

**Результати діяльності галузі  
охорони здоров'я України:  
2013 рік**

Київ – 2014



## ЗМІСТ

Перелік скорочень.....	4
Вступ .....	5
<b>1. ДЕМОГРАФІЧНА СИТУАЦІЯ ТА СТАН ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ.....</b>	<b>6</b>
1.1. Сучасна медико-демографічна ситуація в Україні.....	6
1.2. Характеристика стану здоров'я населення України .....	15
<b>2. РЕАЛІЗАЦІЯ ПРОГРАМИ ЕКОНОМІЧНИХ РЕФОРМ НА 2010-2014 РОКИ «ЗАМОЖНЕ СУСПІЛЬСТВО, КОНКУРЕНТОСПРОМОЖНА ЕКОНОМІКА, ЕФЕКТИВНА ДЕРЖАВА».....</b>	<b>20</b>
2.1. Виконання завдань розділу III «Реформа медичного обслуговування» Національного плану дій на 2013 рік щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» .....	20
2.2. Стан реалізації пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я у Дніпропетровській області.....	20
2.3. Стан реалізації пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я у Донецькій області .....	31
2.4. Стан реалізації пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій області .....	40
2.5. Стан реалізації пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я у м. Києві.....	45
<b>3. ОСНОВНІ ПОКАЗНИКИ ДІЯЛЬНОСТІ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я .....</b>	<b>51</b>
3.1. Фінансово-економічна діяльність.....	51
3.2. Основні аспекти кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я та підготовки медичних та фармацевтичних кадрів .....	54
3.3. Законопроектна робота .....	60
3.4. Основні аспекти правової роботи .....	62
3.5. Організаційні аспекти діяльності служби охорони здоров'я матері і дитини .....	67
3.6. Організація надання медичної допомоги населенню .....	75
3.7. Сучасний стан надання вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги населенню.....	77
3.8. Сучасний стан надання кардіохірургічної допомоги хворим із серцево-судинними захворюваннями в Україні .....	91
3.9. Результати діяльності за напрямком протидії соціально небезпечним хворобам.....	95
3.10. Громадське здоров'я населення України.....	101
3.11. Забезпечення контролю якості медичних послуг. Ліцензування та акредитація .....	105
3.12. Міжнародна діяльність.....	115
3.13. Оцінка діяльності закладів, що віднесені до сфери управління МОЗ України (за результатами аудиторських досліджень, проведених відділом внутрішнього аудиту) .....	117
3.14. Аналіз звернень громадян, які надійшли до МОЗ України .....	123
3.15. Щодо організації розробки та впровадження проекту реформування системи охорони здоров'я України за рахунок гранту та інвестиційної позики Світового банку Світовий банк .....	123
<b>4. ПІДСУМКИ ДІЯЛЬНОСТІ ДЕРЖАВНОЇ САНІТАРНО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ УКРАЇНИ.....</b>	<b>126</b>
<b>5. РЕЗУЛЬТАТИ ДІЯЛЬНОСТІ ДЕРЖАВНОЇ СЛУЖБИ УКРАЇНИ З ЛІКАРСЬКИХ .....</b>	<b>153</b>
<b>6. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА ЗДІЙСНЕННЯ ДЕРЖАВНИХ ЗАКУПІВЕЛЬ.....</b>	<b>166</b>

## ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ

АЕС	– атомна електростанція
АІДС	– автоматизована інформаційно-диспетчерська система
АРТ	– антиретровірусна терапія
ВГА	– вірусний гепатит А
ВГВ	– вірусний гепатит В
ВІЛ	– вірус імунодефіциту людини
ВМД	– вторинна медична допомога
ВООЗ	– Всесвітня організація охорони здоров'я
ВРУ	– Верховна Рада України
ГКІ	– гострі кишкові інфекції
ГРВІ	– гостра респіраторна вірусна інфекція
ГУОЗ	– Головне управління охорони здоров'я
ДСС	– дворічна угода про співпрацю
ДЦП	– дитячий церебральний параліч
ЕМД	– екстрена медична допомога
ЄРБ	– Європейське регіональне бюро ВООЗ
ЄС	– Європейський союз, до якого входять 27 країн Європи
ЗП/СМ	– загальна практика/сімейна медицина
ЗПТ	– замісна підтримувальна терапія
КДЦ	– консультативно-діагностичний центр
КЕКВ	– код економічної класифікації видатків
КМДА	– Київська міська державна адміністрація
МОЗ	– Міністерство охорони здоров'я
ООН	– Організація Об'єднаних Націй
ПМД	– первинна медична (медико-санітарна) допомога
РАВ	– радіоактивні відходи
РКБТ	– рамкова конвенція із боротьби проти тютюну
СІН	– споживачі ін'єкційних наркотиків
СНД	– співдружність незалежних держав
СНІД	– синдром набутого імунодефіциту
СОТ	– Світова організація торгівлі
ТБ	– туберкульоз
ФАП	– фельдшерсько-акушерський пункт
ФІР	– Фонд інституційного розвитку
ФН	– Фонд народонаселення
ЦПМСД	– центр первинної медико-санітарної допомоги
ЧПМД	– частота передачі від матері до дитини
ЮНЕЙДС	– Об'єднана програма ООН з ВІЛ/СНІДу
ЮНІСЕФ	– Дитячий фонд ООН
ЮНФПА	– Фонд народонаселення ООН
GMP	– належна виробнича практика

## ВСТУП

Діяльність Міністерства охорони здоров'я у 2013 р. була спрямована на реалізацію основних завдань Програми економічних реформ на 2010–2014 рр. «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» у сфері охорони здоров'я – підвищення якості та доступності медичних послуг, поліпшення ефективності державного фінансування сфери охорони здоров'я, створення стимулів для здорового способу життя населення й здорових умов праці відповідно до заходів Національного плану дій на 2013 рік та Соціальних ініціатив Президента України В. Януковича.

Президентом України у Щорічному Посланні до Верховної Ради України «Про внутрішнє та зовнішнє становище України в 2013 році» наголошено, що у сучасних умовах перед сферою охорони здоров'я України постали нові завдання зі зміцнення профілактичних служб, підвищення доступності та якості медичного обслуговування. Тому діяльність центрального та регіональних органів виконавчої влади у сфері охорони здоров'я була спрямована на вдосконалення первинної медико-санітарної допомоги, поліпшення кадрового забезпечення, скорочення нерівності та забезпечення справедливості в охороні здоров'я; модернізацію інфраструктури та її адаптації до потреб у наданні допомоги при хронічних неінфекційних хворобах, забезпечення доступу населення до якісних та ефективних лікарських засобів.

Серед пріоритетних напрямів діяльності сфери охорони здоров'я у 2013 р. було продовження формування мережі первинної медичної допомоги на основі нових стандартів; подальша робота над формуванням інституту сімейної медицини і підвищенням кваліфікації сімейних лікарів; підвищення стандартів надання екстреної медичної допомоги; реалізація Національного проекту "Нове життя – нова якість охорони материнства і дитинства"; модернізація медичної допомоги вторинного рівня шляхом визначення закладів для створення багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування з відділеннями екстреної медичної допомоги; формування електронних реєстрів пацієнтів; покращення якості медичної допомоги шляхом розробки та впровадження стандартів медичної допомоги на засадах доказової медицини, насамперед покращення надання медичних послуг вразливим верствам населення – людям похилого віку, інвалідам, дітям; посилення інформаційно-роз'яснювальної роботи за усіма напрямками діяльності Міністерства охорони здоров'я України.

У 2013 році успішно впроваджено пілотний проект щодо державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою, реалізація якого заклала фундамент формування ефективної системи державного регулювання цін на лікарські засоби та системи реімбурсації як сучасних інструментів реалізації конституційних прав громадян на охорону здоров'я і соціальне забезпечення.

Реформа системи охорони здоров'я України здійснюється без відриву від сучасних тенденцій розвитку медичної галузі та з урахуванням практичних рекомендацій європейських колег. Україна підтримує всі напрямки європейської політики «Здоров'я-2020». Цей важливий стратегічний документ допомагає Міністерству охорони здоров'я України заручитися дієвою підтримкою вищого керівництва країни в реалізації реформ, а також максимально активізувати міжсекторальну взаємодію з усіма органами виконавчої влади з метою покращення охорони здоров'я населення.

# 1. ДЕМОГРАФІЧНА СИТУАЦІЯ ТА СТАН ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

## 1.1. Сучасна медико-демографічна ситуація в Україні

### *Динаміка чисельності населення*

Чисельність населення України продовжує зменшуватись. Суспільні перетворення, які відбуваються в Україні, впливають на рівень та умови життя населення і, відповідно, на динаміку його чисельності, склад і процеси відтворення.

На початок 2014 р. чисельність населення України становила 45 439,8 тис. осіб (табл. 1.1.1).

Таблиця 1.1.1

### **Чисельність населення на початок року та її зміни в Україні у 2010–2014 рр.**

Рік	Чисельність наявного населення, тис. осіб			Зміни чисельності населення, 2010 р. = 100%		
	усе населення	міське населення	сільське населення	усе населення	міське населення	сільське населення
2010	45962,9	31524,8	14438,1	100,0	100,0	100,0
2011	45778,5	31441,6	14336,9	99,6	99,7	99,3
2012	45633,6	31380,9	14252,7	99,3	99,5	98,7
2013	45553,0	31378,6	14174,4	99,1	99,5	98,2
2014	45439,8	31353,1	14086,7	98,9	99,5	97,6

За чисельністю населення наша країна стало посідає п'яте місце серед європейських країн та друге місце серед країн СНД (після Росії). Вже більше 20 років в Україні річна чисельність померлих перевищує чисельність народжених. Коефіцієнт відтворення населення в цілому по Україні нижчий за мінімум, необхідний для простого відтворення.

За п'ять останніх років (2010–2014 рр.) чисельність населення України скоротилася на 523,1 тис. осіб, а протягом 2012 р. – на 43,2 тис. осіб (табл. 1.1.2). Коефіцієнт природного убутку населення у 2013 р. в Україні становив 3,6‰.

Таблиця 1.1.2

### **Зміни чисельності населення України за період 2007–2013 рр.\***

Рік	Чисельність наявного населення на початок року, тис. осіб	Загальний приріст (убуток), тис. осіб	У тому числі		
			природний приріст	міграційний приріст	адміністративно- територіальні перетворення
<i>Усе населення</i>					
2007	46646,0	-273,3	-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	-113,2	-160,7	35,2	
2014	45439,8				

Рік	Чисельність наявного населення на початок року, тис. осіб	Загальний приріст (убуток), тис. осіб	У тому числі		
			природний приріст	міграційний приріст	адміністративно-територіальні перетворення
<i>Міське населення</i>					
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	68,0	-
2013	31378,6	-25,5	-82,2	38,7	-
2014	31353,1				
<i>Сільське населення</i>					
2007	14868,6	-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	-6,1	-
2013	14174,4	-87,7	-78,5	-3,5	-
2014	14086,7				

Примітка: \* – джерело: розрахунки за даними Державної служби статистики України.

Міське населення України станом на 01.01.2014 р. налічувало 31 353,6 тис. осіб (69,9%), а сільське – 14 086,4 тис. осіб (31,0%).

У динаміці чисельності населення на регіональному рівні спостерігаються певні відмінності, зумовлені особливостями як природного, так і механічного руху. У першому випадку йдеться про найстаріші в демографічному відношенні Вінницьку, Житомирську та Чернігівську області. В перелічених областях відбуваються інтенсивні депопуляційні процеси. За специфікою динаміки чисельності населення до цієї ж групи відноситься Київська, Одеська, Сумська та Черкаська області.

Найбільшими коефіцієнтами природного зменшення населення характеризуються Чернігівська, Сумська, Полтавська, Черкаська, Луганська, Донецька, Кіровоградська області. У 2012 р. коливання природного убутку в них було від 6,3‰ до 9,9‰. У сільській місцевості названих регіонів показники природного убутку населення були значно вищими і коливалися в межах від 10,9‰ до 20,2‰.

У результаті зростання числа народжень і одночасного скорочення числа померлих зменшується природний убуток населення як по країні в цілому, так і на регіональному рівні. Однак у 2013 р. він зріс до 3,6‰ по Україні.

### **Сучасна вікова структура**

Сучасна вікова піраміда населення України сильно деформована історичними потрясіннями минулого. Якщо б не було цих соціальних катаклізмів, контур піраміди змінювався б поступово: основа піраміди ставала б більш вузькою, її верхня частина – все ширшою; співвідношення чоловічої та жіночої частин піраміди не зазнавало б істотних змін, а її краї залишалися б плавними (рис 1.1.1.).

Головна і найбільш яскрава прикмета змін вікової структури населення України – постаріння населення, яке проявляється в зростанні частки літніх людей і зниженні частки молодих людей. У цілому процес старіння населення в Україні відбувається приблизно так само, як і в інших розвинутих країнах, з тією лише різницею, що через деформованість української вікової піраміди динаміка вікових груп, особливо середніх – 20–60 років – має хвилеподібний характер, чого майже не спостерігається в країнах Західної Європи. При цьому особливістю еволюції вікового складу населення в Україні є те, що в умовах високої смертності дорослих її піраміда старіє тільки «знизу» – внаслідок зниження народжуваності, на відміну від розвинутих країн, де відбувається також старіння «зверху», внаслідок зниження смертності.

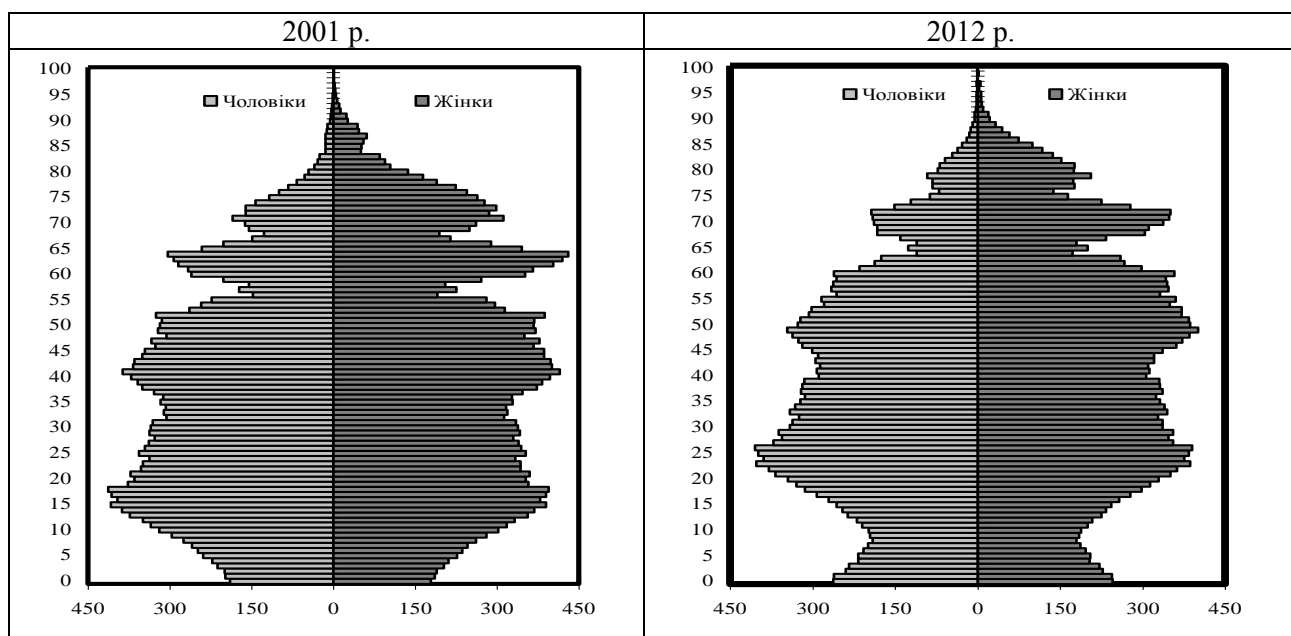


Рис. 1.1.1. Статеві-вікові піраміди населення України у 2001 р. і у 2012 р. (тис. осіб)

### *Динаміка народжуваності населення*

Стрімкі соціально-економічні перетворення в Україні позначаються на формуванні рівня дитородної активності населення і призводять до значних зрушень у народжуваності. Зниження народжуваності і перехід до одностатевості є характерною рисою новітніх демографічних процесів у нашій країні. Низька народжуваність та пов'язане з нею незабезпечення самовідтворення населення є феноменом і основним викликом для багатьох європейських країн. У цьому плані Україна не є винятком. Проте в Україні це поєднується з різким погіршенням здоров'я населення, у т.ч. репродуктивного, високим рівнем смертності, що в розвинутих країнах не спостерігається.

У 2013 р. кількість народжених дітей знизилась на 19,0 тис. порівняно з 2012 р. і на 11,2 тис. порівняно з 2008 р. Загальний коефіцієнт народжуваності населення зменшився: від 11,4‰ у 2012 р. до 11,0‰ у 2013 р., або на 3,5% серед усього населення, на 3,2% – у селах, на 3,7% – у містах (табл. 1.1.3).

За рівнем народжуваності області України розподіляються на три групи: депресивні (з огляду на дитородну активність) переважно східні області, для яких характерні надзвичайно низькі рівні народжуваності, а це не забезпечує відновлення чисельності населення



## Число народжених та загальні коефіцієнти народжуваності в Україні у 2009–2013 рр.

Рік	Число народжених (тис. осіб)				Загальні коефіцієнти народжуваності (%)			
	міські поселення і сільська місцевість	міські поселення	сільська місцевість	міські поселення в % до сільської місцевості	міські поселення і сільська місцевість	міські поселення	сільська місцевість	міські поселення в % до сільської місцевості
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
2013	501,3	328,9	172,4	190,7	11,0	10,5	12,2	85,9
2013 р. у % до 2009 р.	97,8	96,9	99,7	X	99,3	97,1	102,6	X

(Чернігівська, Луганська, Сумська, Черкаська, та Донецька області), західні – з відносно високими показниками народжуваності. Для західного регіону характерні порівняно високі сумарні коефіцієнти народжуваності (1,2–1,6 дитини на одну жінку). Сюди входять території, де ще зберігаються традиції дводітності, які демонструють найменші в Україні показники поширеності абортів, з удвічі нижчою за український рівень часткою позашлюбної народжуваності. До третьої групи належать демографічно старі області центру та півночі, в яких показники народжуваності та відтворення населення знаходяться на рівні середньоукраїнських (табл. 1.1.4).

## Регіональна диференціація рівня народжуваності в Україні у 2011–2012 рр.

Адміністративно-територіальна одиниця	Кількість народжених на 1000 населення					
	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

Адміністративно-територіальна одиниця	Кількість народжених на 1000 населення					
	усе населення		міське населення		сільське населення	
	2012 р.	2011 р.	2012 р.	2011 р.	2012 р.	2011 р.
<i>Область</i>						
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
<b>Україна</b>	<b>11,4</b>	<b>11,0</b>	<b>10,9</b>	<b>10,5</b>	<b>12,6</b>	<b>12,1</b>

Зниження рівня народжуваності, втрата традицій багатодітності – фундаментальна тенденція сучасності. Демографічна ситуація в економічно розвинутих країнах теж характеризується падінням народжуваності до низького рівня, але воно супроводжується значним підвищенням середньої тривалості життя, що стримує депопуляцію, чого немає в Україні.

