дитини;

- удосконалення механізму надання адресної допомоги малозабезпеченим сім'ям із дітьми;

- запровадження нових форм і методів статевого виховання дітей та молоді, формування в них навичок ЗСЖ;

- проведення в навчальних закладах інформаційно-просвітницької роботи з батьками щодо питань виховання дітей;

- упорядкування мережі дошкільних навчальних закладів, запровадження новітніх форм організації навчального процесу, підвищення якості освітніх послуг;
- посилення соціального захисту бездоглядних і безпритульних дітей, створення умов для повноцінного їх розвитку;
- розвиток сімейних форм виховання дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування;
- соціальна адаптація дітей, які перебувають у важкій життєвій ситуації;
- впровадження новітніх форм і методів профілактики дитячої інвалідності;
- удосконалення системи оздоровлення дітей на базі санаторіїв, профілакторіїв, дитячих оздоровчих закладів тощо;
- забезпечення дітей у навчальних закладах екологічно чистими продуктами харчування та якісною питною водою;
- соціальне супроводження і підтримка сімей, в яких виховуються ВІЛ-інфіковані діти.

Поліпшення здоров'я, зниження рівня смертності та подовження середньої тривалості життя населення

Для подовження СОТЖ необхідно:

- створити умови для забезпечення доступу широких верств населення до засобів збереження та поліпшення здоров'я, якісного медичного та санаторно-курортного обслуговування;
- сформувані суспільне налаштування на ЗСЖ, особистісну мотивацію до збереження та поліпшення здоров'я;
- сформувані серед населення світоглядні принципи свідомого самозбереження як суспільно бажаної етичної норми;
- створити безпечне для життя і здоров'я довкілля;
- поліпшити якість платних медичних послуг;
- посилити боротьбу з наркоманією та проституцією;
- посприяти розвитку масової фізичної культури та спорту, зокрема, розширити доступ дітей і підлітків до фізкультурно-спортивних і оздоровчих закладів, підліткових клубів за місцем проживання з метою створення належних умов для зміцнення фізичного та психічного здоров'я цього контингенту;

- забезпечити належне гігієнічне виховання і навчання громадян;
- реформувати систему охорони здоров'я з метою підвищення її ефективності та поетапного збільшення обсягу фінансування;
- забезпечити розвиток профілактичного та реабілітаційного напрямку в системі охорони здоров'я, зокрема, розробити комплексні програми, спрямовані на профілактику найпоширеніших хронічних захворювань, тютюнокуріння і зловживання алкоголем;
- охопити більшість населення профілактичними медичними оглядами та підвищити їх якість;
- забезпечити заклади охорони здоров'я усіх рівнів сучасним діагностичним обладнанням;
- реформувати систему медичної допомоги на користь первинної лікувально-профілактичної допомоги, поліпшити якість стаціонарної та спеціалізованої медичної допомоги;
- розробити та забезпечити виконання програм ранньої діагностики та якісного лікування найпоширеніших небезпечних захворювань;
- розвивати перинатальні центри з відділеннями перинатальної діагностики, реанімації та інтенсивної терапії;
- поширити практику надання медико-генетичних консультацій;
- впровадити нові методи лікування безпліддя; розвивати систему медичного обслуговування сімейними лікарями;
- запровадити механізм участі недержавних організацій та представників громадськості в реформуванні та розвитку системи охорони здоров'я;
- зміцнити державні гарантії щодо охорони материнства і дитинства, розвиток медичних технологій, які забезпечують поліпшення репродуктивного здоров'я населення та збереження здоров'я дітей;
- створити оптимальну мережу закладів планування сім'ї, забезпечити доступність медичних послуг, спрямованих на збереження репродуктивного здоров'я;
- поліпшити якість надання медичної допомоги сільському населенню;
- підвищити рівень охоплення населення імунізацією та проведення лікувально-профілактичних і протиепідемічних заходів;
- створити умови праці, які сприяють творчому розвитку працівників, збереженню їхнього фізичного та психічного здоров'я;

– впровадити на виробництві зі шкідливими умовами праці новітні технології, які усунуть або зменшать негативний вплив таких умов на стан здоров'я працівників;

– забезпечити координацію роботи органів виконавчої влади і громадських організацій, які здійснюють нагляд за умовами праці;

– створити умови для відновлення здоров'я працівників, передусім зайнятих на важких роботах і на роботах зі шкідливими і небезпечними умовами праці;

– реформувати систему оздоровчих і рекреаційних закладів, забезпечити доступність послуг, що ними надаються, для широких верств населення;

– відновити систему медичного та санаторно-курортного обслуговування;

– привести санітарні норми та нормативи екологічної безпеки у відповідність із міжнародними стандартами, а також посилити контроль за їх дотриманням;

– удосконалити механізм відшкодування збитків внаслідок екологічних чинників;

– поліпшити стан існуючих і забезпечити будівництво нових доріг, які б відповідали міжнародним стандартам із безпеки дорожнього руху;

– посилити контроль за відповідністю транспортних засобів вимогам безпеки, охорони праці та екології;

– підвищити рівень безпечності експлуатації об'єктів житлово-комунального призначення, створити умови для безперешкодного доступу до них осіб з обмеженими фізичними можливостями;

– посилити державний та громадський контроль за безпекою продукції, забезпечити реалізацію права споживачів на її належну якість, зокрема, контроль за безпекою для життя і здоров'я людини продуктів харчування, непродовольчих товарів повсякденного вжитку, ліків тощо.