#### *Динаміка смертності населення*

Демографічною проблемою України є несприятлива смертність населення. Сучасна ситуація зі смертністю неблагополучна як для міського, так і для сільського населення.

За останні п'ять років (2009–2013 рр.) загальний показник смертності в Україні утримується на надто високому, як для європейської країни, рівні – 15,3–14,6‰ (табл. 1.1.5).

Таблиця 1.1.5

#### **Число померлих та загальні коефіцієнти смертності в Україні у 2009–2013 рр.**

Рік	Число померлих (тис. осіб)				Загальні коефіцієнти смертності (‰)			
	міські поселення і сільська місцевість	міські поселення	сільська місцевість	міські поселення в % до сільської місцевості	міські поселення і сільська місцевість	міські поселення	сільська місцевість	міські поселення в % до сільської місцевості
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
2013	662,0	411,1	250,9	163,8	14,6	13,1	17,8	73,8
2013 р. у % до 2009 р.	93,7	95,1	91,4	X	95,1	95,7	94,0	X

Сучасний рівень смертності в Україні має суттєві регіональні відмінності: у 2012 р. величина загального коефіцієнту смертності коливалася від 9,8‰ (м. Київ) до 18,6‰ (Чернігівська обл.). Відносно нижчий рівень загальної смертності спостерігався у західній частині України (11,8–13,8‰), найвищий – у північних областях (16,6–18,6‰). Значною

мірою такі коливання пояснюються дією структурного (вікового) чинника. Так, у західних областях відносно молода вікова структура населення змінює загальний показник смертності у бік зменшення, а в областях зі старою віковою структурою (на півночі і в центрі нашої країни) – у бік підвищення (табл. 1.1.6).

Таблиця 1.1.6

**Регіональна диференціація смертності в Україні у 2011–2012 рр.**

Адміністративно-територіальна одиниця	Кількість померлих на 1000 населення					
	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	х	х
Севастополь	13,7	14,1	13,7	14,2	14,2	12,9
<b>Україна</b>	<b>14,5</b>	<b>14,5</b>	<b>13,1</b>	<b>13,1</b>	<b>17,7</b>	<b>17,7</b>

Відносно сприятливою на загальноукраїнському тлі, як вже зазначалось, є ситуація зі смертністю у західному регіоні, де при нижчій порівняно з іншими територіями інтенсивності вимирання зберігаються більш сприятливі співвідношення смертності чоловіків і жінок, міського та сільського населення. Населення центральних і північних областей, потерпаючи від аномально високого рівня демографічної старості, при відносно сприятливих показниках інтенсивності вимирання порівняно зі сходом та півднем, характеризується найбільшою розбалансованістю загальних і стандартизованих показників смертності. Крім того, на півночі спостерігаються найсуттєвіші диспропорції смертності за статтю.

Одним із найвідчутніших індикаторів суспільно-економічного благополуччя є показник смертності дітей віком до одного року. Хоча Україна має певні успіхи в царині збереження життя новонароджених. Рівень смертності немовлят у 2013р. знизився до 7,9% (у містах – до 7,7%, у селах – до 8,5%), однак він ще не досягнув показників розвинутих європейських країн (табл. 1.1.7).

Таблиця 1.1.7

**Смертність дітей у віці до одного року в Україні у 2008–2013 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	4 512	2 603	1 908	9,0	10,1	7,9
2012	4 371	2 496	1 849	8,5	9,4	7,4
2013	3 984	2 275	1 709	7,9	8,8	7,0
<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	2 763	1 610	1 153	8,2	9,2	7,1
2013	2 518	1 467	1 051	7,7	8,6	6,6
<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	1 700	951	749	9,8	10,7	8,9
2012	1 608	886	722	9,1	9,7	8,4
2013	1 465	807	658	8,5	9,1	7,8

Смертність дітей віком 1–15 років вигідно вирізняється на фоні змін вікового профілю вимирання населення в Україні. Ризик смерті цих дітей порівняно з іншими віковими групами є найменшим. Він різко падає після досягнення дитиною однорічного віку і знижується аж до 10–11 років. Смертність дітей даного вікового контингенту має позитивну динаміку і за останні п'ять років зменшилася майже на чверть. Інтенсивність смертності дітей між 1 і 15 роками відчутно варіює за типом поселення: нині діти, які проживають у селах, помирають у 1,3 разу частіше, ніж їхні ровесники в містах.

За поєднанням рівнів смертності у різних вікових групах у 2012 р. на території України можна виділити такі регіони: до територій з високим рівнем смертності у всіх вікових групах слід віднести 8 областей (Чернігівську, Сумську, Кіровоградську, Полтавську, Житомирську, Донецьку, Черкаську і Луганську). На жаль, ці області із дуже несприятливим режимом смертності становлять найбільшу просторову ланку території України. Найсприятливіша ситуація щодо смертності спостерігається лише у м. Києві та Львівській області: тут рівні смертності у всіх вікових групах є однаково низькими. У дитячих вікових групах (0–15 років) при низьких рівнях смертності найменші відмінності за статтю та типами поселень характерні для Вінницької, Хмельницької, Полтавської та Черкаської областей. На відміну від населення дитячого та працездатного віку, у старшій віковій групі відмінності у рівнях смертності за

типами поселень мають односпрямований характер: в усіх регіонах України смертність сільського населення похилого віку вища, ніж міського. Найсуттєвіші статеві відмінності смертності у похилому віці здебільшого поширені у Донецькій, Запорізькій, Херсонській, Рівненській та Закарпатській областях.

Сучасна структура причин смерті населення України поєднує в собі елементи традиційної та сучасної структур патологій, в якій високий рівень смертності від ендогенних захворювань (хвороб системи кровообігу і новоутворень) межує з не менш значущою смертністю від екзогенних причин (зовнішніх причин смерті, хвороб органів травлення, органів дихання, інфекційних і паразитарних хвороб). У середньому до 86% усіх смертних випадків нині в Україні припадає на три основні класи причин смерті: хвороби системи кровообігу, новоутворення і зовнішні причини смерті. В ієрархії причин смерті населення нашої країни в 2012 р., як і в попередні роки, перші п'ять місць стало посідають такі класи: хвороби системи кровообігу (66,3% від загалу померлих), новоутворення (13,9%), зовнішні причини смерті (5,9%), хвороби органів травлення (4,2%) і органів дихання (2,5%). Структура причин смерті у 2013 р. порівняно з 2012 р. не зазнала значних змін (табл.1.1.8).

Рівень і динаміка показників смертності від основних хвороб системи кровообігу в Україні значно відрізняється від таких у розвинутих країнах світу. Особливо помітними є відмінності у показниках смертності від ішемічної хвороби серця: сучасний рівень смертності українських чоловіків майже утричі перевищує відповідний показник смертності чоловіків у розвинутих країнах.

Наступний за значущістю клас причин смерті – новоутворення. Щорічно новоутворення викликають 15–17% усіх смертей осіб працездатного віку. Нині рівень онкологічної смертності чоловіків працездатного віку в Україні перевищує такий у розвинутих країнах на 40%, а в жінок – на 20%.

Наступний за значущістю клас причин смерті – зовнішні причини. Нині внаслідок різного роду нещасних випадків травм та отруєнь в Україні гине понад 40 тис. осіб, до 70% з яких перебуває у працездатному віці. Характерною рисою смертності від зовнішніх причин в Україні є різка статева диференціація. Якщо чоловіча смертність від усіх причин у віці 16–59 років майже утричі перевищує жіночу, то від зовнішніх причин смерті – у 5 разів.

Основна роль у формуванні рівня смертності від зовнішніх причин смерті нині належить нещасним випадкам, пов'язаним із транспортом, та самогубствам. Близько 70% випадкових отруєнь в Україні становлять алкогольні отруєння, смертність від яких зростає.

Тенденції смертності населення України, особливо чоловіків, від хвороб органів травлення також є надзвичайно негативними: найбільш значне підвищення її рівня припадає на 2005–2009 рр. Що стосується вікових ризиків смерті, то найвищими вони є у віці 45–49 років для чоловіків і 30–44 роки для жінок.

У структурі причин смерті населення післяпрацездатного віку провідними класами хвороб є хвороби системи кровообігу, новоутворення, хвороби органів дихання, хвороби органів травлення, інфекційні та паразитарні хвороби. Майже 80% загального числа померлих в Україні у віці, старшому за 60 років, припадає на хвороби системи кровообігу, новоутворення, хвороби органів дихання, інфекційні та паразитарні захворювання. Загалом, як свідчить аналіз динамічних і структурних змін нозологічного та вікового профілів смертності в Україні, ситуація в цій царині залишається складною і неблагополучною.

Таблиця 1.1.8

## Смертність населення України за причинами смерті (на 100 тис. населення) у 2012–2013 рр., за даними Держстату України

Територіально-адміністративна одиниця	Від усіх причин		Туберкульоз		Ново-утворення		Хвороби системи кровообігу		Хвороби органів дихання		Хвороби органів травлення		Зовнішні причини смертності	
	2012	2013*	2012	2013*	2012	2013*	2012	2013*	2012	2013*	2012	2013*	2012	2013*
АР Крим	1378,7	1370,0	18,1	15,4	193,6	197,8	925,1	925,5	28,2	25,7	51,4	51,0	99,9	99,0
<i>Область</i>														
Вінницька	1546,1	1570,0	8,5	10,1	192,1	196,6	1126,8	1147,8	27,6	25,9	45,5	50,0	88,0	85,5
Волинська	1323,5	1310,0	15,5	17,4	138,7	140,4	898,8	896,4	68,8	65,8	52,6	54,6	85,9	77,1
Дніпропетровська	1552,1	1540,0	22,0	19,4	235,7	230,9	992,8	1001,8	41,7	35,5	76,0	75,4	100,3	102,1
Донецька	1605,7	1580,0	19,6	18,1	234,4	232,7	1027,2	1024,6	33,2	32,1	83,9	84,6	109,2	102,0
Житомирська	1623,6	1640,0	11,4	13,9	186,3	194,4	1109,6	1117,7	49,4	48,7	52,1	54,8	109,3	106,8
Закарпатська	1187,0	1180,0	12,7	13,2	158,2	154,4	685,2	692,3	32,4	30,1	67,7	61,2	63,4	58,6
Запорізька	1474,4	1470,0	16,8	15,5	258,4	253,2	938,3	958,0	34,0	37,5	50,2	53,7	95,9	92,0
Івано-Франківська	1219,7	1250,0	10,7	11,1	164,7	165,3	857,9	888,3	19,6	20,3	45,4	38,6	62,9	57,9
Київська	1584,8	1600,0	16,1	15,1	217,4	222,4	1121,1	1134,7	26,6	26,8	56,4	59,0	99,3	91,0
Кіровоградська	1658,7	1670,0	19,1	17,2	233,8	230,7	1004,2	1026,2	43,3	42,7	53,9	59,9	127,8	117,6
Луганська	1601,1	1590,0	21,3	19,0	204,4	202,4	1036,7	1020,3	48,1	45,8	103,3	98,4	109,0	101,3
Львівська	1255,3	1250,0	14,6	14,0	174,3	180,9	811,5	820,1	37,9	35,1	42,7	44,4	61,2	53,5
Миколаївська	1467,2	1470,0	13,0	12,6	187,2	206,0	883,3	864,2	29,5	33,1	75,4	80,5	100,8	99,6
Одеська	1415,4	1400,0	17,7	19,3	199,6	198,0	900,4	896,2	34,4	35,5	74,3	67,7	97,2	94,6
Полтавська	1648,5	1670,0	14,5	14,5	228,2	232,3	1107,9	1144,4	48,2	43,2	59,5	56,2	100,2	97,3
Рівненська	1240,2	1250,0	11,1	11,7	154,4	160,0	898,8	902,8	17,6	24,9	38,9	42,0	75,4	66,9
Сумська	1652,1	1680,0	15,3	13,8	226,7	218,7	1054,9	1086,2	58,4	54,5	59,4	54,5	111,2	107,7
Тернопільська	1377,4	1370,0	7,5	6,4	182,9	175,2	961,9	967,1	66,3	65,8	37,9	37,4	62,6	58,8
Харківська	1471,8	1450,0	13,5	13,2	226,3	216,2	1016,4	1015,1	26,1	27,2	55,3	56,5	90,6	83,3
Херсонська	1469,9	1480,0	19,9	16,3	201,5	207,8	890,9	901,6	26,0	26,6	63,8	59,5	109,9	113,2
Хмельницька	1546,0	1560,0	8,8	8,0	192,8	200,0	928,3	961,6	61,9	57,8	58,4	64,0	81,9	77,8
Черкаська	1622,6	1630,0	10,5	10,1	192,3	190,6	1128,4	1155,2	66,6	58,8	57,0	58,5	98,5	90,3
Чернівецька	1254,8	1270,0	10,0	10,2	184,7	180,3	878,9	927,6	36,3	27,9	34,8	35,4	70,1	58,9
Чернігівська	1871,1	1860,0	13,1	12,7	205,3	201,6	1371,2	1365,1	50,7	54,4	50,5	50,0	111,2	113,1
<i>Місто</i>														
Київ	1003,9	1000,0	8,7	7,1	186,4	181,1	635,8	646,1	18,2	18,8	46,9	45,7	54,4	48,3
Севастополь	1384,7	1380,0	13,7	12,6	273,1	260,8	765,6	807,1	48,7	32,5	85,4	85,2	108,3	100,7
<b>Україна</b>	<b>1458,9</b>	<b>1460,0</b>	<b>15,1</b>	<b>14,3</b>	<b>204,4</b>	<b>203,8</b>	<b>960,2</b>	<b>968,7</b>	<b>37,6</b>	<b>36,2</b>	<b>61,0</b>	<b>60,9</b>	<b>91,8</b>	<b>86,9</b>

Примітка: \* – розрахункові дані

### ***Тривалість життя населення***

Невизначеність аж до 2007 р. динаміки тривалості життя в Україні, коли період зростання (1996–1998 рр.) змінювався періодом зниження (1999–2003 рр.) або періодом стагнації (2004–2006 рр.), не давала змоги виявити чіткі орієнтири тенденцій. Однак із 2007 р. позитивна тенденція закріпилася, і тривалість життя в Україні протягом останніх п'яти років помітно зросла. Так у 2011 р. очікувана тривалість життя при народженні порівняно з 2007 р. збільшилася в Україні на 3,0 року, у т.ч. на 4,0 року в чоловіків і на 2,0 року в жінок.

Зростання тривалості життя у 2007–2011 рр. вирізняла особлива прикмета – воно відбулося переважно внаслідок зниження смертності населення працездатного віку. Очікувана тривалість життя чоловіків у віці 15 років підвищилась майже так само, як і у віці 0 років; понад 80% зростання тривалості життя у чоловіків і 70% зростання у жінок припало на віковий інтервал 15–64 роки. Ця особливість майже однаково властива і міському, і сільському населенню.

Перспективи подовження тривалості життя тісно пов'язані з бажаними зрушеннями у структурі причин смерті та наближенням повікового і нозологічного профілю вимирання до сучасного режиму смертності у розвинених європейських країнах, що означає, по-перше, 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

## **1.2. Характеристика стану здоров'я населення України**

Охорона здоров'я – це особлива сфера діяльності, яка забезпечує права громадян на життя і здоров'я. У зв'язку з цим вона повинна бути пріоритетним напрямком політичного, економічного і соціального життя держави і суспільства.

Стан здоров'я населення є показником культурного, трудового, оборонного потенціалу держави і відображенням соціально-економічних, екологічних умов, способу життя населення, стану медичного забезпечення.

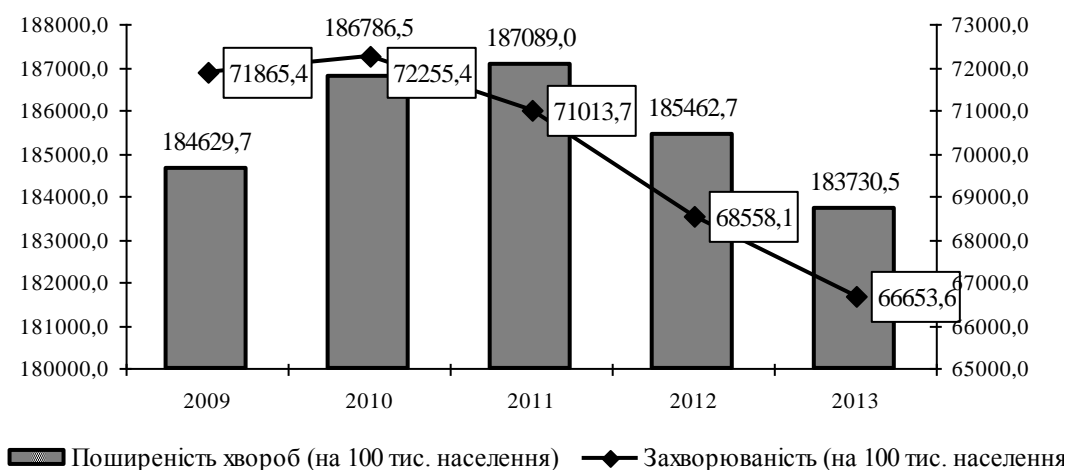
Формування здоров'я відбувається з таких складових: спосіб життя (до 50%), генетична компонента (до 20%), вплив навколишнього середовища (до 20%), доступність і якість медичної допомоги (до 10%).

Здоров'я населення України характеризується системою статистичних показників, серед яких вивчення тенденцій захворюваності та поширеності хвороб серед різних вікових груп населення є важливою складовою стратегічного планування медичної галузі.

Аналіз показників поширеності захворювань серед всього населення України протягом 2009–2013 рр. свідчить про різні тенденції їх коливань (табл. 1.2.1, рис. 1.2.1): на фоні зростання показників поширеності з 2009 р. по 2011 р. показники захворюваності зменшувались вже з 2010 р., а у 2012 р. і 2013 р. спостерігалось різке зменшення як поширеності захворювань, так і рівня первинної захворюваності порівняно з попередніми роками.

**Динаміка показників поширеності хвороб та захворюваності серед всього населення України у 2008–2012 рр. (на 100 тис. нас.)**

Показник	Рік				
	2009	2010	2011	2012	2013
Поширеність	184629,7	186786,5	187089,0	185462,7	183730,5
Захворюваність	71865,4	72255,4	71013,7	68558,1	66653,6



**Рис. 1.2.1. Динаміка поширеності хвороб та захворюваності серед всього населення України (на 100 тис. всього населення) за 2009–2013 рр.**

Темпи приросту поширеності хвороб характеризувались такими показниками: у 2013 р. порівняно із 2009 р. зафіксовано зменшення поширеності хвороб всього населення України на 899,2 на 100 тис. відповідного населення. Однак при цьому було встановлено і зростання цього показника на 2156,8 на 100 тис. населення за 2009–2010 рр., на 303,5 на 100 тис. всього населення – за 2010–2011 рр., і його зменшення за 2011–2012 рр. на 1626,3 на 100 тис. населення та у 2012–2013 рр. на 1732,2 на 100 тис. всього населення. Таким чином, найменше зростання поширеності хвороб (303,5 на 100 тис. населення) відмічено у період 2010–2011 рр., найбільше (2156,8 на 100 тис. населення) у періоді 2009–2010 рр. І за період 2011–2013 рр. відбулось зменшення показника поширеності хвороб, що і дало зменшення загального п'ятирічного показника поширеності хвороб серед всього населення.

Зміни показників захворюваності характеризувались дещо іншою динамікою: за 5 років загальне зменшення захворюваності серед всього населення склало майже 1,1 разу, або 5211,8 на 100 тис. всього населення. По роках зафіксовані такі зміни захворюваності населення: збільшення на 390,0 на 100 тис. всього населення у 2009–2010 рр. Найбільший показник (72255,4 на 100 тис. всього населення) захворюваності зафіксований у 2010 р., починаючи з якого показник набуває тенденції до зменшення: на 1241,7 за період 2010–2011 рр., на 2455,6 за період 2011–2012 рр. і на 1904,5 на 100 тис. населення за період 2012–2013 р. Тобто за період 2010–2013 рр. зменшення захворюваності всього населення становило 5601,8 на 100 тис. всього населення, або майже у 1,1 разу.

Рангові показники поширеності хвороб і захворюваності серед всього населення за регіонами України у 2013 р. показано у табл. 1.2.2.



**Рангові показники поширеності хвороб та захворюваності  
серед всього населення України у регіональному аспекті, 2013 р.**

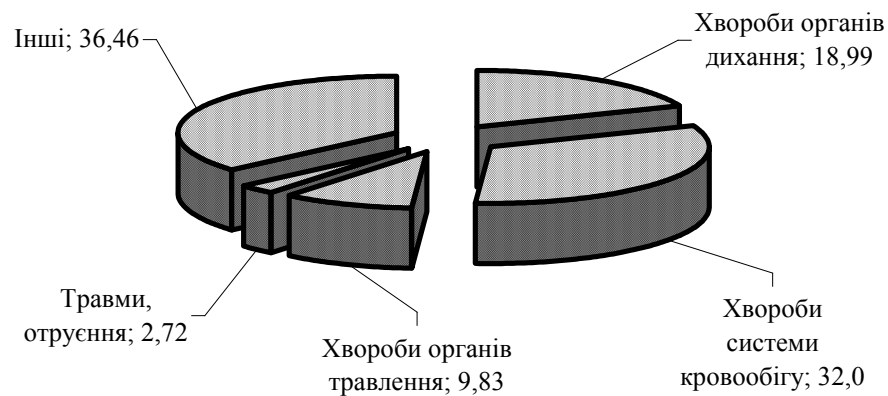
Регіон	Поширеність	Регіон	Захворюваність
АР Крим	144 685,2	Сумська	50 063,8
Запорізька	147 869,8	АРК	51 181,3
Луганська	155 426,1	м. Севастополь	52 777,1
Сумська	161 253,5	Луганська	53 978,2
Закарпатська	164 220,9	Донецька	55 018,9
Житомирська	168 539,5	Полтавська	55 730,4
Львівська	172 832,2	Запорізька	56 127,0
Кіровоградська	174 011,1	Житомирська	57 152,5
Миколаївська	175 661,3	Кіровоградська	59 278,7
Волинська	177 031,1	Миколаївська	60 646,6
Херсонська	178 048,4	Закарпатська	60 995,0
Донецька	180 635,4	Херсонська	61 594,9
м. Севастополь	181 436,5	Хмельницька	62 807,2
Чернівецька	182 155,6	Тернопільська	65 506,4
Полтавська	182 451,2	Чернівецька	67 605,6
Тернопільська	182 483,5	Чернігівська	67 979,6
Хмельницька	184 195,3	Харківська	70 038,0
Рівненська	184 785,4	Київська	70 639,0
Івано-Франківська	190 792,3	Вінницька	70 692,7
Дніпропетровська	191 725,4	Волинська	71 133,8
Харківська	195 874,1	Черкаська	71 317,3
Одеська	19 6735	Одеська	73 221,0
Черкаська	198 563,7	Рівненська	73 561,9
Київська	200 765,8	Дніпропетровська	77 071,7
Чернігівська	201 531,6	Львівська	79 449,8
Вінницька	201 576,4	Івано-Франківська	87 023,9
м. Київ	238 670,8	м. Київ	88 000,6

Як видно з таблиці 1.2.2, найменші показники поширеності і захворюваності у 2013 р. були в АР Крим (144 685,2) і Сумській області (50 063,8) – перші рангові місця, а найбільші – у м. Києві за обома показниками (238 670,8 і 88 000,6 відповідно), останнє рангове місце. Якщо у 2012 р. три регіони мали однакові рангові місця за поширеністю і захворюваністю: Луганська (155 050,0 і 53 937,2 відповідно), Кіровоградська (173 381,3 і 59 646,2 відповідно) і Миколаївська (17 3930,1 і 60 997,0 відповідно) області, як Крим та Київ, то у 2013 р. – тільки Одеська область має однаковий, 22-й ранг, і за поширеністю і за захворюваністю. Інші регіони знаходяться на різних рангових позиціях.

***Поширеність хвороб серед населення України***

У структурі поширеності хвороб серед всього населення у 2013 р. перші рангові місця займали ХСК (32,00%), хвороби органів дихання (18,99%), хвороби органів травлення (9,83%), травми та отруєння (2,72%) (рис. 1.2.2), що сформувало основу структури поширеності хвороб.

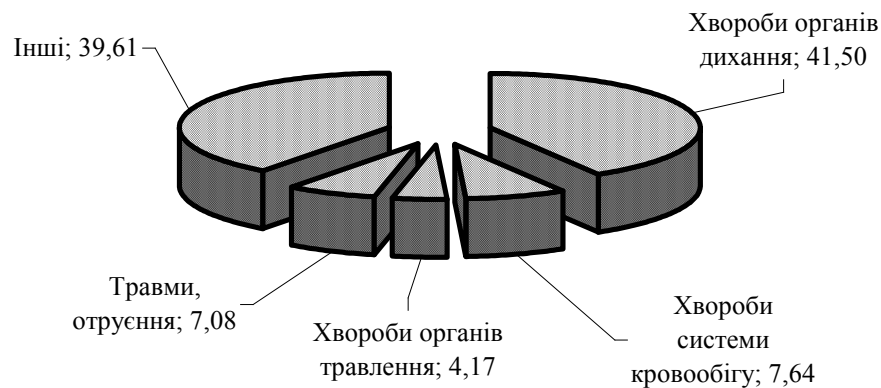
Найвищі рівні поширеності хвороб у 2013 р. на 100 тис. всього населення зареєстровані у м. Києві (238 670,8), Вінницькій (201 576,4) та Чернігівській (201 531,6) областях при середньому по Україні значенні 183 730,5 на 100 тис. всього населення. Найменші – у АР Крим, Запорізькій і Луганській областях (144 685,2, 147 869,8 та 155 426,1 відповідно).



**Рис. 1.2.2. Структура поширеності хвороб за класами серед всього населення України у 2013 р. (%)**

### *Захворюваність населення України*

Основу структури первинної захворюваності формували: хвороби органів дихання (41,50 %), хвороби системи кровообігу (7,64%), травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників (7,08) та органів травлення (4,17%) (рис. 1.2.3).

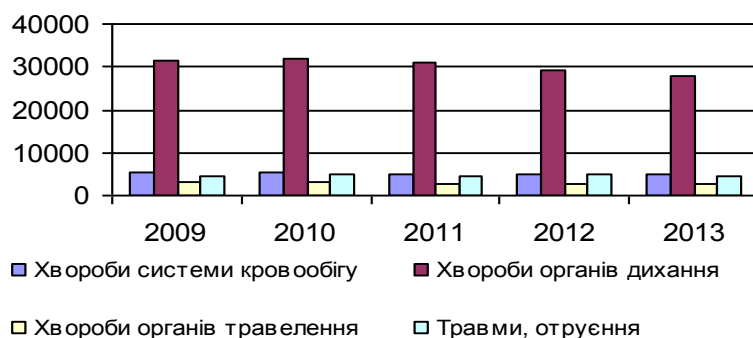


**Рис. 1.2.3. Структура захворюваності за провідними класами хвороб серед всього населення України у 2013 р. (%)**

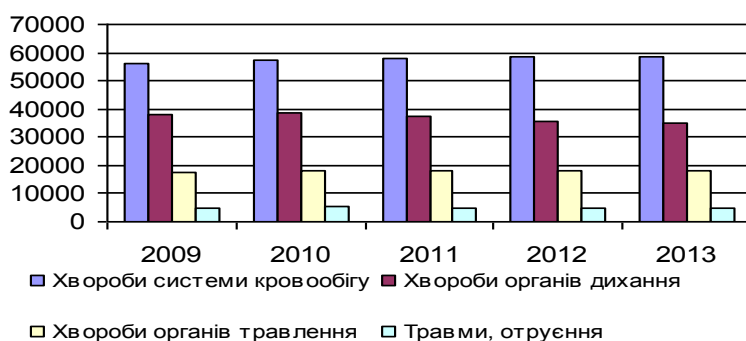
Найвищі рівні первинної захворюваності за підсумками 2013 р. були зареєстровані в м. Києві (88 000,6), Івано-Франківській (87 023,9), Львівській (79 449,8) областях при середньому по Україні значенні 66653,6 на 100 тис. всього населення. Найменша кількість захворювань з діагнозом, встановленим вперше в житті, у 2013 р. зареєстрована серед населення Сумської (50 063,8 на 100 тис. всього населення) області, АР Крим (51 181,3) та м. Севастополя (52 777,1).

У динаміці за останні п'ять років відбувається зменшення первинної захворюваності населення за всіма класами хвороб (рис. 1.2.4).

Значення показника поширеності хвороб (рис. 1.2.5) серед всього населення за період 2009–2013 рр. свідчать про її зростання за більшістю із основних класів хвороб, що відображає накопичення хронічної патології серед населення, характеризуючи одночасно зростаюче навантаження на медичні заклади та ефективність лікування пацієнтів, що дозволяє продовжити життя хворим із гострими, невідкладними станами та хронічними захворюваннями.



**Рис. 1.2.4. Динаміка захворюваності за основними класами хвороб серед всього населення України (на 100 тис. всього населення) за 2009–2013 рр.**



**Рис. 1.2.5. Динаміка поширеності хвороб за основними класами серед всього населення України (на 100 тис. всього населення) за 2009-2013 рр.**

Перше місце у структурі поширеності хвороб зберігається за хворобами системи кровообігу. Найнижчі рівні поширеності хвороб за цим класом у 2013 р. зафіксовано серед населення Львівської (45 212,8), Рівненської (48 183,5) і Волинської (50 409,5) областей. Найвищою поширеність хвороб системи кровообігу у 2013 р. була серед населення Полтавської (67 869,7) області, м. Києва (62 733,6) і Севастополя (71 385,5) при середньому по Україні значенні 58 564,1 на 100 тис. всього населення.

Показники поширеності хвороб органів дихання за означений період традиційно високими були в м. Києві (51 665,6) та областях заходу України (Львівська – 45 212,8, Івано-Франківська – 52 412,6, Вінницька – 40 514,0 області). При цьому за підсумками 2013 р. первинна захворюваність на хвороби органів дихання також мала найвищі рівні в м. Києві (39 364,4), Львівській (38 438,3), Івано-Франківській (37 691,5), Вінницькій (32 919,4) та Черкаській (30 788,6) областях при середньому по Україні значенні 27 658,5 на 100 тис. всього населення, що свідчить про збереження тенденцій зростання поширеності цього класу хвороб в означених областях центрального та західного регіонів України і на майбутнє.

Найвищі рівні первинної захворюваності на хвороби органів травлення за підсумками 2013 р. були виявлені у Закарпатській (4939,7), Івано-Франківській (4499,9), Харківській (4126,0) та Рівненській (4154,1) областях при середньому по Україні значенні 2776,5 на 100 тис. всього населення.

Традиційно високі рівні вперше в житті зареєстрованих травм, отруєнь у 2013 р. були серед населення м. Києва (8393,91) та Київської (6138,5) області, м. Севастополя (5160,0), АР Крим (5109,9) при середньому по Україні значенні 4718,1 на 100 тис. всього населення.

Слід зазначити, що подібна тенденція зберігається протягом кількох останніх років

## **2. РЕАЛІЗАЦІЯ ПРОГРАМИ ЕКОНОМІЧНИХ РЕФОРМ НА 2010-2014 РОКИ «ЗАМОЖНЕ СУСПІЛЬСТВО, КОНКУРЕНТОСПРОМОЖНА ЕКОНОМІКА, ЕФЕКТИВНА ДЕРЖАВА»**

### **2.1. Виконання завдань розділу III «Реформа медичного обслуговування» Національного плану дій на 2013 рік щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава»**

За напрямом «Реформа медичного обслуговування» на 2013 р. заплановано 84 завдання, з них виконано 74 (виконання складає 88,1%).

Виконання 10 завдань перенесено на 2014 рік.

Серед них до компетенції **МОЗ України** відносяться завдання стосовно видання постанов Кабінету Міністрів України щодо особливостей оплати праці медичних працівників, які надають вторинну медичну допомогу в пілотних регіонах (24.12 та 24.13), запровадження надбавок за обсяг та якість наданої медичної допомоги для медичних працівників, які надають первинну медичну допомогу (26.5), внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 28 червня 1997 р. № 640 «Про затвердження нормативів потреб у стаціонарній медичній допомозі в розрахунку на 10 тисяч населення» (п.27.6) – *пілотним регіонам* (Вінницька, Донецька, Дніпропетровська обласні та Київська міська державні адміністрації) не вдалось у повному обсязі виконати завдання щодо приведення у відповідність із законодавством та рекомендаціями штатних розписів центрів первинної медичної допомоги (пункт 22.10).

Не сформовані штатні розписи багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування на основі застосування затверджених Міністерством охорони здоров'я України нормативів навантаження на медичних працівників (24.6).

Невиконання Держінвестпроектом України завдань національного проекту «Вчасна допомога» затримує утворення оперативно-диспетчерських служб центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф та відповідно є причиною невиконання пункту п.23.3 Національного плану.

Щодо завдань для непілотних регіонів у 2014 р. має бути продовжена робота по завершенню реєстрації центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги як юридичних осіб (26.2) у Волинській, Житомирській, Івано-Франківській, Львівській, Одеській, Рівненській, Сумській, Тернопільській, Харківській, Хмельницькій, Черкаській, Чернівецькій областях та місті Севастополі, а також щодо створення перинатальних центрів другого рівня перинатальної допомоги згідно із затвердженими регіональними планами розвитку перинатальної допомоги (30.2), які вдалося виконати в межах наявних фінансових можливостей регіонів

### **2.2. Стан реалізації пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я у Дніпропетровській області за 2013 рік**

У 2013 р. в Дніпропетровській області, відповідно до пілотного проекту реформування системи охорони здоров'я та на виконання Національного плану дій на

2013 р. щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава», затвердженого Указом Президента України від 12.03.2013 № 128/2013, продовжувалася робота щодо модернізації медичної допомоги.

### ***Первинна медична допомога***

З метою забезпеченості доступності первинної медичної допомоги в області продовжується формування мережі амбулаторій – підрозділів центрів первинної медико-санітарної допомоги (далі – ЦПСД). Так, до кінця 2011 р. було завершено фінансове розмежування закладів охорони здоров'я первинного та вторинного рівнів, кошти на фінансування закладів первинної медико-санітарної допомоги сконцентровані на рівні районних бюджетів та бюджетів міст обласного значення та сформовано систему надання первинної медико-санітарної допомоги, створено 53 ЦПМСД, як юридичні особи, з мережею підпорядкованих 377 лікарських амбулаторій загальної практики – сімейної медицини.

Станом на 31.12.2013 р. в області функціонує 53 ЦПМСД з мережею підпорядкованих 402 амбулаторій сімейної медицини (у 2012 р. створено 9 лікарських амбулаторій, у 2013 р. – 16); 417 ФАПів та ФПів; 72 медичні пункти тимчасового базування, на базі яких здійснюються виїзні прийоми населення.

Наразі в сільській місцевості функціонує 187 амбулаторій, забезпеченість амбулаторіями сільського населення становить 3,56 на 10 тис. населення (норматив 3,3 на 10 тис. населення). У міській місцевості функціонує 215 амбулаторій, забезпеченість амбулаторіями міського населення становить 0,77 (норматив – 1,73 на 10 тис. населення).

В області проацюють 1001 сімейний лікар та 1687 медичних сестер загальної практики – сімейної медицини (станом на 31.12.2012 р. лікарів – 583, сестер медичних – 1345). Забезпеченість сімейними лікарями на 10 тис. населення – 3,0 (2011 р. – 1,21, 2012 р. – 1,76). Укомплектованість посад лікарів загальної практики – сімейних лікарів фізичними особами сімейних лікарів на початок року складала 54,9%, на кінець року – 67,7%, тобто збільшилась на 12,8%.

З метою поліпшення умов перебування пацієнтів та роботи медичних працівників у 2012 р. розпочато та проведено ремонти 87% лікувально-профілактичних підрозділів ЦПМСД (лікарські амбулаторії та ФАПів) на суму 26,6 млн грн (2011 р. – 1260,2 тис. грн). Так, зокрема, в амбулаторіях, де відсутні лабораторії, було створено кімнати для забору аналізів, приведено у відповідність до санітарно-гігієнічних вимог «режимні» кабінети (маніпуляційні, щеплень, оглядові). У 2013 р. проведено ремонти на загальну суму 6,5 млн гривень.

Упродовж 2012 р. в заклади ПМСД області придбано біля 10 тис. одиниць обладнання на суму близько 60 млн грн, у т.ч. 389 автомобілів (2011 р. – 1 250,1 тис. грн, у т.ч. 7 автомобілів) за рахунок субвенції з державного бюджету та з місцевих бюджетів (понад 11 млн грн). У 2013 р. придбано медичного обладнання на суму 6,9 млн гривень.

Велика увага приділяється підвищенню кваліфікації та атестації сімейних лікарів, обсяги підготовки сімейних лікарів шляхом спеціалізації у 2013 р. порівняно з 2010 р. зросли майже у 14,5 разу (з 25 лікарів до 362). Протягом 2011–2012 рр. підготовлено 411 сімейних лікарів, у тому числі за кошти місцевих бюджетів – 284. За рахунок підготовки в інтернатурі за цей період приступили до роботи 32 лікаря. Загальна кількість практикуючих сімейних лікарів збільшилась з 404 у 2011 р. до 583 у 2012 р., тобто на 44%.

У жовтні 2011 р. на базі Підгородненської амбулаторії загальної практики – сімейної медицини КЗ «Центр первинної медико-санітарної допомоги Дніпропетровського району» для відпрацювання практичних навиків у лікарів створений обласний учбово-методичний центр з питань загальної практики – сімейної медицини.

У 2013 р. на базі 34 регіональних навчально-тренінгових центрів підготовлено 3288 медичних працівників, у тому числі 1124 (74,2%) лікарів та 2164 (79,7%) медичних сестер первинної медико-санітарної допомоги.