Подолання негативних наслідків старіння населення

Для адаптації українського суспільства до процесу демографічного старіння населення, забезпечення гармонізації соціальних відносин між представниками різних поколінь необхідні:

– формування громадської усвідомленості невідворотності демографічного старіння населення та сприяння його адаптації до цього процесу;

- виховання дітей та молоді в дусі поваги до громадян похилого віку та їх заслуг перед суспільством;
- виховання почуття відповідальності в дітей за долю літніх батьків, підвищення престижу сім'ї, в якій живе кілька поколінь;
- забезпечення економічного благополуччя осіб похилого віку;
- створення умов для реалізації творчого і трудового потенціалу осіб похилого віку;
- забезпечення рівного доступу осіб похилого віку до засобів збереження здоров'я та активного дозвілля;
- удосконалення системи соціального забезпечення осіб похилого віку;
- створення умов для реалізації економічної активності осіб похилого віку;
- розробка та проведення заходів, спрямованих на підвищення тривалості самостійного незалежного життя осіб похилого віку;
- поліпшення координації діяльності міністерств та інших центральних органів виконавчої влади у вирішенні проблем, пов'язаних із життєдіяльністю осіб похилого віку;
- розробка регіональних і галузевих програм поліпшення соціального захисту осіб похилого віку, насамперед ветеранів праці;
- проведення заходів щодо недопущення незаконного обмеження прав працівників, які досягли пенсійного віку;
- налагодження виробництва продуктів харчування, одягу, взуття, предметів особистого користування, спеціальних меблів, предметів побуту, засобів реабілітації, пристосованих для потреб осіб похилого віку;
- забезпечення безперешкодного доступу та комфортності перебування осіб похилого віку на об'єктах житлового та громадського призначення;
- підвищення якості соціальних послуг, що надаються особам, нездатним до самообслуговування у зв'язку з похилим віком;
- удосконалення мережі територіальних центрів соціального обслуговування пенсіонерів та одиноких непрацездатних громадян (реабілітаційні відділення, відділення денного, тимчасового, стаціонарного перебування) і відділень соціальної допомоги вдома самотнім особам похилого віку;

- забезпечення гарантованого рівня та високої якості безоплатної кваліфікованої допомоги, що надається особам похилого віку;
- забезпечення доступності сучасних засобів діагностики, профілактики, лікування та реабілітації для осіб похилого віку з незахищених малозабезпечених верств населення;
- посилення координації діяльності центральних і місцевих органів виконавчої влади, підприємств, установ та організацій із питань захисту та забезпечення реалізації прав осіб похилого віку.

У сучасних українських умовах обмежені державні матеріальні та фінансові ресурси слід спрямувати на вирішення найактуальніших проблем збереження здоров'я і подовження СОТЖ, а це потребує першочергових заходів демополітичного впливу.

Перспективи подовження СОТЖ тісно пов'язані з бажаними зрушеннями у структурі причин смерті та наближенням повікового та нозологічного профілю вимирання населення України до сучасного режиму смертності в розвинутих європейських країнах. Йдеться, по-перше, про скорочення смертності та послаблення внеску захворювань екзогенної етіології, насамперед серед населення молодого працездатного віку. По-друге, витіснення серцево-судинних та онкологічних смертей у більш пізні вікові групи, навіть за умови збереження існуючого рівня смертності, дасть змогу помітно підвищити тривалість життя населення.

При цьому слід виходити з того, що ніде у світі зниження смертності і зростання тривалості життя не відбуваються самі по собі. У підвищенні СОТЖ країни Заходу досягли успіхів завдяки мобілізації величезних матеріальних ресурсів, включаючи витрати на охорону здоров'я, на охорону довкілля, пропаганду ЗСЖ, розвиток наукових досліджень; водночас, ці країни істотно переглянули законодавчі акти, пов'язані з охороною здоров'я. Крім того, різко підвищилась активність самого населення, спрямована на оздоровлення способу життя та довкілля, змінилася масова поведінка людей, яка впливає на збереження їхнього здоров'я. У результаті змінився весь соціальний клімат щодо повсякденного життя людей. І доти, доки подібні зміни соціального клімату не відбудуться в нашій країні, Україна не зможе відповісти на грізний виклик смертності.

Поліпшення стану здоров'я населення

Вивчення тенденцій та закономірностей захворюваності населення є важливою складовою вирішення і планування стратегічних завдань розвитку як галузі охорони здоров'я, так і держави в цілому. Показники захворюваності населення – загальної, дитячого населення, населення працездатного віку і старших вікових груп, інфекційної, професійної, травматизму, захворюваності на особливо небезпечні соціальні хвороби – підлягають динамічному спостереженню. Показники інвалідності та захворюваності з тимчасовою втратою працездатності мають особливе соціально-економічне значення, причини зростання яких потребують постійного вивчення.