У 2013 р. за фахом «Загальна практика – сімейна медицина» підготовлено 400 лікарів (362 – спеціалізація, 38 – в інтернатурі) та 523 сестри медичні. В інтернатурі за цим фахом навчається 194 лікарі-інтерни, у тому числі 91 другий рік навчання та 103 перший рік навчання.

У 2012 р. підвищили кваліфікацію 190 сімейних лікарів, у т.ч. 140 сімейних лікарів пройшли курси тематичного удосконалення з питань ведення фізіологічної вагітності (у 2011 р. – 50), атестовано 40 сімейних лікарів; щомісяця проводяться переривчасті курси для сімейних лікарів; постійно діє семінар для фахівців первинної ланки, які обслуговують дитяче населення (навчалася 100 фахівців); у тренінговому центрі з питань безпечного материнства та ефективного перинатального догляду проведено 5 тренінгів з питань безпечного материнства та репродуктивного здоров'я (37 фахівців ПМСД); у тренінговому центрі з фтизіатрії проведено 2 тренінги для лікарів первинної ланки (навчалася 30 осіб); продовжено роботу виїзних навчальних семінарів для фахівців первинної ланки з питань медичного догляду за дітьми раннього віку, формування здорового способу життя та профілактики захворювань у дитячому віці (здійснено 3 виїзди, охоплено навчанням 212 спеціалістів з 15 територій: за два роки навчено 696 осіб; проведено 6 навчальних семінарів для лікарів ПМСД щодо впровадження профілактичних заходів з проблем формування здорового способу життя – 156 осіб з усіх територій); у обласному навчально-методичному центрі для сімейних лікарів пройшли навчання 116 сімейних лікарів.

У 2013 р. 1425 медичних працівників ПМСД пройшли тренінги з окремих питань: опрацювання практичних навичок при введенні в дію та використанні медичного обладнання, отриманого у 2012 р. за кошти субвенції з державного бюджету в обласному навчально-методичному центрі (126 сімейних лікарів); профілактики та лікування ВІЛ-інфекції (115 сімейних лікарів); профілактики та лікування туберкульозу (308 сімейних лікарів); з посилення контролю за туберкульозом у Дніпропетровській області (13 тренінгів – 488 медичних працівників); планування сім'ї (123 сімейні лікарі); формування здорового способу життя (97 медичних працівників ПМСД); тематичне удосконалення з питань ведення фізіологічної вагітності (56 сімейних лікарів); навчання на постійно діючому семінарі з питань надання медичної допомоги дітям в обласній дитячій лікарні (100 медичних працівників ПМСД); передатестаційний цикл з питань загальної практики – сімейної медицини (58 сімейних лікарів).

На виконання постанови Кабінету Міністрів України від 05.04.2012 р. № 209 «Деякі питання оплати праці медичних працівників закладів охорони здоров'я, що є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я» з квітня 2012 р. розпочато нарахування та виплату надбавок на обсяги виконаної роботи, у 2012 р. в бюджетах міст та районів області передбачено 68,3 млн грн, виплачено 18,8 млн гривень.

У 2013 р. в бюджетах міст та районів області передбачено 67,5 млн грн для нарахування та виплати надбавок за обсяг та якість виконаної роботи, у 2013 р. виплачено надбавок за обсяг на суму 33,8 млн грн.

Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 20.05.2013 р. № 395 «Деякі питання оплати праці медичних працівників, що надають первинну медичну допомоги та є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я», яка вступила в дію 18.06.2013 р., департаментом охорони здоров'я облдержадміністрації 30.07.2013 р. проведено тренінг з керівниками центрів ПМСД для опрацювання методики нарахування, після чого розпочато нарахування та виплата надбавок за якість виконаної роботи медичним працівникам первинної медико-санітарної допомоги. За звітний період поточного року нараховано та виплачено надбавку за якість на загальну суму 3,8 млн гривень.

З 2012 р. в усіх містах та районах області рішеннями сесій затверджено регіональні програми та заходи запровадження «місцевих стимулів». Загальний обсяг фінансування за цією програмою у 2012 р. склав 47,5 млн грн. У 2013 р. регіональними програмами «Місцеві стимули» передбачено фінансування у сумі 34,0 млн грн, загальний обсяг фінансування за поточний рік становить 23,6 млн грн. Всього за 2010–2012 рр. забезпечено житлом 213 медичних працівників. У 2013 р. забезпечено житлом 41 медичного працівника, з них 27 первинної ланки.

З метою впровадження електронного реєстру пацієнтів у 2012 р. придбано за кошти місцевих бюджетів 368 комп'ютерів на суму 1,9 млн грн та внесено до програми 1,6 млн реєстраційних форм пацієнтів.

У 2013 р. завершується впровадження електронного реєстру пацієнтів. В центрах первинної медико-санітарної допомоги на 382 комп'ютерах встановлено програму «УкрМедСофт: поліклініка», 2,8 млн реєстраційних форм пацієнтів внесено до зазначеної програми, що складає 91,2% прикріпленого до ЦПМСД населення області.

За 2013 р. охоплено медичними оглядами 80% прикріпленого населення, але індикатором виконання цього завдання є не відсоток охоплення, а позитивна тенденція виявлення візуальних форм онкозахворювань у занедбаних стадіях та виявлених випадків туберкульозу в занедбаних стадіях, тобто повинно бути зростання захворюваності, у тому числі і занедбаних випадків, але за рахунок збільшення виявлених хворих при профілактичних оглядах, які активно проводяться в амбулаторіях медичними працівниками первинної ланки.

За 2013 р. (оперативні дані) показник захворюваності на туберкульоз легень з деструкцією склав 28,6 на 100 тис. населення, питома вага – 36,5% (2012 р. – 34,1%). Кількість хворих з візуальними формами захворюваності на онкологію – 2999 осіб (у 2012 р. – 4440 осіб). Кількість занедбаних візуальних форм онкологічних захворювань – 476 випадків (у 2012 р. – 662 випадків), що становить 15,9% (у 2012 р. – 15,1%).

Департаментом охорони здоров'я облдержадміністрації за 2012–2013 рр. проведено 56 перевірок ЦПМСД, питання організації та надання первинної медичної допомоги населенню області заслухано на 9 колегіях та 5 апаратних нарадах департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації.

З метою заохочення молодих спеціалістів до роботи у сфері сімейної медицини та підвищення статусу сімейного лікаря щорічно проводиться обласний конкурс «Кращий сімейний лікар Дніпропетровської області».

### ***Екстрена медична допомога***

В області створена Єдина система надання швидкої медичної допомоги. З 01.01.2012 р. 6 станцій швидкої медичної допомоги (ШМД) фінансуються з обласного бюджету, що дозволило досягти принципу екстериторіальності та створити єдину систему надання ШМД населенню області.

У 2011 р. становлено архіватори мовлення та введено цілодобові пости диспетчерів на всіх територіях; автомобілі ШМД обладнано GPS-навігацією. Усі бригади «швидкої» забезпечено засобами радіо- та мобільного зв'язку. Таким чином, забезпечено цілодобовий контроль і координацію роботи всіх виїзних бригад ШМД та можливість адекватного реагування на надзвичайні ситуації.

Розпорядженням голови облдержадміністрації від 13.02.2013 р. № Р-82/0/3-13 «Про затвердження регіонального плану з реалізації Закону України у Дніпропетровській області на 2013 рік» затверджено регіональний план з реалізації Закону України «Про екстрену медичну допомогу» у Дніпропетровській області на 2013 рік.

Наразі в області працює 282 бригади ШМД (додатково створено 23 бригади), загальна кількість пунктів постійного базування – 138 (додатково відкрито 47). Бригади ШМД забезпечені медикаментами та лікарськими засобами у повному обсязі. Видатки на медикаменти у 2013 р. складають 23,5 млн гривень. Фінансування одного виклику ШМД збільшено у 8 разів та забезпечено у розмірі 25 гривень, що дозволяє вчасно та ефективно надавати пацієнтам медичну допомогу на догоспітальному етапі, проводити тромболізис. Так, за 2013 р. проведено 245 тромболізисів (2011 р. – 11, 2012 р. – 81).

У 2012 р. парк автомобілів ШМД збільшено на 89 одиниць, у тому числі реанімообілів типу С придбано 32 одиниці.

У 2013 . у службу ШМД Дніпропетровщини прийшли працювати 87 медичних працівників. Загалом у службі області працюють 433 лікарі, 1567 фельдшерів (з них 244 – диспетчери).

Здійснюються заходи з підвищення кваліфікації та рівня знань усіх спеціалістів, що входять до бригади ШМД, – від лікаря до водія. На базі тренінгового центру при обласному центрі екстремальної медицини та медицини катастроф у 2012 р. підготовлено 100% (472) лікарів та 89,3% (1399) молодших спеціалістів з медичною освітою.

У 2013 р. в області 100% (472) лікарі ШМД пройшли спеціалізацію за фахом «Медицина невідкладних станів», забезпечено підготовкою та підвищенням кваліфікації 100% (1567) молодших спеціалістів з медичною освітою. З 2013 р. пройшли навчання 849 (100%) водіїв та 244 диспетчерів ШМД з психології, питань дотримання етики та деонтології.

Регіональний план функціонування та розвитку системи екстреної медичної допомоги на 2014 р. затверджено головою облдержадміністрації 28.08.2013 р. та надіслано до Міністерства охорони здоров'я України (лист від 28.08.2013 р. № 11-6149/0/2-13).

З метою реалізації Національного проекту «Вчасна допомога – утворення єдиних регіональних оперативно-диспетчерських служб з використанням сучасних GPS-технологій для зменшення часу прибуття бригад швидкої медичної допомоги до пацієнта» (далі – Національний проект) у Дніпропетровській області створено Єдину регіональну оперативно-диспетчерську службу швидкої медичної допомоги.



У 2012 р. розпочато будівельні роботи з реконструкції приміщення Єдиної регіональної оперативно-диспетчерської служби швидкої медичної допомоги. У 2013 р. завершено ремонтно-будівельні роботи, загальна вартість робіт склала 12,5 млн гривень. За рахунок обласного бюджету проведено закупівлю товарів, робіт і послуг на суму 186,8 тис грн, за ці кошти була створена підсистема робочих місць диспетчерів з прийому-передачі виклику «103». На суму 779,7 тис. грн придбано меблів, обладнання, інвентарю.

В Єдиній оперативно-диспетчерській службі області заплановано створення системи 32 автоматизованих робочих місць, на яких будуть працювати 130 людей, у тому числі 32 диспетчери по прийому викликів будуть за зміну. Вже пройшли навчання для роботи з програмним забезпеченням встановленої операційної системи «Навіс» 90 фельдшерів-диспетчерів. Обладнано 2 учбові робочі місця, за якими диспетчери постійно підвищують рівень знань.

05.12.2013 р. представниками ТОВ «Укрспецзв'язок» проведено аудит стану готовності приміщень та комунікацій для створення Єдиної регіональної оперативно-диспетчерської служби та консультативну нараду з представниками ПАТ «Укртелеком». Зроблено висновок щодо можливості проведення комунікацій від ПАТ «Укртелеком» до будівлі Єдиної регіональної оперативно-диспетчерської служби.

У 2014 р. заплановано поставку та монтаж серверного та комунікаційного обладнання Генеральним підрядником Національного проекту «Вчасна допомога».

Першим заступником голови облдержадміністрації щоденно здійснюється контроль за виконанням нормативу доїзду бригад швидкої медичної допомоги в сільській місцевості та містах області.

Департаментом охорони здоров'я облдержадміністрації за 2012–2013 рр. проведено 35 перевірок організації надання екстреної та невідкладної медичної допомоги населенню області, питання заслухано на 3-х колегії та 5-ти апаратних нарадах департаменту. Визначені терміни для усунення виявлених недоліків, прийняті управлінські рішення. Відмічається зниження виїздів бригад швидкої медичної допомоги на технологічні виклики, так у 2011 р. кількість виїздів становила 2,4%, у 2013 р. – 0,7%, вдвічі знизилась кількість виїздів на профільні виклики: у 2011 р. – 6%, у 2013 р. – 3%.

Щорічно з метою популяризації професії проводиться конкурс «Краща бригада швидкої медичної допомоги Дніпропетровської області».

### ***Вторинна медична допомога***

Модернізація вторинної медичної допомоги в області здійснюється з 2012 р., коли всі заклади охорони здоров'я, що надають вторинну медичну допомогу, було прийнято на обласний бюджет. Це дозволило забезпечити принцип екстериторіальності, привести видатки на медикаменти та харчування до єдиних нормативів та збільшити їх у понад двічі. Так, у 2013 р. профінансовано придбання медикаментів на суму 78,2 млн грн (2011 р. – 43,4 млн грн), харчування – на 43,2 млн грн (2011 р. – 24,1 млн грн).

Досягнуто забезпечення єдиного підходу до організації медичної допомоги пільгових категорій населення: у всіх лікувально-профілактичних закладах області 100% передбачено видатки на виконання вимог постанови Кабінету Міністрів України від 26.04.2007 р. № 680 «Про збільшення норм грошових витрат на харчування та медикаменти в лікувально-профілактичних закладах ветеранів війни» 40 грн на медикаменти та 35 грн на продукти харчування.

У Дніпропетровській області для інвалідів Великої Вітчизняної війни функціонують 1149 ліжка, у тому числі 350 ліжок у складі 3 госпіталів для ІВВВ (2011 р. – 2 госпіталі на 250 ліжок).

Видатки на харчування та медикаменти для ІВВВ у 2013 р. зросли у понад утричі – 26,0 млн грн (медикаменти – 13,7 млн грн, продукти харчування – 12,3 млн грн) проти 9,6 млн грн у 2011 р. (медикаменти – 5,2 млн грн, продукти харчування – 4,4 млн грн).

Збільшено кількість стаціонарних ліжок для чорнобильців – з 30 ліжок в КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова» до 80 ліжок (м. Дніпродзержинськ, м. Кривий Ріг).

З обласного бюджету у 2013 р. на утримання ліжок для ліквідаторів аварії на ЧАЕС було виділено 1,7 млн грн (медикаменти – 0,9 млн грн, продукти харчування – 0,8 млн грн).

Вартість 1 ліжко-дня складає на медикаменти –35 грн, на продукти харчування – 30 гривень.

Удвічі збільшено видатки на утримання педіатричних та акушерських ліжок, крім того, відбулося вирівнювання їх на забезпечення харчуванням та медикаментами в усіх лікарнях області, де такі ліжка функціонують.

У 2012 р. придбано обладнання для спеціалізованих закладів вторинного та третинного рівнів надання медичної допомоги (ультразвукова, рентгенологічна апаратура, мамографи) на суму 150 млн грн, у тому числі: 13,9 млн грн – субвенція з державного бюджету на придбання обладнання вітчизняного виробника; 136,1 млн грн – цільові кошти на врахування екологічних особливостей регіону.

Фінансове розмежування первинної та вторинної медичної допомоги дозволило збільшити фінансування на забезпечення медикаментами за рецептами лікарів пільгових груп населення. Так, на виконання постанови Кабінету Міністрів України від 17.08.1998 р. № 1303 «Про впорядкування безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань» в місцевих бюджетах в 2012 р. було забезпечено безоплатне отримання лікарських засобів за рецептами лікарів на загальну суму 21,6 млн грн проти 19,2 млн грн у 2011 р. На 2013 р. передбачено для безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів 22,6 млн гривень.

Для поліпшення надання медичної допомоги ветеранам війни сільської місцевості обласними лікувально-профілактичними закладами області проведено 119 виїздів лікарських бригад, під час яких оглянуто 3,5 тис. ветеранів війни.

За рахунок обласного бюджету у 2013 р. забезпечено ветеранів на загальну суму 6,1 млн грн: зубопротезуванням на суму 4,0 млн грн, штучними кришталиками на суму 411,6 тис. грн, електростимуляторами на суму 1,6 млн грн.

Згідно з постановою Кабінету Міністрів України від 17.08.1998 р. № 1303 «Про впорядкування безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними захворюваннями» за рахунок бюджетів міст та районів області у 2013 р. забезпечено слухопротезування на суму 499,1 тис. грн, виписано рецептів у 2013 р. на суму 5,1 млн грн.

Видано розпорядження голови облдержадміністрації від 13.06.2013 р. № Р-488/0/3-13 «Про створення робочої групи щодо підготовки плану-схеми госпітальних округів та планів перспективного розвитку закладів охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, у Дніпропетровській області». Громадською організацією «Громадянська

платформа з питань медичної реформи», за участі обласної ради, громадських організацій, у квітні 2013 р. проведено «круглий стіл», за результатами обговорення підтримано План-схему госпітальних округів області, у червні 2013 р. проведено обговорення з громадськістю за формою публічних громадських обговорень по темі: «Створення госпітальних округів» шляхом електронних консультацій.

Затверджена план-схема 12 госпітальних округів та плани перспективного розвитку закладів охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу: 14 багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування, у тому числі 2 дитячі, 7 лікарень інтенсивного лікування I рівня, 5 лікарень інтенсивного лікування II рівня.

Визначено обсяг ресурсного забезпечення багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування з відділеннями екстреної (невідкладної) медичної допомоги у сумі 747,5 млн грн, у тому числі 382,0 млн грн на обладнання. Для виділення цільової субвенції з Державного бюджету України для Дніпропетровської області надіслані листи до Адміністрації Президента України (лист від 19.07.2013 р. № 21-5241/0/2-13), Кабінету Міністрів України (лист від 19.07.2013 р. № 21-5241/0/2-13) та Міністерства охорони здоров'я України (лист від 24.07.2013 р. № 7735/0/29-13).

Департаментом охорони здоров'я облдержадміністрації затверджено накази по маршрутизації хворих з метою підвищення якості надання хірургічної, травматологічної, урологічної, гінекологічної допомоги населенню області. Щотижнево здійснюється моніторинг роботи бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги, завдяки чому відсоток передачі викликів первинної медико-санітарної допомоги стосовно хронічних хворих за 2013 р. збільшився з 54% до 74%.

На виконання наказу МОЗ України від 22.04.2013 р. № 323 «Про проведення інвентаризації високовартісного обладнання» у закладах охорони здоров'я Дніпропетровської обласної ради, що надають третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу впроваджена автоматизована інформаційно-аналітична система (ІАС) для проведення інвентаризації високовартісного обладнання. Інвентаризація високовартісного обладнання закладами охорони здоров'я Дніпропетровської обласної ради, що надають третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, проведена у червні 2013 р. За результатами проведеної інвентаризації визначено потребу та обсяги необхідного ресурсного забезпечення на 2014 р. для третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, яку включено до бюджетного запиту на 2014 р. відповідно до Бюджетного кодексу України.

### ***Національний проект «Нове життя»***

Реалізовано систему етапності надання перинатальної допомоги шляхом створення мережі потужних міжрайонних пологових центрів, де відбувається 84% пологів області, функціонування 3 неонатальних центрів, відкриття двох перинатальних центрів – II та III рівнів надання медичної допомоги.

У грудні 2011 р. було введено в експлуатацію регіональний перинатальний центр в м. Кривий Ріг.