Конституція України визначає людину, її життя та здоров'я, найвищою соціальною цінністю. Кожна людина має право на життя і здоров'я і, визнаючи це, держава забезпечує її захист, у т.ч. через охорону здоров'я – «систему заходів, спрямованих на забезпечення збереження і розвитку фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості життя». Цей же закон визначає спільну відповідальність суспільства і держави за рівень громадського здоров'я, розглядаючи охорону здоров'я як комплекс міжгалузевих дій, що забезпечують здорові й безпечні умови життя (що включає в себе підтримання необхідного для здоров'я життєвого рівня населення, забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя, сприятливих умов праці, навчання, побуту і відпочинку, сприяння ЗСЖ), надання лікувально-профілактичної допомоги тощо. Однак у сучасному українському суспільстві традиційно існує уявлення, що піклування про охорону здоров'я покладається на державу, а практично – виключно на галузь охорони здоров'я.

Важливим чинником формування здоров'я населення *працездатного віку* є умови і характер праці зайнятого населення. У сучасний період ситуація на ринку праці та характер трудової діяльності значно змінилися, але структура зайнятості населення України відзначається підвищеною часткою у трудомістких і низькопродуктивних галузях економіки, концентрацією в межах переважно фізичної праці, у т.ч. некваліфікованої. Приватні підприємці в пошуках надприбутків найчастіше не зацікавлені у

відновленні здоров'я та працездатності своїх працівників, внаслідок чого соціальні гарантії у сфері праці, гарантовані законодавчо (надання та оплата відпустки, листка непрацездатності тощо), не надаються належним чином. Замість посилення турботи про здоров'я в умовах трудової конкуренції страх втратити робоче місце та пошуки заробітків привели до вимушеної надмірної самоексплуатації працівників і зменшення частоти звертань по медичну допомогу. Нині значна частина хворих випадає з поля зору медицини, що сприяє хронізації численних соматичних захворювань, розвитку запущених форм хвороб.

Умови праці є важливим чинником формування здоров'я працюючого населення. Нині в Україні третина зайнятих у сфері матеріального виробництва працює у шкідливих санітарно-гігієнічних умовах. Несприятливі умови праці можуть як безпосередньо викликати професійну захворюваність і зумовити втрату працездатності, так і поглибити й загострити розвиток різних патологій, сприяти хронізації захворювань. Наслідками професійних захворювань часто буває стійка і тимчасова втрата працездатності. Смертельні нещасні випадки і виробничий травматизм найчастіше трапляються у вугільній промисловості. Зниження частоти випадків профзахворювань останніми роками обумовлене погіршенням медичного обслуговування, низьким рівнем діагностики професійних хвороб. В Україні загалом помітно знижуються показники медичної допомоги на промислових підприємствах (кількість медико-санітарних частин, стаціонарів, чисельність лікарів).

Здоров'я населення залежить від соціальних, економічних, політичних умов і стану навколишнього середовища. Це особливо актуально для людей похилого віку, допомога яким виходить за межі поняття «хвороба» і передбачає забезпечення людини усіма благами, спрямованими на повноцінне використання нею своїх функціональних можливостей, підтримку здоров'я та досягнення активного довголіття.

Особливості вікозалежної патології необхідно враховувати при плануванні та організації медичної та медико-соціальної допомоги, а також заходів щодо підвищення якості життя населення непрацездатного віку.

Особливостями стану здоров'я осіб літнього і старечого віку є: інволютивні морфологічні зміни різних органів і систем, поліморбідність (множинність патології), «хвороби старості», атипівість клінічних проявів

захворювань, переважно хронічний їх перебіг. У 80–86% осіб старшого віку є хронічні захворювання.

З огляду на це організація геріатричної служби як одного з основних розділів загальної терапевтичної допомоги населенню є конкретним завданням органів охорони здоров'я, а знання геріатрії як науки про хвороби в людей похилого віку – обов'язковим для лікарів і середніх медичних працівників більшості клінічних спеціальностей.

Враховуючи поступове збільшення прошарку населення похилого віку в Україні та погіршення загального стану здоров'я цих осіб, особливого значення набувають заходи щодо поліпшення медико-соціального забезпечення цієї категорії населення на державному та регіональному рівнях.

Необхідна спеціальна комплексна програма. Основні заходи програми мають бути спрямовані на поліпшення стану здоров'я населення похилого віку, перегляд нормативів забезпечення його медичною і соціальною допомогою з урахуванням потреб цієї категорії населення, розширення інфраструктури служб і обсягів допомоги, підготовку висококваліфікованих кадрів, забезпечення чіткої координації, етапності та взаємозв'язку проведення медико-соціальних заходів. Загальна стратегія забезпечення здоров'я у старості повинна складатися з трьох основних взаємозалежних компонентів: заходи на індивідуальному (особистому) рівні; заходи охорони здоров'я на галузевому рівні; заходи на державному та регіональному рівнях.