З червня 2012 р. в області забезпечено диференційований підхід до фінансування перинатальних центрів за складністю медичних послуг, які там надаються (загальний обсяг фінансування перинатальних центрів Дніпропетровщини на 2012 р. з урахуванням уточнень становить 39,5 млн грн – збільшення на 8,5% порівняно із затвердженими видатками на 2012 рік).

У рамках реалізації Національного проекту «Нове життя» 21.06.2012 р. було введено в експлуатацію регіональний перинатальний центр у м. Дніпропетровськ. У 2012 р. КЗ «Дніпропетровський обласний перинатальний центр зі стаціонаром ДОР» забезпечив проведення 2096 пологів (з них 60% у жінок з ускладненим перебігом вагітності та 11,5% передчасних пологів), що дозволило на рівні області збільшити показник зосередженості породіль з важким перебігом вагітності та важкою екстрагенітальною патологією у родопомічних закладах III рівня надання медичної допомоги – 7,2% (2640 осіб) проти 5,4% (1894 особи) у 2011 році.

За 2013 р. в двох перинатальних центрах (м. Дніпропетровськ, м. Кривий Ріг) відбулось 7040 пологів, з них 10% передчасні, 69% з ускладненим перебігом вагітності. Народилось 88 дітей з вагою до 1000 грамів та 175 дітей з вагою від 1000 до 1500 грамів.

Діяльність КЗ «Дніпропетровський обласний перинатальний центр зі стаціонаром ДОР» та КЗ «Криворізький обласний перинатальний центр зі стаціонаром ДОР» у 2013 р. дозволила знизити показник перинатальних втрат з 12,1‰ до 9,8‰ (на 23,5%), ранньої неонатальної смертності з 4,1‰ до 2,8‰ (на 46%) та показник малюкової смертності з 10‰ до 7,9‰ (на 21%).

Протягом поточного року 5 акушерсько-гінекологічних відділень, де відбувалось до 400 пологів на рік, перепрофільовано у відділення гінекології з ліжками патології вагітних.

У червні 2013 р. на базі КЗ «Дніпропетровський обласний перинатальний центр зі стаціонаром ДОР» відкрито тренінговий центр з профілактики та лікування масивних акушерських кровотеч, проведено 12 тренінгів. Щомісячно проводяться тренінги, майстер-класи для лікарів області, пройшли навчання біля 1870 лікарів.

Враховуючи високі показники передчасних пологів по області, для спостереження та відпрацювання заходів реабілітації недоношених та дітей, які народилися з важкою патологією, в області у 2013 р. створено та функціонує мережа кабінетів катамнестичного спостереження (КЗ «Дніпропетровська міська дитяча клінічна лікарня № 3 ім. проф. М.Ф. Руднєва ДОР», КЗ «Дніпропетровська міська дитяча клінічна лікарня № 6 ДОР» та КЗ «Криворізький перинатальний центр зі стаціонаром ДОР», КЗ «Дніпропетровська обласна дитяча клінічна лікарня»). У 4-х кабінетах у звітному періоді перебували під наглядом 2125 дітей.

На базі КЗ «Дніпропетровська обласна дитяча клінічна лікарня» розроблено проект та розпочато ремонтні роботи за рахунок залучених коштів (200 тис. грн) для створення відділення відновного (реабілітаційного) лікування новонароджених.

Відповідно до рекомендацій МОЗ України, для створення сучасних умов високоспеціалізованої медичної допомоги новонародженим з перинатальною патологією та недоношеним дітям вирішено реконструювати триповерхову будівлю КЗ «Дніпропетровська обласна дитяча клінічна лікарня» та з'єднати її переходом з акушерським блоком КЗ «Дніпропетровський обласний перинатальний центр зі стаціонаром ДОР». Для проведення реконструкції неонатального корпусу з державного бюджету виділено 23,43 млн грн, замовник – Управління капітального будівництва.

### ***Інформаційний супровід модернізації охорони здоров'я***

Створений на початку 2012 р. Єдиний медійний центр проекту «Модернізація системи охорони здоров'я у Дніпропетровській області» продовжує координувати та відслідковувати розміщення щоденної інформації про успіхи реформи у засобах масової

інформації з урахуванням досягнутих результатів щодо надання первинної та екстреної медичної допомоги.

Щотижнево фахівці департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації беруть участь у програмах на обласному радіо та передачі «Абетка здоров'я» на 51 каналі Дніпропетровської обласної державної телерадіокомпанії, у прес-центрі газети «Днепр Вечерний», в інформаційному агентстві «Мост-Днепр».

У 2012 р. проведено 40 круглих столів, на яких обговорено питання організації роботи центрів первинної медико-санітарної допомоги, шляхи удосконалення надання медичної допомоги окремим верствам населення, у тому числі дітям-інвалідам, інші проблемні питання.

За 12 місяців 2012 р. в друкованих регіональних виданнях розміщено 13834 повідомлення, у мережі Інтернет – 5639, на телебаченні – 988.

З метою вдосконалення комунікацій між громадськістю, органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування у Дніпропетровській області у 2012 р. створено громадську організацію «Громадянська платформа з питань медичної реформи».

За 2013 р. в друкованих регіональних виданнях розміщено 17 536 повідомлень, у мережі Інтернет – 7098, на телебаченні – 839.

Продовжується поповнення матеріалів на інформаційно-ресурсному порталі облдержадміністрації «Відкрита влада» та веб-сайті департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації. На додачу до існуючих розділів «Профілактика захворюваності»; «Бібліотека сімейного лікаря»; «Національний проект «Нове життя – нова якість в охороні материнства та дитинства» у 2013 р. відкрито нові сайти: «Досвід регіонів у реформуванні системи охорони здоров'я», «Медична реформа очима пацієнтів та медпрацівників», «Критика в ЗМІ», «Про хід реалізації постанови Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2012 р. № 340 «Про реалізацію пілотного проекту щодо запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою», «Соціальні ініціативи Президента України», «Екстрена медична допомога», «Вільний вибір лікаря». За звітний період поточного року у вищезазначених розділах розміщено 2068 повідомлень.

Для проведення моніторингу ефективності здійснення медичної реформи функціонують: безкоштовна цілодобова гаряча телефонна лінія департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації, «Контакт-центр «Гаряча лінія Олександра Вілкула» (2012 р.) та «Гаряча лінія Дмитра Колеснікова» (2013 рік).

За 2013 р. до департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації надійшло 362 (3,2% у структурі усіх звернень) звернення стосовно питань реформування системи охорони здоров'я, у 2012 р. – 328 (3,9% у структурі усіх звернень) звернень. У загальній структурі усіх звернень збільшилась кількість позитивних звернень, у тому числі у 2,5 разу подяк з питань організації та надання медичної допомоги (з 57 у 2011 р., 138 у 2012 р. до 201 у 2013 році).

Слід зазначити, що у вересні поточного року особлива увага приділялась кампанії «Вільний вибір лікаря». Спільно з медіа-центром було підготовлено та розміщено 49 білбордів «Звернись до лікаря, якому довіряєш» та розповсюджено 100 тис. інформаційних листівок щодо вільного вибору лікаря, які направлено, у тому числі, до департаменту соціального захисту населення облдержадміністрації, Українського державного

підприємства поштового зв'язку «Укрпошта». Розклеєно 12,7 тис. об'яв у місцях масового перебування громадян, на дошках оголошень в житлових будинках, на зупинках громадського транспорту, у дитячих садках.

На регіональних та міських каналах телебачення (у містах Дніпропетровськ, Дніпродзержинськ, Кривий Ріг, Павлоград, Новомосковськ) трансливалось 5 інформаційних рядків щодо вільного вибору лікаря населенням області, створено 6 соціальних роликів (у містах Дніпропетровськ, Кривий Ріг, Нікополь, Новомосковськ, Тернівка), проведено 28 виступів на радіо та телебаченні на тему «Вільний вибір лікаря» (у тому числі у щотижневій телепередачі «Абетка здоров'я»), а також 2 прес-тури журналістів, у регіональних та міських газетах («Вісті Придніпров'я», «Зоря», «Событие», «Репортер», «Придніпровський комунар», «Присамарська нива», «Покровський край», «Наш край», «Вісник», «Днепр Вечерний», «Комсомольська правда») розміщено 51 статтю з даної тематики.

На офіційному веб-сайті облдержадміністрації, інформаційно-ресурсному порталі облдержадміністрації «Відкрита влада» та веб-сайті департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації, інформаційних веб-сайтах міст Дніпропетровськ, Кривий Ріг, Тернівка, Новомосковськ розміщено 6 банерів з автоматичним переходом на рубрику «Вибір сімейного лікаря».

За даними з центрів первинної медико-санітарної допомоги області скористались правом вільного вибору лікаря близько 2,8 млн осіб, що становить 90,3%, із них здійснили зміну лікаря 14,2 тис. осіб, що складає 0,5% населення, прикріпленого до центрів первинної медико-санітарної допомоги.

### ***Забезпечення населення лікарськими засобами***

Наступний пріоритет – це пілотний проект стосовно запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою. З метою інформування населення щодо державного регулювання цін на гіпотензивні лікарські засоби, у засобах масової інформації міст та районів області у 2013 р. розміщено 2893 інформаційні повідомлення, проведено фахівцями департаменту 6 прес-конференцій, відбулося 20 виступів по обласному телебаченню та 8 виступів на обласному радіо, розміщено 26 статей у друкованих регіональних виданнях.

У поточному році підготовлено та видано буклет «Артеріальна гіпертензія: це необхідно знати кожному» щодо профілактики гіпертонічної хвороби та з роз'ясненням відповідних постанов Кабінету Міністрів України щодо запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою (тиражем 70 тис. примірників) та плакат (тираж 700 примірників). Підготовлені та розміщені у маршрутних таксі листівки у мм. Дніпропетровськ та Кривий Ріг.

Крім того, за допомогою територіальних центрів соціального обслуговування населення області розповсюджено 100 тис. листівок з інформацією про відпуск ліків для лікування артеріальної гіпертензії за зниженими цінами.

Департаментом охорони здоров'я спільно з департаментом інформаційної діяльності та комунікацій з громадськістю облдержадміністрації підготовлені та розміщені 42 білборди у містах та районах області.

На регіональних телеканалах демонструється відеоролик, підготовлений спеціалістами Дніпропетровського обласного центру кардіології та кардіохірургії.

У м. Дніпропетровськ функціонують 12 постійних пунктів виміру артеріального тиску у місцях масового перебування людей – ринках, торгівельних центрах тощо. Згідно з наказами департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації, проведено декадниці, тижневики, дні відкритих дверей, присвячені Всесвітньому дню серця, Всесвітньому дню боротьби з артеріальною гіпертонією, Всесвітньому дню боротьби з інсультом. У лікувально-профілактичних закладах області за міряли артеріальний тиск у 230,4 тис. осіб, підвищений артеріальний тиск виявлено у 74,8 тис. осіб, що складає 32,15%.

Під час традиційної «Естафети здоров'я», яка відбулась 08.06.2013 р. з нагоди Дня медичного працівника, мешканці області мали змогу пройти профілактичні обстеження, у тому числі вимірювання артеріального тиску, – обстежено понад 2 тис. осіб, виявлено підвищений артеріальний тиск у 50% осіб.

### ***Медіасупровід реформи***

Спільно з державним закладом «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» виготовлено понад 5 тис. примірників анкет для інтерв'ювання населення щодо задоволеності первинною, вторинною, екстреною медичною допомогою. У жовтні проведено незалежне анонімне анкетування, в якому взяли участь 5270 респондентів. Аналіз даних анкетування показав, що: від 65% до 85% опитаних відмічають задоволеність первинною, вторинною та екстреною медичною допомогою, від 70% до 94% респондентів відмічають уважне ставлення медичного персоналу до пацієнтів, 83% опитаних зазначають безкоштовне лабораторне та інструментальне обстеження в лікувальних закладах та 98% респондентів відмітили, що під час виклику бригади «швидкої» не сплачували за пальне та медикаменти.

Протягом 2013 р. проведено 12 засідань асоціацій: лікарів – організаторів охорони здоров'я, сімейних лікарів, медичних сестер., у яких взяли участь близько 2 тис. медичних працівників. На засіданнях розглядалися питання: впровадження пілотного проекту державного регулювання цін на лікарські засоби від гіпертонічної хвороби; організації кампанії «Обери собі лікаря»; актуальні та проблемні питання організації та управління первинною медико-санітарною допомогою; дотримання спадкоємності у роботі закладів первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги при проведенні диспансеризації населення; організації виконання постанови Кабінету Міністрів України від 28.02.2002 р. № 228 (зі змінами та доповненнями) щодо фінансування видатків на охорону здоров'я по вторинній та екстреній медичній допомозі за двома кодами економічної кваліфікації; шляхи оптимізації роботи закладів охорони здоров'я та ефективного використання наявних ресурсів.

### **2.3. Стан реалізації пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я у Донецькій області за 2013 рік**

Реформування медичної допомоги в Донецькій області у 2013 р. проведено відповідно до Національного плану дій на 2013 р. щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» на принципах дотримання чинного законодавства України, етапності, наступності, послідовності, прозорості, міжвідомчої координації.

Протягом 2011–2013 рр. питання реформування системи охорони здоров'я розглянуто на 11 засіданнях колегій облдержадміністрації, 8 сесіях обласної ради, 10 засіданнях

постійної комісії обласної ради з питань соціальної політики та охорони здоров'я, 13 засіданнях колегій департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації.

Проведено 15 нарад комітету з економічних реформ при облдержадміністрації, у т. ч. виїзних, де розглядалися результати проведення медичної реформи, проблемні питання та плани перспективного розвитку закладів охорони здоров'я до міст і районів області.

Взято участь у 14 засіданнях громадських рад, 26 засіданнях «круглих столах» із представниками громадських організацій, брифінгах, прес-конференціях із журналістами тощо.

Позитивні результати медичної реформи отримано як для населення та медичних працівників, так і для системи охорони здоров'я області взагалі.

### ***Первинна медична допомога***

В області функціонувало 72 центри первинної медико-санітарної допомоги (далі – ЦПМСД), до складу яких, як структурні підрозділи, входили 452 амбулаторії, серед яких 335 обслуговували міське населення, 117 – сільське населення, та 462 ФАП/ФП.

Забезпеченість амбулаторіями становила: міського населення – 0,85 на 10 тис. населення (норматив – 1,87), сільського населення – 2,82 на 10 тис. населення (норматив – 3,3 на 10 тис. населення).

Доступність для населення ПМД досягалася декількома шляхами, насамперед за рахунок подальшого розвитку мережі амбулаторій. З 2011 р. кількість амбулаторій збільшилися майже в 3 рази (з 142 до 451). Протягом 2013 р. відкрито 8 нових амбулаторій: 5 – для міського населення, 3 – для сільського населення та 1 медичний пункт. Ще 7 амбулаторій та 1 ФАП переміщено у відремонтовані приміщення з метою наближення до місця проживання населення.

Для наближення ПМД до населення в області переглянуто наявні маршрути та організовані додаткові маршрути громадського транспорту, проведено ремонти автошляхів з урахуванням розташування амбулаторій.

Крім того, з метою зручності отримання медичної допомоги, особливо для працюючого населення, в амбулаторіях переглянуто графіки роботи – з 08.00 до 19.00–20.00, згідно з рекомендаціями МОЗ України.

Підвищено своєчасність надання невідкладної медичної допомоги населенню за рахунок створення на базі амбулаторій ЦПМСД 30 пунктів невідкладної допомоги.

Усі ЦПМСД отримали ліцензію на роботу з наркотичними засобами та прекурсорами. Паліативна допомога надавала як шляхом виписки рецептів на ін'єкційні і таблетовані препарати, так і безпосереднім виїздом медичної сестри ЦПМСД до хворих, які потребували знеболювання.

В амбулаторіях ЦПМСД функціонували 4363 ліжко-міст денного стаціонару, їх забезпеченість по області становила 9,9 на 10 тис. нас., що дало змогу отримувати населенню повноцінне стаціонарозамінне лікування.

В амбулаторіях ЦПМСД велика увага приділялася інформаційному забезпеченню організації лікувально-діагностичного процесу, що сприяло впорядкуванню маршруту пацієнта. Існувала система направлень між рівнями медичної допомоги, де саме лікар первинної ланки визначав подальший маршрут пацієнта, що дало змогу підвищити своєчасність та якість надання медичної допомоги.



Потоки хворих (дорослих, дітей, вагітних) розділено. Організовано виїзні засідання ВКК. Сформовано і затверджено локальні протоколи надання ПМД при різних захворюваннях і станах.

Також підвищено якість і своєчасність обслуговування населення за рахунок 100-відсоткового оснащення амбулаторій санітарним автотранспортом і ФАПів велосипедами (придбано 470 автомобілів «Нива» і 273 велосипеди за рахунок субвенції у сумі 47 млн грн). Ще 24 автомобілі придбано за рахунок бюджету міст і районів у сумі 10,2 млн грн. На теперішній час до кожної амбулаторії прикріплено від одного до декілька автомобілів, усього в наявності – 890 автомобілів.

Поліпшено діагностику та лікування хворих за рахунок оснащення амбулаторій сучасним медичним обладнанням, що дало змогу дотримуватися протоколів лікування. У 2012 р. придбано близько 4 тис. од. на 34 млн грн. У 2013 р. на дооснащення амбулаторій та ФАПів за рахунок місцевого бюджету і позабюджетних надходжень виділено 4,4 млн грн, на які закуплено оргтехніку, твердий інвентар, медобладнання. Оснащеність ЦПМСД без урахування дрібного і одноразового інструментарію (вартістю до 1000,0 грн) – 84%. Комп'ютерною технікою центри оснащені на 86,2%.

Профоглядами охоплено 81% прикріпленого населення. Знижено питому вагу деструктивних форм туберкульозу з 53% до 51,5%, а занедбаних випадків онкозахворювань, виявлених вперше при профоглядах, – з 19,3% до 19,2%. Тобто виявлено тенденцію до своєчасного діагностування соціальних хвороб на ранніх стадіях розвитку.

Впроваджено систему вільного вибору сімейного лікаря, що обумовило збільшення довіри пацієнта до лікаря. З 1 вересня 2013 р. в області успішно проведено кампанію з реалізації права пацієнта на вільний вибір лікаря первинної ланки, яка тривала протягом місяця. Усього звернулись з метою зміни лікаря первинної ланки 71,2 тис. осіб, що склало 1,7%, з них близько 80% – з причин зміни місця проживання.

З метою закріплення знань і навиків сімейними лікарями за різними спеціальностями на робочому місці лікарями-спеціалістами проводилися відповідні тренінги.

Спеціалізована медична допомога населенню поліпшувалася за рахунок організації виїзних прийомів спеціалістів до амбулаторій.

Впроваджувалася дистанційна форма роботи з діагностики та консультування хворих (телемедицина). Для сільських районів закуплено системи передачі електрокардіограм «Тредекс» для можливості проведення консультацій складних кардіограм фахівцями на відстані.