Погіршення стану здоров'я різних вікових груп населення та на окремих територіях є наслідком не тільки кризового становища в охороні здоров'я, а передусім віддзеркаленням соціально-економічної ситуації в країні, негативних проявів способу життя населення та агресивності чинників навколишнього середовища, насамперед катастрофічного погіршення стану екології та якості продуктів харчування.

Негативні зміни найбільшою мірою стосуються саме дорослого населення, у т.ч. населення працездатного віку. Представники саме цих вікових груп є головними суб'єктами суспільних перетворень у країні та зазнають найбільш значного впливу на свій соціально-економічний стан за останні роки. Тенденції знецінення робочої сили, особливо в бюджетних галузях, низького рівня соціальної захищеності працюючого населення, відсутність зацікавленості роботодавців у кращому здоров'ї та відновленні

працездатності своїх співробітників приводять до низького рівня доходів населення в цілому та зумовлюють підвищений ризик розвитку хронічної патології.

Пріоритетними проблемами щодо проведення заходів на програмно-цільовій основі серед осіб працездатного віку є хвороби системи кровообігу, рівень захворюваності на які за останнє десятиріччя підвищився на 69,8%. Ці хвороби є єдиним класом хвороб зі зростанням показників по всіх адміністративних територіях України.

Вирішення проблеми лежить у площині удосконалення організаційного та нормативно-правового механізмів збереження і зміцнення здоров'я людей, у розробці комплексу заходів, які включають впровадження системи моніторингу стану здоров'я дорослого населення України в розрізі регіонів і створення умов для ЗСЖ органами виконавчої влади та місцевого самоврядування; формування соціальної та особистісної мотивації до збереження та зміцнення здоров'я, проведення фундаментальних і прикладних наукових досліджень у сфері збереження та відновлення здоров'я населення з обов'язковим широким впровадженням їх результатів у практику охорони здоров'я.

5.2. Напрями оптимізації фінансово-економічного механізму державного регулювання галузі охорони здоров'я населення

Проведений аналіз свідчить про те, що державне регулювання ціноутворення на лікарські засоби за кордоном так чи інакше здійснюється у всіх розвинених країнах, а сутність і форми державного впливу на процеси ціноутворення залежать від соціально-економічного стану країни та багатьох інших факторів.

Аналіз світового досвіду показав, що серед основних методів регулювання цін можна виділити наступні:

- встановлення максимального рівня ціни;
- встановлення граничного рівня торговельних надбавок, а саме встановлення їх фіксованого розміру або формування диференційованої шкали;
- обмеження ціни граничною надбавкою до вартості існуючого аналога на нові лікарські засоби;

- включення лікарських засобів до переліку, які відпускаються безкоштовно або за умови зниження на них цін;
- встановлення цін на лікарські засоби на основі співвідношення цін на даний препарат або його аналогів в інших країнах;
- ведення переговорів уповноважених органів державного управління у сфері охорони здоров'я та виробників щодо рівня цін та прогнозованих доходів населення;
- регулювання розмірів прибутку виробників лікарських засобів.

У більшості країн звичайною практикою є пряме та/або непряме державне регулювання цін на лікарські засоби. У ряді країн (США, Німеччина, Велика Британія, Данія) діє переважно вільне ціноутворення, за якого основний вплив на формування ціни на ліки формується на основі співвідношення між попитом та пропозицією. Державні органи цих країн лише точково впливають на рівень цін (контроль над доходами фармацевтичних виробників, встановлення еталонних (контрольних, референтних) цін, впровадження програм відшкодування витрат на рецептурні препарати тощо). У таких країнах, як Франція, Італія, Бельгія, Японія, Індія та Китай, рівень цін на лікарські засоби жорстко регламентується і контролюється державою.

Однак у переважній більшості країн не існує цілком вільного або цілком регульованого ціноутворення. Як правило, застосовується змішана система – поєднання регульованих державою й вільно призначених цін. Так, у країнах з переважно вільним ціноутворенням у деяких сегментах ринку або в процесі впровадження деяких програм ціни регулюються державою: у Німеччині це належить до оптово-роздрібної реалізації; у Великій Британії регламентується рівень доходів компаній, які виробляють принципово нові (патентовані) препарати; у США здійснення федеральних програм щодо забезпечення ліками відбувається під пильним контролем органів державної влади. Водночас у країнах із жорстким державним контролем цін на лікарські засоби вільне ціноутворення поширюється на ліки, вартість яких не підлягає відшкодуванню із суспільних фондів (наприклад, у Франції, Швеції, Японії, Іспанії).

У більшості країн регулюванню підлягають ціни на лікарські засоби (як правило, рецептурні), вартість яких відшкодовується за рахунок бюджетних коштів або фондів медичного страхування з метою здійснення контролю над

витратами на соціальне забезпечення. Ці показники найнижчі в Італії, Данії, Бельгії та Фінляндії – у всіх цих країнах витрати на лікарське забезпечення населення становлять менше 50%. В Ірландії та Люксембургу ця цифра перевищує 80%. Ціноутворення безрецептурних препаратів, вартість яких не відшкодовується системою соціального страхування, зазвичай не підлягає контролю з боку держави.

Серед існуючих методів регулювання ціни найбільш поширеним є реєстрація цін (Японія, Франція, Іспанія, Швеція, Бельгія, Індія) та еталонне ціноутворення (Німеччина, Данія, Норвегія, Нідерланди).

Згідно зі світовою практикою, ціна на лікарські засоби, що відшкодовуються, встановлюється законом або іншим актом державного регулювання. Усі методи засновані на встановленні ціни, за якою держава відшкодовує вартість лікарських засобів окремим категоріям населення та аптекам при їх відпуску. Списки препаратів з їх міжнародною та/або торговою назвою поділяються на позитивні – списки лікарських засобів, які підлягають реімбурсації, та негативні – засоби з низькою або сумнівною терапевтичною ефективністю, вартість яких не відшкодовується. Також у кожній державі існує своя технічна система обігу рецептів та відшкодування, однак, як правило, компенсація відбувається в момент здійснення покупки препарату – пацієнт або сплачує лише частину вартості, або отримує його безкоштовно. Аптека, у свою чергу, несе відповідальність за процедуру відпуску лікарських засобів пацієнтові відповідно до чинних регуляторних та законодавчих норм та отримує компенсаційні кошти зі спеціальних фондів.

Отримані дані дослідження, які ґрунтуються на вивченні світового досвіду, дозволяють стверджувати, що для України оптимальним варіантом державного регулювання цін може стати створення відповідної системи, яка б не порушувала механізми ринкового регулювання та забезпечила системний підхід до формування ціни для збалансування попиту та пропозиції. Державне регулювання цін на лікарські засоби має бути нерозривно пов'язаним із використанням системи реімбурсації (повне чи часткове відшкодування вартості).

Запровадження оптимальної моделі державного регулювання ціноутворення та системи відшкодування в Україні потребує визначення наукових та технологічних пріоритетів у цій сфері, які ґрунтуються на даних

середньо- та довгострокового прогнозів медико-демографічних процесів та прогнозу технологічного розвитку фармацевтичної галузі.

Державне регулювання цін на лікарські засоби і виробу медичного призначення сьогодні полягає, насамперед, у встановленні максимально допустимих розмірів надбавок на ціни зазначеної продукції під час здійснення оптової та роздрібною торгівлі нею.

Встановлено можливі ризики при запровадженні системи реімбурсації: збільшення документообігу для отримання компенсації від уповноважених органів, ускладнення бухгалтерського обліку та на певний час можливий нормативно-законодавчий «вакуум», можливі затримки платежів з фондів, що будуть відшкодовувати вартість лікарських засобів.

Встановлено, що вартість лікарських засобів є важливим фактором їх доступності населенню. Способами її підвищення є підвищення рівня бюджетного фінансування, відшкодування затрат через страхові механізми, стимулювання споживання генериків, відповідна закупівельна практика, розвиток конкуренції та отримання знижок від виробників, механізми регулювання імпорту.

Дослідженням встановлено, що перші отримані результати пілотного проекту дозволяють стверджувати, що механізм його запровадження впливає на визначення справедливої ціни на лікарські засоби, що виключає вплив маркетингових витрат, пов'язаних з брендowanими ліками, а також диференціації кількості діючої речовини і номера в упаковці, при якому буде стимулюватися підвищення цінової доступності ліків; дозволяє максимально можливо забезпечити соціально незахищені верстви населення сучасними генеричними препаратами за справедливими цінами та сформувати надійну, просту й ефективну систему державного контролю та регулювання цін на лікарські засоби.

Результати дослідження у частині аналізу фінансування державних цільових програм засвідчили, що забезпечення виконання показників охоплення щепленнями потребує розробки перспективного плану стабільного фінансування національної програми імунізації; забезпечення потреби закладів охорони здоров'я в імунобіологічних препаратах для вакцинації, насамперед дитячого населення, безперебійне та ритмічне їх постачання в регіони.

При здійсненні закупівель за державні кошти для забезпечення виконання заходів державних програм та централізованих заходів охорони здоров'я використовується програмно-цільовий підхід.

Фінансування виконання бюджетних програм (державних цільових програм і комплексних заходів програмного характеру) поступово щорічно поліпшується. Однак динаміка збільшення обсягів державного фінансування поки що не дозволяє на сьогодні у повній мірі задовольнити зростаючу потребу закладів охорони здоров'я регіонів країни у необхідних лікарських засобах і виробках медичного призначення. При річній потребі у лікарських засобах і виробках медичного призначення у 5,8 млрд грн, обсяг передбаченого бюджетного фінансування у 2,3 млрд грн дозволяє покрити потребу закладів охорони здоров'я не більше, ніж на 40%.

Встановлено, що потребує розширення перелік номенклатури лікарських засобів, яка має розроблятися на підставі обґрунтованої потреби відповідно до клінічних протоколів (стандартів) лікування, нозологічних структур, фармакоекономіки, спиратися на дані офіційної статистики у регіонах, враховувати пріоритетність основних базових препаратів, удосконалення процедури розподілу в областях необхідних ліків відповідно до потреб кожного регіону; забезпечення їх вчасних поставок.