Поліпшено матеріально-технічний стан амбулаторій і ФАПів: на ремонтні роботи приміщень амбулаторій із місцевих бюджетів у 2012 р. залучено 19,3 млн грн, у 2013 р. – 11 млн грн. Створено гідні умови для лікування хворих та профілактики внутрішньолікарняних інфекцій.

З метою впровадження електронного реєстру пацієнтів для закладів ПМД придбано 2030 одиниць комп'ютерної техніки, з них 72 серверні станції (по кількості ЦПМСД), 2 тис. автоматизованих робочих місць лікарів і медреєстраторів на 14 млн грн. Кількість фактично розгорнутих автоматизованих робочих місць – 1958 одиниць.

Внесено до електронного реєстру інформацію на 3,9 млн пацієнтів, або 89% населення області. Із 452 амбулаторій, що входили до складу ЦПМСД, 352 (78%) заклади підключено

до мережі Інтернет. З 452 амбулаторій у 432 (96%) закладах встановлено локальну мережу, у 20 амбулаторіях інформація вносилася тільки на «міні-сервер».

У зв'язку з відсутністю комплексної системи захисту інформації (далі – КСЗІ) в кожній амбулаторії встановлено «міні-сервер» (робоче місце, де встановлено програмний продукт SQL Server), на якому накопичувалися дані про пацієнтів, що обслуговувалися в даній амбулаторії. Локальна мережа поєднувала «міні-сервер» та робочі місця в межах амбулаторії.

Попередні результативні показники за три роки:

- на 5% знизилася питома вага онкологічних хворих, виявлених у занедбаних стадіях, у т. ч. на 8% – у сільських мешканців;
- на 7% зменшилася питома вага онкохворих, померлих протягом 1-го року з часу встановлення діагнозу;
- на 13% знизилася поширеність і на 2% захворюваність на ТБ;
- на 2,2% збільшилося охоплення медичним спостереженням жіночого населення;
- на 4,3% знизилася питома вага повторних інфарктів міокарда.

#### ***Екстрена медична допомога***

В області створено Єдину систему ЕМД, яку передано до обласної комунальної власності і централізовано для фінансування з обласного бюджету. Введено в експлуатацію нову будівлю обласного центру ЕМД і медицини катастроф, де створено умови для функціонування всіх необхідних підрозділів (28,5 млн грн). Завершено реконструкцію центральної диспетчерської (1,0 млн грн). Оновлено матеріально-технічне забезпечення служби: поповнено парк санітарних автомобілів на 122 од. (або на 30%) за рахунок різних джерел фінансування. Дооснащено медичним обладнанням бригади швидкої медичної допомоги (257 дефібриляторів і 330 ЕКГ-апаратів із можливістю дистанційного консультування).

В області розташовано 65 пунктів базування бригад швидкої медичної допомоги. У 2012 р. додатково відкрито 2 пункти тимчасового базування бригад ЕМД, у 2013 р. – ще 4 пункти. У 2014 р. ця робота буде продовжена.

З 01.05.2013 р. почав функціонувати єдиний обласний центр ЕМД та медицини катастроф із 11 відокремленими структурними підрозділами – станціями швидкої медичної допомоги.

Відповідно до плану заходів Національного проекту «Вчасна допомога», в області створено єдину диспетчерську службу. Проведено оплату проекту зі створення єдиної диспетчерської служби (146,0 тис. грн) та її оснащення мобільним зв'язком, стаціонарними телефонами, комп'ютерами, меблями, електрогенераторними установками (2075,0 тис. грн). Укладено договір на закупку машин, придбання медичного одягу для медпрацівників служби. Також укладено договір на проведення робіт із реконструкції приміщень для розміщення центральної диспетчерської служби (4,5 млн грн).

У м. Донецьку проводилася робота щодо устаткування бригад швидкої медичної допомоги охоронним приладом «тривожна кнопка» державної служби охорони. Усього закуплено 21 охоронний прилад, який встановлювався в автомобілях, бригади оснащено «тривожними кнопками» у вигляді радіобрелків. На сьогоднішній день «тривожною кнопкою» оснащено 10 автомобілів швидкої допомоги.

Потреба області в санітарному автотранспорті такого типу – 453 одиниці. Станом на 01.12.2013 р. у службі ЕМД області експлуатувалися 553 автомобілі екстреної швидкої медичної допомоги та реанімообілів, з яких 232 (42%) автомобілі знаходилися в експлуатації понад 8 років. При цьому 200 (36,2%) автомобілів потребували списання (163) або капітального ремонту (37).

У 2013 р. за рахунок державного бюджету для служби ЕМД області закуплено 138 автомобілів, у т.ч. 8 реанімообілів. За рахунок обласного бюджету в 2013 р. придбано 10 автомобілів класу В.

Результати:

- забезпечено екстериторіальність надання ЕМД населенню, поліпшено своєчасність прибуття бригад швидкої медичної допомоги до хворих із 79% у попередні роки до 86,5% у містах і до 84% у селах;
- збільшено фінансування на медикаменти бригад швидкої медичної допомоги з 4 до 25 грн на 1 виклик;
- збільшено обсяг і перелік медикаментів та витратних матеріалів, забезпеченість ними – 100% із запасом на 6 місяців на наступний рік;
- кількість непрофільних викликів швидкої допомоги зменшилася на 25%;
- питома вага хворих на інсульт, госпіталізованих в перші 3 години від початку захворювання, зросла на 1,7%;
- питома вага хворих на гострий інфаркт міокарда, госпіталізованих у першу добу від початку розвитку захворювання, зросла на 1,3%.

#### ***Вторинна медична допомога***

Організаційно-правова форма закладів охорони здоров'я Донецької області протягом 2011–2013 рр. не змінилася. Проводилася оптимізація ліжкової мережі закладів охорони здоров'я вторинного рівня надання медичної допомоги відповідно до дійсної потреби населення. За період з 2011 р. до 9 міс. 2013 р. в Донецькій області ліжковий фонд зменшився на 1042 ліжка, на вторинному рівні скорочено 962 ліжка.

Забезпеченість лікарняними ліжками по області незначно знизилась з 78,42 (2011 р.) до 76,0 на 10 тис. населення (9 міс. 2013р.). На вторинному рівні (без спеціалізованих ліжок) – з 52,0 на 10 тис. населення до 44,1 за 9 міс. 2013 року.

Середній термін перебування пацієнта на стаціонарному ліжку за останні три роки мав тенденцію до зниження: по області 12,7–12,7–12,6, в лікарняних закладах вторинного рівня – 10,3–10,2–9,4.

Погіршилась робота ліжка: по області з 336,3 дня (2011 р.) до 334,9 (2012 р.), за 9 місяців 2013 р. – 246,9 дня. Середня зайнятість ліжка в закладах вторинного рівня нижча за норматив: 332,0 – 332,0 – 244,7 (9 міс. 2013 р.).

Обіг ліжка по області в 2011–2012 рр. залишався на одному рівні – 26,5, за 9 місяців 2013 р. він становив 19,5. На вторинному рівні за три останні роки: 32,3 – 32,6 – 25,9.

На теперішній час в області відпрацьовано регіональні критерії створення госпітальних округів, які розміщено на сайті облдержадміністрації та обговорено з громадськістю. Проведено аудит ресурсів закладів охорони здоров'я вторинного рівня. Проведено обговорення щодо плану перспективного розвитку закладів охорони здоров'я вторинного рівня з головами міських рад, райдержадміністрацій, керівниками зазначених медичних закладів. Розроблено план-схему госпітальних округів.

З метою відпрацювання механізму створення госпітальних округів, визначення можливих ризиків при реорганізації закладів вторинного рівня, створено експериментальний Добропільсько-Олександрівський госпітальний округ, який функціонує з січня 2014 р. До його складу увійшли три адміністративні території: м. Добропілля, Добропільський та Олександрівський райони із загальною чисельністю населення 102,3 тис. і протяжністю 90 км. Центральну міську лікарню м. Добропілля реорганізовано в лікарню інтенсивного лікування з приєднанням як структурних підрозділів Білозерської та Білицької міських лікарень. Олександрівську центральну районну лікарню реорганізовано в лікарню планового лікування. На теперішній час проведено державну реєстрацію реорганізованих закладів охорони здоров'я, затверджено їх статути, проінформовано профспілкові організації про проведену реорганізацію, заходи щодо прийому-передачі майна тривають.

Проведено роботу щодо передачі з січня 2014 р. районних комунальних закладів охорони здоров'я вторинного рівня надання медичної допомоги до спільної власності територіальних громад сіл, селищ, міст, що знаходиться в управлінні обласної ради. На теперішній час департаментом охорони здоров'я облдержадміністрації сумісно з керівниками відпрацьовано стратегії розвитку вищезазначених закладів на 2014 рік.

У 10 багатопрофільних лікарень, визначених як лікарні інтенсивного лікування, проводилася робота щодо створення відділень екстреної (невідкладної) допомоги (загальна сума ремонтних робіт – 29,9 млн грн, сума закупівлі обладнання для цих відділень – 50,3 млн грн).

#### ***Третинна медична допомога***

Одночасно з реорганізацією загальної лікарської мережі проводилася робота щодо оптимізації мережі спеціалізованих закладів (туберкульозних, психіатричних, наркологічних, дерматовенерологічних) шляхом їх концентрації з розділенням функції лікарень залежно від інтенсивності медичної допомоги. На теперішній час розроблено відповідний алгоритм дій щодо реорганізації туберкульозної служби. Заплановано створення єдиної юридичної особи із 14 структурними відокремленими підрозділами у містах і районах області. Наступним етапом буде аналогічна реорганізація наркологічної служби. Психіатрична та дерматовенерологічна служби розмежовані за рівнями медичної допомоги на вторинний та третинний із подальшим приєднанням безліжкових диспансерів до створених консультативно-діагностичних центрів/відділень лікарень інтенсивного лікування.

Проведено реорганізацію спеціалізованих закладів охорони здоров'я шляхом їх об'єднання без скорочення ліжкового фонду: Авдіївський міський тубдиспансер приєднано до Горлівського міського тубдиспансера; Держинський міський шкірно-венерологічний диспансер приєднано до міського тубдиспансера м. Краматорська. Скорочено 120 спеціалізованих ліжок, у т.ч. в міських туберкульозних диспансерах – 80 ліжок (міста Донецьк, Артемівськ) і міському Макіївському шкірно-венерологічному диспансері – 40 ліжок. Проведена реорганізація призвела до концентрації обмежених кадрових, фінансових, матеріально-технічних ресурсів охорони здоров'я області, при цьому доступність населення до медичної допомоги не погіршилася.

Кадрове забезпечення. Станом на 01.10.2013 р. кількість лікарів в області становила 15 123 (9 міс. 2012 р. – 15666; 2011 р. – 16189; 2012 р. – 15126) осіб, кількість молодших медичних спеціалістів – 34 809 (2011 р. – 30862; 2012 р. – 31247) осіб.

Укомплектованість лікарських посад станом на 01.10.2013 р. знизилась до 74,7% порівняно з аналогічним періодом минулого року – 76,1%, однак порівняно з минулими роками (2011 р. – 71,5%; 2012 р. – 71,1%) вона зросла. Укомплектованість молодшими медичними спеціалістами мала тенденцію до зниження та дорівнювала 80,4% (9 міс. 2012 р. – 86,8%; 2011 р. – 85,2%; 2012 р. – 84,3%).

Показник забезпеченості лікарями зменшився за 9 місяців 2013 р. до 34,5 на 10 тис. населення, за 9 міс. 2012 р. він становив 35,4 (2011 р. – 35,86; 2012 р. – 35,77).

Показник забезпеченості молодшими медичними спеціалістами знизився з 80,1 (9 міс. 2012 р.) до 79,3 на 10 тис. населення в 2013 р. (2011 р. – 82,1; 2012 р. – 82,2).

Для вирішення проблем кадрового забезпечення первинної ланки вирішено збільшити на 30% обсяги підготовки сімейних лікарів шляхом спеціалізації на профільній кафедрі Донецького національного медичного університету ім. Горького за рахунок загальної чисельності кадрового ресурсу університету: циклів по спеціалізації з 90 до 145 і передатестаційних циклів – з 60 до 90. На курсах спеціалізації ЗП/СМ пройшли підготовку і перепідготовку: у 2011 р. – 102 лікарі, у 2012 р. – 145 лікарів, у 2013 р. – 269 лікарів.

Крім того, завершили навчання зі здобуттям другої вищої освіти за фахом «Менеджер-економіст» 75 лікарів, випущено 9 магістрів за фахом «Бізнес-адміністрування», ще 30 лікарів продовжили навчання на I курсі і 40 лікарів – на II курсі.

Загальна забезпеченість лікарями ЗП/СМ збільшилася з 1,0% у 2011 р. до 1,7% у 2013 році.

Протягом звітної періоду у ЦПМСД міст і районів ПМД надавали 1934 лікарі, серед яких 35,4% лікарів ЗП/СМ, 39% дільничних лікарів-терапевтів і 25,6% дільничних лікарів-педіатрів (у містах – 542, у районах – 199 сімейних лікарів).

У рамках реалізації програм «Місцевих стимулів», прийнятих в усіх містах і районах області, у 2013 р. використано 10,5 млн грн: 11 медичних працівників забезпечено житлом, у 31 місті та районі області додатково виплачено надбавки до заробітної плати, в 17 – впроваджено безкоштовний проїзд в громадському транспорті, у вищих медичних закладах I–IV рівнів акредитації за рахунок коштів місцевих бюджетів навчалися 70 студентів.

Крім того, в регіоні додатково застосовувалися такі заходи: проведення обласного конкурсу «Кращий фахівець» до Дня медичного працівника з матеріальною винагородою переможців (у 2013 р. для матеріальної винагороди з обласного бюджету виділено кошти в розмірі 162,0 тис. грн); матеріальне заохочення медичних працівників до професійних свят (Дня медичного працівника, Дня медичної сестри) на місцевому рівні; позачергове влаштування дітей медпрацівників у дитячі дошкільні заклади; першочергове направлення лікарів ЗП/СМ на конференції, конгреси, тренінги, семінари з метою підвищення кваліфікації.

Поліпшено матеріально-технічне забезпечення закладів охорони здоров'я області. У 2012 р. за рахунок субвенцій державного бюджету місцевим бюджетам на придбання медичного автотранспорту та обладнання для закладів охорони здоров'я в сумі 88,0 млн грн і на придбання медичного обладнання вітчизняного виробництва в сумі 18,5 млн грн закуплено 45 сучасних рентгенівських діагностичних комплексів, а також 80 одиниць санітарного транспорту для лікувально-профілактичних закладів вторинного та третинного рівнів. У 2013 р. за рахунок цільових видатків обласного бюджету на врахування екологічних особливостей регіону для закладів охорони здоров'я вторинного та третинного рівнів закуплено медичне обладнання та виробу медичного призначення на загальну суму 215,9 млн гривень.

### ***Національний проект «Нове життя»***

Для поліпшення перинатальної допомоги в області здійснювався проект «Нове життя». На базі Донецького регіонального центру охорони материнства і дитинства відкрито обласний перинатальний центр III рівня. Поетапно заплановано створити в області мережу з 7 перинатальних центрів II рівня в крупних містах області. У 2013 р. вже відкрито 2 центри (Макіївка, Маріуполь), ще 5 – заплановано відкрити протягом наступного року. Перинатальні центри II рівня у 2012 р. поповнені медичним обладнанням на загальну суму 46,4 млн гривень.

Продовжувалася реорганізація акушерських і неонатальних відділень для роботи їх в режимі індивідуальних і спільних пологових залів, палат сумісного перебування матері і дитини. В цілому по області організовано 290 індивідуальних і сімейних пологових залів та палат, рівень партнерських пологів досяг 79%. Акушерський ліжковий фонд переведений на режим сумісного перебування матері і дитини, зростає кількість пологових кімнат замкнутого типу (51), практикується рання виписка із стаціонару. Кваліфікована медична допомога новонародженим дітям організовувалася відповідно до сучасних вимог за принципом чіткої регіоналізації та поетапності надання кваліфікованої допомоги.

Продовжувалося закриття малопотужних пологових стаціонарів із кількістю пологів менш, ніж 400 за рік: з 01.04.2013 р. закрито пологове відділення центральної міської лікарні м. Кіровське, пологове відділення в Олександрівській центральній районній лікарні (126 пологів за рік). Питання закриття ще 2 малопотужних акушерських стаціонарів буде вирішуватися протягом 2014 р. під час формування госпітальних округів та організації лікарень інтенсивного лікування.

Завдяки проведеним заходам, рівень малюкової смертності за 11 місяців становив 11,0‰, що на 8,6% менше, ніж за аналогічний період 2013 р. (12,7‰).

За 11 місяців 2013 р. в області померло 14 жінок під час вагітності, пологів та в післяпологовому періоді, зафіксовано 9 випадків материнської смертності, показник 23,9 на 100 тис. живонароджених (у 2012 р. за аналогічний період показник становив 19,8). Із 9 випадків материнської смертності один випадок був попереджуваним.

Питання попередження материнської та малюкової смертності в області розглядалися на колегіях департаменту охорони здоров'я, двічі на рік – на колегії облдержадміністрації, один раз на два місяці – на селекторних нарадах із головними лікарями лікувально-профілактичних закладів, завідувачами акушерськими стаціонарами, жіночими консультаціями, головними педіатрами міст і районів області. На підставі наказу департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації протягом IV кварталу проводився аудит перинатальної допомоги в області для визначення рівня надання медичної допомоги матерям та новонародженим у родопомічних закладах, матеріально-технічне та кадрове забезпечення.

На базі створеного в 2012 р. перинатального центру III рівня організовано семінари для лікарів акушерів-гінекологів, неонатологів із питань невідкладних станів, для лікарів ЗП/СМ із питань спостереження за фізіологічним перебігом вагітності, диспансеризації жіночого населення. На базі відкритих і майбутніх перинатальних центрів II рівня організовано учбово-методичні кабінети для лікарів ЗП/СМ із питань планування сім'ї, збереження репродуктивного здоров'я, ускладнень під час вагітності тощо.

### ***Забезпечення населення лікарськими засобами:***

– підписано меморандум про співпрацю між облдержадміністрацією, ДонНМУ, Державною службою з лікарських засобів, фармкомпаніями, згідно з яким, в аптеках області збільшується кількість вітчизняних ліків, поновлюється екстемпоральне виробництво ліків, продовжитися відкриття в аптеках нових відділів «Доступні ліки», де реалізація ліків здійснюється по цінах заводів-виробників. На теперішній час такі відділи є у 32 аптеках;

– розширено мережу аптекних закладів із 987 аптек у 2010 р. до 1776 аптек у 2013 р. (+789);

– реалізовано пілотний проект щодо забезпечення лікарськими засобами хворих на гіпертонічну хворобу з частковим відшкодуванням їх вартості, для чого виділено субвенцію у сумі 15 259,3 тис. грн, використано коштів на суму 6625,9 тис. грн, що склало 43,3% від отриманого обсягу. Виписано 2 700 233 рецепти хворим на гіпертонічну хворобу, з яких здійснено часткове відшкодування вартості лікарських засобів задіяних у пілотному проекті по 641 548 (23,8%) рецептах. Отримала лікування лікарськими засобами 509 661 особа з гіпертонічною хворобою (56% від кількості хворих у реєстрі на гіпертонічну хворобу).

Для лікування пільгової категорії хворих у місцевих бюджетах передбачено 22,3 млн грн, профінансовано 22,0 (91% від запланованого) млн грн. У середньому на 1 пільговика приходиться 1,2 грн на місяць, на інваліда Великої Вітчизняної війни – 3,1 гривні.

### ***Фінансування сфери охорони здоров'я***

Законом України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях і місті Києві» передбачено перерозподіл фінансових ресурсів між закладами охорони здоров'я пілотних регіонів за рівнями надання медичної допомоги – ПМД, ВМД, ЕМД і ТМД.

В області проведено роботу з розмежування витрат на ПМД, ВМД та ЕМД в нинішніх умовах функціонування закладів. Порядок формування бюджетів не змінився, але були внесені зміни до Формули визначення обсягу асигнувань на охорону здоров'я шляхом введення додаткового коефіцієнта, що коригує розмежування витрат між бюджетами міст обласного підпорядкування, районів і обласним бюджетом: на ПМД – 0,28 для міст обласного значення і 0,348 для районів, на ВМД та ЕМД – 0,72 для міст обласного значення і 0,652 для районів.

У результаті змін, починаючи з 2012 р., кошти для надання ПМД концентрувалися на рівні районних бюджетів і бюджетів міст обласного значення.

У перехідний період до завершення реорганізації лікувально-профілактичних закладів за видами надання медичної допомоги й формування госпітальних округів заклади вторинного рівня в області фінансувалися у вигляді дотацій з обласного бюджету бюджетам міст і районів.

У 2013 р. асигнування на охорону здоров'я порівняно з 2011 р. зросли на 36%. Фінансування первинного рівня збільшилося на 8,7% за рахунок зміни Формули. У структурі витрат на охорону здоров'я видатки на оплату праці з нарахуваннями становили 76,5%, на медикаменти – 7,0%, продукти харчування – 2,4%, енергоносії – 7,7%.

Для медичних працівників, які надавали ПМД, з 2012 р. запроваджено матеріальне заохочення за виконання обсягу роботи та якості надання медичної допомоги, для чого в бюджеті щорічно передбачалися цільові кошти в обсязі 90,8 тис. грн. За 11 місяців освоєно

48,5 млн грн, або 53,5% планових призначень (значна сума виплачена за грудень 2013 р. – дані будуть уточнені до 20.01.2014 р.). Внаслідок цього середня заробітна плата медичних працівників ПМД у 2013 р. збільшилася на 30% порівняно з 2011 роком.

Завдяки впровадженню нової 2-кодової моделі фінансування ПМД і укладенню договорів про медичне обслуговування населення, з'явилася можливість гнучкості в ухваленні управлінських рішень і можливість ефективнішого використання фінансових ресурсів.

У 2012 р. до державного експерименту із впровадження програмно-цільового методу на місцевому рівні залучено обласний, міські та районні бюджети Донецької області. У рамках реалізації пілотного проекту щодо реформування системи охорони здоров'я в області впроваджено складання бюджетних запитів у форматі програмно-цільового методу і паспортів бюджетних програм у межах асигнувань, затверджених у рішенні про відповідний місцевий бюджет за всіма бюджетними програмами. Використання програмно-цільового методу в бюджетному процесі стало інструментом для використання бюджетних коштів із кращим результатом і меншими затратами згідно з пріоритетами розвитку галузі. Планування коштів зосереджено на результатах виконання програм, і в кінцевому результаті – на поліпшення якості надання медичної допомоги.

### ***Медіа-супровід реформи***

З метою формування позитивного ставлення і розуміння перетворень, що відбуваються у сфері охорони здоров'я області, розроблено медіа-план супроводу реформ. У постійному режимі в засобах масової інформації, теле- і радіопередачах, офіційних веб-сайтах облдержадміністрації, головного управління охорони здоров'я, міських рад, райдержадміністрацій освітлювалися та аналізувалися перетворення в медичній галузі.

У 2013 р. щомісяця випускалися телепередачі: «Все про медицину», «Дорогою реформ», «Сьогодні в студії». Проведено понад 40 випусків, де висвітлювалися успіхи й проблеми реформи медицини. На запрошення різних телеканалів медики брали участь в теле- і радіопередачах, у т.ч. у прямому ефірі. За минулий період їх видано понад 100.

У регіональних друкарських виданнях опубліковано понад 500 статей на різну тематику, присвячену медицині. В обласній медичній газеті «Мир здоров'я» виходило щомісячне застосування «Бібліотека сімейного лікаря».

На веб-сайті Департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації ([donzdrav.gov.ua](http://donzdrav.gov.ua)) продовжувалося розміщення інформації про хід реформування з оновленням інформації 2–3 рази на тиждень.

На веб-сайті облдержадміністрації ([donoda.gov.ua](http://donoda.gov.ua)) постійно розміщувалися питання стосовно реформування та рубрика «Запитайте у сімейного лікаря», «Успіхи реформи» з щотижневим оновленням інформації.

## **2.4. Стан реалізації пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій області за 2013 рік**

У 2013 р. у Вінницькій області, відповідно до пілотного проекту реформування системи охорони здоров'я та на виконання Національного плану дій на 2013 р. щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна



економіка, ефективна держава», затвердженого Указом Президента України від 12.03.2013 р. № 128/2013, продовжувалася робота щодо модернізації медичної допомоги.

### ***Первинна медична допомога***

Мережа первинного рівня медичної допомоги сьогодні представлена 33 центрами, в складі яких 296 амбулаторій загальної практики – сімейної медицини та 906 ФАПів.

Протягом трьох останніх років кількість амбулаторій на Вінниччини зросла зі 177 у 2010 р. до 296 у 2013 р. У 2013 р. відкрито 18 нових сучасних закладів первинної мережі у сільській місцевості та дві амбулаторії в м. Вінниці.

В області останніми роками проведена велика планова робота з підготовки кадрів з питань сімейної медицини: підготовлено на циклах спеціалізації, в інтернатурі 699 лікарів та 850 медичних сестер.

У 2013 р. завершили спеціалізацію по сімейній медицині 95 лікарів і на сьогодні їх загальна кількість в області становить 794. Сімейними лікарями обслуговується 98,5% населення області.

Рівень забезпеченості первинної ланки сімейними лікарями становить 4,5 на 10 тис. населення. Одній посаді лікаря відповідає 2,3 посади середнього медичного персоналу.

Протягом 2011 року в області функціонувало 3100 ліжок денного стаціонару, на яких проліковано 83061 хворого, забезпеченість ліжками денного стаціонару складала 19,0 на 10 тис. населення.

У 2012 році функціонувало 3231 ліжко денного стаціонару, на якому проліковано 111805 хворих, забезпеченість ліжками денного стаціонару складала 19,9 на 10 тис. населення.

У 2013 році функціонувало 3175 ліжок денного стаціонару, на яких проліковано 108192 хворих, забезпеченість ліжками денного стаціонару складала 19,6 на 10 тис. населення.

Протягом 2011–2012 рр. усі дільничні лікарні, які функціонували в області, були реорганізовані в амбулаторії загальної практики-сімейної медицини ЦПМСД, а ліжка, відповідно, увійшли як структурні підрозділи до складу ЦРЛ.

Забезпечення якісної та доступної медичної допомоги для населення безпосередньо залежить від облаштування робочого місця медичного працівника, забезпечення його усім необхідним, створення комфортних умов лікування для пацієнтів.

Протягом 2011 р. відремонтовано 346 закладів, які надають первинну медичну допомогу на суму 5,23 млн грн, у 2012 р. відремонтовано 746 закладів на суму 12,1 млн грн, у 2013 р. – 868 закладів, в тому числі 192 амбулаторії та 676 ФАПів, на загальну суму 58,8 млн гривень.

Забезпечення санітарним автотранспортом значно наблизило надання первинної медичної допомоги до населення. У 2011 р. первинною ланкою отримано 54 транспортні засоби (44 – ГАЗ, 10 – УАЗ) за рахунок районного та обласного бюджетів на суму 7338,0 тис. гривень. У 2013 р. для ЦПМСД отримано 95 автомобілів Geely та 8 скутерів на суму 6,6 млн гривень. Всього первинною ланкою протягом 2011–2013 рр. отримано 157 транспортних засобів на суму 13 935,9 тис. гривень. На сьогодні забезпеченість санітарним автотранспортом становить 413 одиниць. Для 100% дооснащення потрібно іще 257 санітарних автомобілів.

Оснащеність закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу, збільшилась з 58% у 2010 р. до 85,2% у 2013 році.

З метою підвищення мотивації залучення молоді до роботи у медичних закладах сільської місцевості проводиться робота з впровадження програм «місцевих стимулів». Всього за період реформування галузі отримали житло 15 сімей медичних працівників, виділено 3 земельні ділянки під забудову для медичних працівників: у 2011 р. забезпечено житлом 5 медичних працівників у сільській місцевості, з них 4 молоді спеціалісти; у 2012 р. забезпечено житлом 6 медичних працівників; у 2013 р. виділено житло 4 сім'ям медичних працівників та 3 земельні ділянки для медичних працівників, які проживають та працюють у сільській місцевості.

Завдяки програмам «місцевих стимулів» для медичних працівників з терміном дії до 2014–2015 рр., в 2013 р. у Вінницькому національному медичному університеті навчається 58 студентів з числа осіб, що проживають у сільській місцевості, з подальшим працевлаштуванням на посади сімейних лікарів.

За програмою «Муніципальне житло м. Вінниця» поводиться будівництво житла на 140 квартир в м. Вінниці. Введення в експлуатацію будинку заплановано на I квартал 2014 р., де квартири отримують і медичні працівники.

Протягом 2013 р. за ініціативи обласної влади розпочато будівництво у 20 районах області 8-квартирних будинків для працівників соціальної сфери, у тому числі медичних працівників.

Всього на програму «місцевих стимулів» протягом 2013 р. використано коштів майже 3,0 млн грн з місцевих бюджетів.

На сесії облради, яка відбулась 08 листопада 2013 р., затверджено рішення про внесення змін до обласної програми «Здоров'я нації до 2015 року» стосовно затвердження соціальних гарантій для медичних працівників.

Розроблено План підвищення доступності та якості первинної медичної допомоги у регіоні на 2014–2016 рр., згідно з яким протягом 2014–2016 рр. районні державні адміністрації зобов'язано забезпечити житлом ще 107 медичних працівників області, у тому числі виділити 84 квартири та 23 земельні ділянки у сільській місцевості.

### ***Екстрена медична допомога***

Створено територіальне медичне об'єднання «Вінницький обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф».

До прийняття Закону України «Про екстрену медичну допомогу» кадрове забезпечення складало біля 75%. На сьогодні служба забезпечена лікарським складом на 85% та майже на 100% середнім медичним персоналом.

Здійснюється укріплення матеріально-технічної бази закладів екстреної медичної допомоги. У поточному році відкрито новозбудоване приміщення Центру, на будівництво якого використано коштів в сумі 5,5 млн гривень.

До 2012 р. парк санітарного автотранспорту складав 157 одиниць. Завдяки дієвій фінансовій підтримці з боку уряду та обласної влади процесу реформування галузі охорони здоров'я на Вінниччині, за кошти обласного бюджету закуплено 4 санітарні автомобілі для обслуговування неекстрених викликів та за кошти державного бюджету – 40 автомобілів швидкої медичної допомоги, з них – 34 PEUGEOT Boxer класу В та 6 реанімобілів Ford Transit класу С. Автомобілі обладнанні найсучаснішим реанімаційним обладнанням.

У 2013 р. з обласного бюджету виділено 1.5 млн грн на придбання санітарного транспорту для швидкої медичної допомоги.

В області відновлено роботу санітарної авіації із залученням вертольота МІ-2 на базі Вінницького авіаремонтного заводу. За поточний рік здійснено 13 вилетів, з них 2 за межі області.

Збільшено у 9 разів кошти на забезпечення медикаментами на один виклик: 3 грн у 2011 р., 6 грн у 2012 р. і 27 грн у 2013 році.

Бюджет територіального медичного об'єднання екстреної медичної допомоги на 2013 р. затверджено в сумі 94,3 млн грн, що на 15% більше минулорічного бюджету.

На покращення матеріально-технічної бази служби медицини катастроф та екстреної медичної допомоги у 2013 р. додатково з обласного бюджету виділено коштів у сумі 5,8 млн грн, у тому числі 0,5 млн грн на забезпечення діяльності санавіації.

Оновлення автопарку служби, створення мережі пунктів постійного і тимчасового базування бригад швидкої медичної допомоги значно покращило терміни доїзду до пацієнта. Прибуття бригад на виїзд до 10 хвилин в місті становило 87,6%, частка 20-хвилинних доїздів у сільській місцевості підвищилася з 67,8% до 83%.

Вперше забезпеченість медикаментами закладів екстреної медичної допомоги відповідно до Табелю оснащення склала 100%, медичним обладнанням – 60%.

### ***Вторинна медична допомога***

На виконання доручення голови облдержадміністрації та вимог МОЗ України протягом року оптимізовано ліжковий фонд та, відповідно, штати закладів охорони здоров'я вторинного рівня надання медичної допомоги.

Потужність ліжкового фонду області на кінець 2013 р. становить 11 435 ліжок, в тому числі на вторинному рівні – 6549 ліжок. Упродовж 2011–2013 рр. шляхом оптимізації діяльності стаціонарного сектору та реструктуризації потужностей ліжкового фонду відбулось скорочення 1544 ліжок. Забезпеченість ліжками цілодобового перебування зменшилась з 79,4 до 70,6 на 10 тис. нас., в тому числі на вторинному рівні медичної допомоги – з 49,4 до 40,4 на 10 тис. населення.

Середній термін госпіталізації залишається стабільним – 11,2 ліжко-дня.

Упорядкування ліжкового фонду вплинуло на ефективність роботи стаціонарних відділень районних лікарень. Протягом 2013 р. економія коштів від проведених заходів склала 5,0 млн грн, які перерозподілені на медикаменти, харчування, м'який інвентар та послуги.

Завдяки оптимізації структури ліжкового фонду збільшились видатки на 1 ліжко-день на вторинному та третинному рівнях: на медикаменти – на 65,9%, на харчування – на 41,21%.

Протягом 2011 р. в ЦРЛ області проведено ремонтних робіт на загальну суму 9,12 млн грн, в 2012 р. – на суму 18,2 млн грн, в 2013 р. – на суму 24,2 млн гривень.

Обласною державною адміністрацією у 2013 р. затверджені План-схема госпітальних округів, План етапності впровадження створення закладів нового типу на базі існуючих центральних районних лікарень на 2013–2015 рр. та плани перспективного розвитку лікувально-профілактичних закладів вторинного рівня надання медичної допомоги.

Протягом 2013 р. створено 3 багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування з відділеннями екстреної (невідкладної) медичної допомоги; 5 лікарень планового лікування; 3 діагностично-консультативних центри у складі лікарень інтенсивного лікування.

Для покращення взаємодії між закладами, що надають медичну допомогу жителям області первинного, вторинного та третинного рівнів, розроблено маршрут пацієнта.

Завдяки проведеним заходам на первинному рівні вдалося досягнути певних результатів: сьогодні понад 95% онкопатології зовнішніх локалізацій виявляється на ранніх стадіях.

Оптимізація малопотужних акушерських стаціонарів області та регіоналізація перинатальної допомоги дали відчутний позитивний результат. Відмічається зменшення показників дитячої та перинатальної смертності. Смертність дітей першого року життя складає 8,21 пром., що на 0,41 пром. менше, ніж у 2012 р. (або на 22 випадки менше), перинатальна смертність у 2013 р. склала 7,75 пром., що на 1,56 пром. менше, ніж у 2012 році.

Проведена інвентаризація високовартісного обладнання закладів, що надають вторинну медичну допомогу. Рівень забезпеченості високовартісним обладнанням відповідно до табелю оснащення складає 82,7%.

### ***Третинна медична допомога***

Триває подальша реорганізація закладів, які надають високоспеціалізовану медичну допомогу.

У 2011 р. реконструйовано відділення судинної хірургії обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова, відкрито після реконструкції хірургічне відділення обласного диспансеру радіаційного захисту населення (кошторисна вартість реконструкції становить 200,0 тис. грн), відремонтовано хірургічне відділення обласного протитуберкульозного диспансеру (проведені ремонтні роботи на загальну суму 300,0 тис. грн), проведено капітальний ремонт даху Могилів-Подільського дитячого туберкульозного санаторію (кошторисна вартість робіт становить майже 300,0 тис. грн).

У 2012 р. в Немирові відкрито філію Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова – сателітне відділення гемодіалізу, на що використано 1,5 млн гривень.

Після проведення реконструкції відкрито торакальне відділення Вінницького обласного клінічного онкологічного диспансеру. Кошторисна вартість реконструкції становить 3,9 млн гривень.

Завершена реконструкція будівель обласного бюро судово-медичної експертизи. Загальна кошторисна вартість будівництва становить 14,2 млн гривень. Будівництво здійснювалось за кошти державного та обласного бюджетів.

Продовжується будівництво хірургічного корпусу обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова на 240 ліжок. Кошторисна вартість будівництва становить 219,4 млн гривень. За період будівництва освоєно 125,4 млн гривень. У 2013 р. виділено та освоєно коштів в сумі 9,0 млн гривень.

Протягом 2011 р. проведено ремонтні роботи в закладах охорони здоров'я третинного рівня на загальну суму 8,75 млн грн, у 2012 р. – на суму 5,93 млн грн, у 2013 р. – на суму 34,87 млн гривень.

У 2013 р. Вінницький обласний клінічний ендокринологічний диспансер набув статусу обласного клінічного високоспеціалізованого ендокринологічного центру.

Згідно з проведеною інвентаризацією, рівень забезпеченості високовартісним обладнанням третинного рівня надання медичної допомоги складає 84,7%.

Бюджет галузі охорони здоров'я за період реформування збільшився на 40,4%.

Фінансування за рівнями надання медичної допомоги змістило акцент в бік первинної ланки. Фінансування надання медичних послуг на 1 жителя збільшилось на 42,35%.

## **2.5. Стан реалізації пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я у м. Києві за 2013 рік**

У м. Києві продовжується робота з реформування системи охорони здоров'я в рамках реалізації Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві» з урахуванням завдань і заходів Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава».

Протягом 2013 р. здійснювались заходи щодо реорганізації закладів ПМД, реформування ВМД, ТМД та ЕМД.

У результаті у 8 районах столиці створено та функціонує 27 закладів нового типу (комунальних некомерційних підприємств), з них 19 центрів первинної медико-санітарної допомоги (далі – ЦПМСД) і 8 консультативно-діагностичних центрів (далі – КДЦ). Затверджено їх статuti. Призначено керівників зазначених вище закладів на контрактній основі.

### ***Первинна медична допомога***

Таким чином, на даний час разом зі створеними у 2011–2012 рр. 9 ЦПМСД та 5 КДЦ у Дніпровському та Дарницькому районах м. Києва функціонує 41 заклад нового типу.

На початку листопада 2013 р. в Дарницькому районі м. Києва (вул. Завальна, 1в) відкрито нову амбулаторію ЗП/СМ у рамках реалізації завдань і заходів Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава».