З метою підвищення якості здійснення централізованих закупівель, як на центральному, так і регіональних рівнях, необхідне максимальне забезпечення потреби у лікарських засобах; забезпечення формування конкурентного середовища у сфері державних закупівель; збільшення обсягів закупівель; контроль рівня забезпечення потреб регіонів у препаратах, здійснення процедур закупівель на засадах відкритості, прозорості, збільшення частки участі національних виробників, залучення до участі у робочих групах представників громадських організацій, провідних фахівців галузі, приділення уваги якості закуплених препаратів поряд зі зниженням їх вартості, запобігання корупційним діям і зловживанням.

Дані дослідження дозволяють стверджувати, що одним із засобів підвищення ефективності здійснення закупівель могла б виступати їх централізація, головними перевагами якої вважаються більш вигідна ціна, економія грошових, часових та адміністративних ресурсів, встановлення єдиних стандартів якості, професіоналізм, контроль та прозорість процесу закупівлі. Потребує зміцнення підготовка і планування закупівель,

наприклад, навчання особливостям планування закупівель, поліпшення прогнозування потреб, створення бази даних цін та інформаційних матеріалів з питань ціноутворення, впровадження концепцій ланцюжків постачання та логістики, розвиток інструментів для формулювання технічних вимог.

Потребують впровадження більш досконалі методи оцінки конкурсних пропозицій, таких як вартісний аналіз життєвого циклу товару чи послуги, який дозволяє визначити справжню вартість, відносну продуктивність і якість цінових заявок на основі порівняльного аналізу замість подальшого застосування у всіх випадках більш поверхового підходу на основі низької ціни під час розгляду пропозицій.

Стратегічна роль закупівельної системи у розвитку системи охорони здоров'я України потребує націленості на досягнення результатів, надання послуг та продуктивність, відкриває шлях для усвідомлення та виконання стратегічної ролі закупівельної системи щодо досягнення потужного, більш належного управління, соціальної відповідальності і сталого розвитку України.

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження дало можливість з'ясувати, що державне управління сферою охорони здоров'я полягає в обґрунтуванні державної політики в галузі охорони здоров'я, формуванні та реалізації стратегій, спрямованих на збереження та зміцнення здоров'я нації. Об'єктом державного управління у сфері охорони здоров'я є здоров'я населення, фактори ризику, що на нього впливають, і заходи, спрямовані на його збереження та зміцнення.

Стратегічним напрямками розвитку сфери охорони здоров'я є:

- проведення соціально-економічних реформ, спрямованих на підвищення якості життя людей;
- забезпечення ефективної охорони навколишнього середовища і дотримання техніки безпеки на всіх видах виробництва;
- формування здорового способу життя, створення умов для забезпечення збалансованого харчування, здорового житла, активного відпочинку, занять фізичною культурою і спортом;
- проведення активної демографічної політики, спрямованої на підвищення народжуваності і зниження смертності, збереження і зміцнення репродуктивного здоров'я населення, підтримка молоді і молодих сімей, соціальний захист інвалідів та людей похилого віку;
- забезпечення доступності кваліфікованої медичної допомоги усім верствам населення шляхом законодавчого визначення гарантованого рівня безоплатної медичної допомоги за рахунок державного бюджету і фонду державного соціального медичного страхування, запровадження принципу вільного вибору лікаря і медичного закладу;
- удосконалення організації медичної допомоги на основі пріоритетного розвитку ПМСД на засадах сімейної медицини, ліквідація диспропорцій у розвитку різних видів медичної допомоги, раціоналізація спеціалізованої та стаціонарної допомоги, упорядкування мережі і структури закладів охорони здоров'я;
- підвищення якості медичної допомоги на основі впровадження ефективних медичних технологій і стандартів якості медичної допомоги, ліцензування та атестації лікарів, акредитації медичних закладів;

– удосконалення фінансування охорони здоров'я шляхом запровадження системи багатоканального фінансування, основою якого має бути державний бюджет і загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування, узгоджене з податковою системою;

– встановлення оплати праці медичних працівників відповідно до їхньої кваліфікації, обсягів, якості та ефективності роботи на рівні, не нижчому, ніж у працівників промисловості;

– удосконалення правової бази охорони здоров'я, спрямованої на забезпечення прав людини і справедливості в отриманні медичної допомоги, широкої інтеграції України у світову та європейську співдружність;

– організація системи юридичного та соціального захисту прав пацієнтів і медичних працівників;

– створення сучасної системи інформаційного забезпечення охорони здоров'я і вдосконалення управління галуззю на державному, регіональному та місцевому рівнях із залученням медичної і широкої громадськості.

Суб'єктами державного управління сферою охорони здоров'я мають бути:

- Верховна Рада і Президент України, відповідальні за формування нормативно-правової бази охорони здоров'я;

- Кабінет Міністрів України, відповідальний за реалізацію стратегій у сфері охорони здоров'я, фінансове, кадрове і матеріально-технічне забезпечення галузі;

- Міністерство охорони здоров'я України, місцеві органи управління охороною здоров'я, медичні заклади, відповідальні за забезпечення доступної, якісної та ефективної медичної допомоги, профілактику захворювань, лікування та реабілітацію хворих;

- міністерства та відомства України, установи, підприємства та організації, профспілки і громадські товариства, відповідальні за створення безпечних і гігієнічних умов праці та побуту, забезпечення раціонального харчування і здорового способу життя, активного культурного відпочинку і занять фізкультурою та спортом;

- прокуратура та інші правоохоронні і контролюючі органи, відповідальні за нагляд і контроль за дотриманням встановлених законом норм і правил у сфері охорони здоров'я.

В Україні склалася несприятлива медико-демографічна ситуація та незадовільний стан здоров'я населення. У зв'язку з цим різними органами влади затверджено програми, спрямовані на поліпшення здоров'я населення. Протягом останніх 10 років їх було 58.

Останнім часом медико-демографічна ситуація трохи поліпшилася, у т.ч. за рахунок прийнятих державою програм. Зокрема, народжуваність зросла на 26,6%, загальна смертність знизилася на 10,0%, смертність немовлят – на 10,5%. Зменшення смертності відбулося за рахунок зниження рівня смертності від інфекційних та паразитарних хвороб, хвороб системи кровообігу, хвороб органів травлення, хвороб органів дихання, зовнішніх дій.

Однак глибинні демографічні процеси ще залишилися негативними. Чисельність населення за останні 10 років знизилася більше ніж на 2 млн осіб, у містах – на 767,9 тис., у селах – на 1 млн 301 тис. Але темп зменшення чисельності в 2004–2008 рр. був вдвічі вищим (2,6%), ніж у 2009–2013 рр. – 1,2%, у містах – 1,5% і 0,7%, у селах – 5,0% і 2,6%.

Природний приріст населення (співвідношення числа народжених і кількості померлих осіб) протягом останніх 10 років був від'ємним – 3,1‰, у містах – 2,2‰, у селах – 5,1‰. Хоча відбулося досить суттєве його зниження – на 51,6%, у містах – на 55,1%, у селах – на 46,3%.

Від'ємний природний приріст обумовив вікову структуру населення. У 2012 р. питома вага дітей становила 15,3%, осіб працездатного віку – 59,8%, післяпрацездатного віку – 24,8%, тобто Україна віднесена до країн із старим населенням. Україна увійшла до списку країн із високим рівнем постаріння населення: за часткою осіб віком 60 років і старше вона завершила список 25 найстаріших країн світу.

Рівень народжуваності за останнє 10-річчя зріс на 26,6%. На цей процес вплинуло збільшення матеріальної допомоги матерям, які народили дитину. Число народжених збільшилося на 93,4 тис., у містах – на 57,2 тис., у селах – на 36,2 тис. За коефіцієнтом народжуваності більш виражене збільшення спостерігалось в сільській місцевості – 35,5%, проти 26,1% – в містах.

Найсерйознішою проблемою в Україні став високий рівень смертності населення. Незважаючи на позитивну динаміку загального коефіцієнта смертності за останні п'ять років, він є одним із найвищих в Європі. За розрахунками, у 2008–2012 рр. кількість померлих в Україні залежала на 55% від структурних факторів, на 45% – від соціально-економічних.

Смертність дітей віком до 1 року мала сталу тенденцію до зниження, починаючи з 2000 р. (за винятком 2005 р. і 2007 р., коли цей показник підвищився). Але ці досягнення були не настільки відчутними. Зафіксований в Україні у 2012 р. рівень смертності немовлят досі залишається приблизно в 2–3 рази вищим, ніж у багатьох розвинутих країнах світу.

Позитивною динамікою відзначалася смертність населення працездатного та післяпрацездатного віку як у містах, так і селах. Рівень смертності населення цих вікових контингентів знизився і серед чоловіків, і серед жінок практично у всіх регіонах країни.

Структура смертності за причинами смерті не змінилася протягом останніх десятиліть. Перше місце посіли хвороби системи кровообігу (65,8%), за ними у відповідній послідовності – новоутворення (14,0%), зовнішні причини смерті (6,2%), хвороби органів травлення (4,2%), хвороби органів дихання (2,6%), інфекційні та паразитарні хвороби (2,4%). Смертність від усіх цих причин (за винятком новоутворень) набула тенденції до зниження.

Середня очікувана тривалість життя характеризувалася позитивною динамікою, починаючи з 2008 р. Останній період зростання тривалості життя почався з 2009 р., коли зростання було найбільшим (у чоловіків на 2,1 року, у жінок – на 0,12 року). В наступні роки підвищення тривалості життя продовжувалося, але уповільнилося порівняно з попереднім роком.

За останнє десятиріччя рівень поширеності хвороб серед усього населення зріс на 10,2%, а захворюваності залишився майже на тому ж рівні (-0,1%). Серед населення працездатного віку рівень захворюваності зменшився на 3,5%, а поширеності зріс на 7,0%. Серед населення у віці, старшому за працездатний, захворюваність знизилась на 0,7%, поширеність зросла на 13,6%.

Структуру первинної захворюваності формували хвороби органів дихання (42,2%), хвороби системи кровообігу (7,4%), травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників (6,9%), хвороби сечостатевої системи (6,6%) та хвороби шкіри та підшкірної клітковини (6,0%). За останні п'ять років показники первинної захворюваності достовірно знизилися за розладами психіки та поведінки (на 17,4%), хворобами крові й кровотворних органів та окремими порушення із залученням імунного механізму (на 7,7%), хворобами кістково-м'язової системи та сполучної тканини (на 6,3%), хворобами системи кровообігу (на 4,9%), хворобами органів травлення (на 4,3%).

Структуру поширеності хвороб традиційно формували хвороби системи кровообігу (31,5%), хвороби органів дихання (19,2%), хвороби

органів травлення (9,7%), хвороби сечостатевої системи (5,4%), хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (5,4%). Показник поширеності хвороб був більш стабільним, ніж захворюваності, оскільки характеризував накопичення як гострих, так і хронічних хвороб серед населення. Це показник зріс за класом новоутворень (+10,5%), ендокринних хвороб, розладів харчування та порушення обміну речовин (+8,1%), хвороб системи кровообігу (+5,5%).

Структура захворюваності населення працездатного віку різнилася від структури серед усього населення тим, що частка хвороб органів дихання, які також посіли перше місце, була меншою (34,7%), на другому місці – хвороби сечостатевої системи (9,6%), на третьому – травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників (8,5%) і лише на четвертому – хвороби системи кровообігу (7,0%), на п'ятому – хвороби шкіри та підшкірної клітковини (6,6%).

Структуру поширеності хвороб серед населення працездатного віку становили хвороби системи кровообігу (24,1%), хвороби органів дихання (17,7%), хвороби органів травлення (10,8%), хвороби сечостатевої системи (7,8%), хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (5,5%). Динаміка показників поширеності хвороб за останнє п'ятиріччя була мінливою і характеризувалася то незначним зменшенням, то незначним збільшенням.

Структуру захворюваності населення у віці, старшому за працездатний, формували хвороби органів дихання (23,2%), хвороби системи кровообігу (20,0%), хвороби ока та його придатного апарату (9,1%), хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (7,5%), травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників (7,2%). У структурі поширеності хвороб домінували хвороби системи кровообігу (52,1%), хвороби органів травлення (9,6%), хвороби органів дихання (7,7%), хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (6,0%), хвороби ока та його придаткового апарату (5,3%). Найбільше змінився показник захворюваності на хвороби органів дихання (зниження на 6,6%), хвороби системи кровообігу (на 6,6%), хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (на 5,0%). Показники поширеності за всіма хворобами мали стійку тенденцію до зростання.

Аналіз чинного законодавства доводить, що сучасна нормативно-правова база охорони здоров'я в цілому формується відповідно до принципів державної

політики охорони здоров'я, визначених Конституцією України, Основами законодавства про охорону здоров'я та іншими прийнятими відповідно до них актами законодавства, що регулюють суспільні відносини у сфері охорони здоров'я. Проте, без належного правового регулювання залишаються питання:

- впровадження сучасних механізмів ефективного та раціонального використання кадрових, фінансових і матеріально-технічних ресурсів галузі;
- створення дієвої системи управління якістю медичної допомоги з урахуванням міжнародного досвіду;
- забезпечення участі представників медичної громадськості та пацієнтів в реалізації заходів з реформування галузі;
- сприяння розвитку професійного лікарського самоврядування;
- внесення змін до законодавства спрямованих на оновлення форм та методів мотивації, стимулювання та заохочення медичних працівників;
- впровадження страхових механізмів відшкодування шкоди завданої внаслідок лікарської помилки;
- вдосконалення нормативного регулювання вимог професійної етики медичних працівників, підстав та процедури притягнення до відповідальності за її порушення;
- удосконалення механізму позасудового захисту прав пацієнтів;
- впровадження постійного моніторингу громадської думки стосовно процесів та результатів реформування галузі, відстеження негативних наслідків перетворень та оперативне реагування на них;

Належному нормативно-правовому врегулюванню зазначених питань сприятиме розроблення і подання на розгляд Верховної Ради України законопроектів «Про лікарське самоврядування», «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування», «Про заклади охорони здоров'я та медичне обслуговування», а також розробка та затвердження Кабінетом Міністрів України, центральними та місцевими органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування низки підзаконних нормативно-правових актів спрямованих на реалізацію положень визначених Законами України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги», «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві».

Державне управління охороною здоров'я України

Монографія

Авторський колектив

Лазоришинець В.В., Слабкий Г.О., Ярош Н.П., Чепелевська Л.А.,
Шевченко М.В., Ціборовський О.М., Істомин С. В., Кондратюк Н.Ю.,
Кучеренко Н.Т.

Шумило О.В., Ратаніна О.М. – літературні редактори
Степанова І.І. – технічний редактор

Наклад – 400 примірників