Разом із новоствореною амбулаторією в м. Києві функціонує розгалужена мережа амбулаторій ПМД. Усього 243 заклади/підрозділи охорони здоров'я такого типу. Показник забезпеченості населення підрозділами ПМД становить 0,86 на 10 тис. населення при нормативі забезпеченості, встановленому МОЗ України 1,0 на 10 000 населення.

За прогностичними розрахунками потреби в медичних амбулаторіях, у м. Києві необхідно створити ще 42 амбулаторії до 2020 року.

Підставою для створення додаткових амбулаторій у 2013–2014 рр. є розпорядження виконавчого органу Київради (КМДА) від 30.08.2013 р. № 1499 «Про визначення замовників проектування, будівництва, реконструкції, капітального ремонту об'єктів під розміщення амбулаторій лікарів сімейної медицини в м. Києві у 2013–2014 роках», відповідно до якого, відкриття амбулаторій планується насамперед у віддалених житлових масивах і багатонаселених мікрорайонах м. Києва з інтенсивною забудовою.

З метою забезпечення первинної ланки кадрами, у т.ч. лікарями ЗП/СМ, продовжується відповідна робота щодо виконання плану їх підготовки та перепідготовки.

Перенавчання (курси спеціалізації) за фахом «ЗП/СМ» проводяться відповідно до навчальних планів Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, затверджених МОЗ України.

Навчальним планом передбачається проведення курсів у формі очно-заочного навчання на кафедрах і на базах стажування в лікувальних закладах.

Теоретичний розділ навчання проводиться на кафедрах сімейної медицини Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика.

Освоєння практичних навиків здійснюється на базах заочного розділу в ЦПМСД.

Лікарі, які виконали план і програму, атестуються для визначення рівня знань і практичних навичок із присвоєнням звання лікаря-спеціаліста за спеціальністю «ЗП/СМ». Їм видається сертифікат встановленого зразка про присвоєння звання «лікар-спеціаліст» за спеціальністю «ЗП/СМ».

Згідно з Уточненим перспективним планом підготовки кадрів для реформ у сфері медицини у пілотних регіонах до 2015 р., планувалося направити лікарів на перепідготовку за фахом «ЗП/СМ»: у 2012 р. – 260; у 2013 р. – 300.

Фактично пройшли курси спеціалізації за фахом «ЗП/СМ»: у 2012 р. – 212 лікарів; у 2013 р. – 186 лікарів.

Станом на 01.12.2013 р. 79 лікарів проходили курси спеціалізації за фахом «ЗП/СМ».

На 2014 р. управління охорони здоров'я районних у м. Києві державних адміністрацій подали заявку на курси спеціалізації за фахом «ЗП/СМ» для навчання 146 лікарів.

Продовжується впровадження столичних ініціатив щодо стимулювання роботи лікарів, у т.ч. сімейних. Зокрема, рішенням Київської міської ради від 17.02.2011 р. № 9/5396 затверджено «Міську цільову програму підготовки лікарських кадрів для закладів охорони здоров'я міста Києва на 2011–2017 роки», за якою за кошти місцевого бюджету в Національному медичному університеті ім. О.О. Богомольця навчаються додатково до державного замовлення 140 лікарів для роботи в сімейних амбулаторіях та інших лікувальних закладах.

Надано право безкоштовного проїзду медичним працівникам первинної ланки в міському комунальному транспорті.

На сьогодні з міського бюджету виплачуються стимулюючі надбавки в розмірі 20% працівникам амбулаторно-поліклінічних, лікувально-профілактичних закладів, у розмірі 50% – працівникам відділень паліативної (хоспіс) допомоги та швидкої медичної допомоги. Усього з початку 2013 р. таких надбавок виплачено на суму 91 458,34 тис. гривень.

Для стимулювання праці працівників первинної ланки бюджетом м. Києва на 2013 р. затверджено 100,9 млн грн. Зазначені кошти мали цільове призначення для нарахування і виплат надбавок за обсяг та якість.

Крім стимулюючих надбавок за якість медичної допомоги, виплачується фіксована муніципальна надбавка в розмірі 20% до посадового окладу всім медичним працівникам первинної ланки.

На сесії Київради у листопаді 2013 р. ухвалено рішення щодо затвердження «Міської цільової програми місцевих стимулів для медичних працівників м. Києва на 2013–2016 роки».

Реалізація програми буде здійснюватись за рахунок коштів бюджету м. Києва в межах асигнувань, які щороку передбачаються у бюджеті Києва по галузі «Охорона здоров'я» за відповідними напрямками, а також за рахунок інших джерел, не заборонених законодавством України.

#### ***Екстрена медична допомога***

Прийнято рішення Київської міської ради від 21.02.2013 р. № 25/9082 «Про створення Центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф міста Києва», про що внесено запис до Єдиного державного реєстру 04.12.2013 р. Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф м. Києва зареєстровано як юридичну особу. З 01.01.2014 р. планується завершення організаційно-правових заходів щодо його функціонування.

Сьогодні на порядку денному стоїть питання впровадження другої черги Національного проекту «Вчасна допомога» у м. Києві – підключення до Єдиної оперативно-диспетчерської служби м. Києва на базі Центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф міста Києва централізованих диспетчерських невідкладної медичної допомоги 9 районів столиці та створення умов щодо виклику бригад екстреної та невідкладної медичної допомоги за єдиним телефонним номером «103».

У Дніпровському районі як пілотному дана модель вже відпрацьована та функціонує.

### ***Вторинна медична допомога***

Здійснюються заходи щодо реформування системи надання ВМД. У закладах охорони здоров'я, що надають ВМД і ТМД, проводиться інвентаризація високовартісного обладнання.

У рамках реформування ВМД, з метою оптимізації існуючої мережі спеціалізованих лікувально-профілактичних закладів у м. Києві та відповідно до рішень Київської міської ради завершено організаційно-правові заходи щодо створення трьох Територіальних медичних об'єднань: «Фтизіатрія» у м. Києві, «Психіатрія» у м. Києві та «Дерматовенерологія» у м. Києві. Затверджено їх статуту. Завершено роботу щодо їх державної реєстрації як юридичних осіб. Призначено керівників.

Створення територіальних медичних об'єднань дасть змогу досягти максимально ефективного використання ресурсу спеціалізованих закладів м. Києва, забезпечити гнучкий механізм їх фінансування та оперативний контроль за показниками діяльності закладів.

### ***Національний проект «Нове життя»***

Здійснюються заходи з реалізації Національного проекту «Нове життя» – нова якість охорони материнства та дитинства».

Розпорядженням голови КМДА від 04.07.2012 р. № 1151 у м. Києві створено робочу групу з питання реалізації Національного проекту «Нове життя» – нова якість охорони материнства та дитинства», затверджено план-графік відкриття перинатальних центрів у м. Києві.

Розроблено та затверджено план заходів щодо подальшого вдосконалення перинатальної допомоги у м. Києві (розпорядження виконавчого органу Київради (КМДА) від 26.09.2012 р. № 1679 «Про затвердження плану заходів щодо реалізації Національного проекту «Нове життя» – нова якість охорони материнства та дитинства»).

У лютому 2012 р. на базі пологового будинку № 7 створено Перинатальний центр м. Києва потужністю 190 ліжок. Центр оснащений найсучаснішим обладнанням, застосовує новітні наукові та організаційні підходи. Він спеціалізується на наданні допомоги вагітним при невиношуванні вагітності та роділлям із передчасними пологами.

У 2012 р. в Перинатальному центрі м. Києва прийнято 6 992 пологів, а за 9 місяців 2013 р. – 5 267 пологів.

У лютому 2012 р. Перинатальний центр м. Києва успішно пройшов міжнародний сертифікаційний аудит системи менеджменту якості на відповідність вимогам ISO 9001. Це перший Перинатальний центр в Україні, який отримав високе міжнародне визнання у сфері якості надання медичних послуг.

У 2014 р. заплановано відкрити ще два перинатальні центри: на базі Київського міського центру репродуктивної та перинатальної медицини та Київського міського пологового будинку № 5.

На виконання розпорядження виконавчого органу Київської міської ради (КМДА) від 07.07.2011 р. № 1193, з метою створення ефективної системи нагляду і надання акушерсько-гінекологічної медичної допомоги жінкам, на базі єдиного амбулаторно-стаціонарного об'єднання в Солом'янському районі м. Києва, визначеного як пілотний район, на базі Київського міського пологового будинку № 5 продовжується реалізація пілотного проекту з реорганізації акушерсько-гінекологічної служби м. Києва. За результатами роботи визначено позитивні зміни показників, які стосуються здоров'я жіночого населення.

Здійснюються заходи щодо поширення досвіду впровадження пілотного проекту в Солом'янському районі в усіх пологодопоміжних закладах столиці.

#### ***Забезпечення населення лікарськими засобами***

Продовжується робота щодо реалізації соціального проекту для забезпечення стаціонарною допомогою пільгових категорій громадян та впровадження Пілотного проекту державного регулювання цін на лікарські засоби для осіб з гіпертонічною хворобою.

З цього приводу щоп'ятниці у Департаменті охорони здоров'я виконавчого органу Київської міської ради (КМДА) спільно з Департаментом соціальної політики виконавчого органу Київської міської ради (КМДА) та представниками лікарняних кас м. Києва проводяться спільні розширені апаратні наради.

Напрацьовані матеріали оприлюднюються на офіційному веб-сайті Департаменту охорони здоров'я та Департаменту соціальної політики.

#### ***Медіа-супровід реформи***

Інформаційний супровід реформування медичного обслуговування здійснюється шляхом проведення таких заходів:

- зустріч представників Київської міської влади з громадськістю: з медиками столиці, профспілковим активом закладів охорони здоров'я м. Києва, студентами-медиками, мешканцями столиці, громадськими організаціями;

- проведення прес-турів і брифінгів для представників засобів масової інформації, з метою ознайомлення з організацією роботи відкритих протягом 2011–2013 рр. у районах міста амбулаторій лікарів сімейної медицини, організацією роботи закладів охорони здоров'я в умовах реформування;

- організація та проведення громадських обговорень із медиками та мешканцями столиці рішень Київської міської ради про створення закладів нового типу (ЦПМСД та КДЦ) у 8 районах столиці;

- робота з медичним персоналом закладів охорони здоров'я щодо ознайомлення з досвідом роботи в пілотних (Дарницькому та Дніпровському) районах м. Києва в умовах реформування системи охорони здоров'я;

- робота з громадськістю щодо обговорення/ознайомлення з нормативно-правовими актами/документами (тільки у листопаді на офіційному веб-сайті Департаменту охорони здоров'я оприлюднено проекти «Щорічного плану розвитку екстреної медичної допомоги на 2014 рік» і «Концепції розвитку паліативної та хоспісної допомоги населенню м. Києва»).

Участь керівників ЦПМСД районів м. Києва в анкетуваннях:

- протягом серпня 2013 р. – із питань реформування медичного обслуговування, проведеного в рамках моніторингу стану модернізації ПМД, організованого за ініціативи Адміністрації Президента України;



– у листопаді 2013 р. – із дослідження стану реформування системи охорони здоров'я в м. Києві, проведеного за ініціативи Всеукраїнської Ради захисту прав та безпеки пацієнтів із метою проведення моніторингу в м. Києві реалізації Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькі областях та м. Києві».

– у листопаді 2013 р. – в анкетуванні з проведення оцінки результатів діяльності органів виконавчої влади за напрямом «Робота з громадськістю» у 2013 році.

Інформування громадськості про заплановані заходи та про стан їх виконання (до Департаменту суспільних комунікацій виконавчого органу Київської міської ради (КМДА) щоденно надсилається відповідна інформація щодо зазначених вище заходів).

Для реалізації заходів з інформаційного супроводу:

1. Створення робочої групи (Управління інформаційного забезпечення та доступу до публічної інформації) з реалізації інформаційно-роз'яснювального супроводу медичної реформи при Департаменті суспільних комунікацій Управлінням преси та інформації.

2. Щотижнева (щочетверга) розробка Плану інформаційного супроводу реформи медичної галузі, яким затверджуються основні теми, ідеологеми, меседжі, події (інформаційні приводи) та спікери на наступний тиждень.

3. Оприлюднення інформації відповідно до Плану за таким графіком:

- вівторок – реформа ПМД;
- середа – перинатальні центри;
- четвер – реформа ЕМД.

4. Регулярне висвітлення інформації через комунальні засоби масової інформації:

– розміщення прес-релізів та інформаційних матеріалів щодо реформування медичного обслуговування на офіційному Web-порталі Київської міської влади (за відповідними рубриками) та офіційному Web-сайті Департаменту охорони здоров'я;

– розсилки прес-релізів на адреси регіональних і центральних засобів масової інформації;

– публікації статей та повідомлень у друкованому органі Департаменту охорони здоров'я (газеті «Здоров'я киян»);

– розміщення інформації за постійною рубрикою «Київ – досвід пілотного регіону» та «Актуальна тема» у провідних фахових виданнях для лікарів видавництва «Медексперт», таких як «Здоров'я жінки», «Сучасна педіатрія» тощо;

– підготовка матеріалів та організація статей, інтерв'ю, ефірів у комунальних засобах масової інформації: ТРК «Київ», Радіо «Голос Києва», Газетні видання «Хрещатик» та «Вечірній Київ» тощо.

Матеріали, що ілюструють перебіг процесів реформування медичної галузі, позапланово висвітлюються у засобах масової інформації, за наявності актуального інформаційного матеріалу у вигляді відповідей (інтерв'ю, коментарів) на журналістські та редакційні запити.

Окремо відпрацьовуються звернення громадян, які надходять до Департаменту охорони здоров'я від КБУ «Контактний центр міста Києва».

Функціонує цілодобова телефонна «гаряча лінія» Департаменту охорони здоров'я, яка забезпечує безперервне спілкування з громадянами не тільки з питань медичного забезпечення, але й з питань реформування медичного обслуговування.

Продовжується робота щодо співпраці Департаменту охорони здоров'я з Громадською радою при виконавчому органі Київської міської ради (КМДА). На тематичних засіданнях розглядаються питання щодо розвитку медичної галузі у м. Києві. За 2013 р. відбулось два такі засідання.

Слід зазначити, що, відповідно до наказу МОЗ України від 04.11.2011 р. № 756 «Про затвердження Порядку вибору та зміни лікаря первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та форм первинної облікової документації», з 1 вересня по 30 вересня 2013 р. проведено інформаційну кампанію щодо вибору/зміни лікаря первинної ланки.

Проведено 27.08.2013 р. брифінг для журналістів, присвячений кампанії «Обери собі лікаря самостійно», за участю центральних і регіональних засобів масової інформації (телеканал «Київ», радіо «Голос Києва», муніципальні газети «Вечірній Київ» і «Хрещатик», газета Департаменту охорони здоров'я «Здоров'я киян»).

Роздано інформаційні матеріали (запрошення) щодо вибору лікаря мешканцям під час їх відвідування медичними працівниками вдома.

На дошках об'яв будинків розклеєно відповідні оголошення.

Дана кампанія оприлюднена на Веб-сайті Департаменту охорони здоров'я за відповідною рубрикою: «Обери собі лікаря самостійно», де кожен охочий мав змогу отримати необхідну інформацію щодо зазначеного питання.

З огляду на суспільно-політичну ситуацію в листопаді-грудні 2013 р., з 02.12.2013 р. силами та засобами Департаменту охорони здоров'я організовано медичне забезпечення громадян (учасників масових заходів у м. Києві).

Створено оперативний штаб із медичного забезпечення громадян-учасників масових заходів у м. Києві. Затверджено графік чергування членів оперативного штабу Департаменту охорони здоров'я. На засіданнях штабу розглядаються питання щодо забезпечення належного стану готовності медичних закладів під час масових заходів у м. Києві.

Забезпечено цілодобове чергування відповідальних медичних працівників стаціонарних закладів, оперативне постачання медикаментів і виробів медичного призначення в заклади охорони здоров'я, безперебійну роботу спеціального медичного автотранспорту, вчасне та цілодобове оприлюднення оперативної інформації щодо кількості потерпілих і стан їх медичного забезпечення на офіційному веб-сайті Департаменту охорони здоров'я тощо.

Виконавчим органом Київської міської ради (КМДА) підготовлено інформацію щодо стану виконання завдань і заходів Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава», затвердженої Указом Президента України від 12.03.2013 р. № 128/2013, надану в додатку

### 3. ОСНОВНІ ПОКАЗНИКИ ДІЯЛЬНОСТІ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

#### 3.1. Фінансово-економічна діяльність

В умовах подальшого реформування системи охорони здоров'я у Державному бюджеті на охорону здоров'я у 2013 р. передбачено концентрацію ресурсів на вирішення найбільш нагальних проблем галузі.

Загальний фонд зведеного бюджету на охорону здоров'я в Законі України «Про Державний бюджет України на 2013 рік» зі змінами визначено у сумі 53,8 млрд грн (звіт 2012 р. – 52 млрд грн) – 3,4% від ВВП, у т.ч.: місцеві бюджети – 42,1 млрд грн, державний бюджет – 11,7 млрд грн, із нього бюджет МОЗ України – 6,9 млрд грн. У розрахунку на душу населення видатки на охорону здоров'я – 1180,6 грн (звіт 2012 р. – 1138,9 грн).

Крім того, у загальному фонді Державного бюджету МОЗ враховано субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам у сумі 821,6 млн грн:

1) на придбання витратних матеріалів для закладів охорони здоров'я та лікарських засобів для інгаляційної анестезії – 200 000,0 тис. грн;

2) на придбання медикаментів і виробів медичного призначення для забезпечення швидкої медичної допомоги – 323 115,1 тис. грн;

3) на забезпечення функціонування Київської міської клінічної лікарні "Київський міський центр серця" – 37 000,0 тис. грн;

4) на часткове відшкодування вартості лікарських засобів для лікування осіб з гіпертонічною хворобою – 191 636,3 тис. грн;

5) на забезпечення функціонування Центру ядерної медицини Київського міського клінічного онкологічного центру – 10 000,0 тис. грн.;

6) на будівництво ПЕТ-КТ центру, капітальний ремонт і реконструкцію лікарняних споруд і закупівлю високовартісного медичного обладнання для Донецького обласного клінічного територіального медичного об'єднання – 60 000,0 тис. грн.

У 2013 р. МОЗ України за усіма галузями економіки з державного бюджету по загальному фонду з урахуванням внесених змін за рішеннями Уряду отримано видатки в обсязі 7 862,5 млн грн, які станом на 01.01.2014 р. забезпечені відкритими асигнуваннями у повному обсязі, а саме за напрямками:

- охорони здоров'я – 6 335,4 млн грн;
- освіта – 891,0 млн грн;
- наука – 52,2 млн грн;
- культура – 17,9 млн грн;
- керівництво та управління – 1 318,9 млн грн.

Зокрема, видатки на централізовані заходи спрямовано на закупівлю медикаментів, лікарських засобів, виробів медичного призначення та медичного обладнання на загальну суму 3 399,6 млн грн за такими напрямками:

1. Програми і централізовані заходи з імунопрофілактики – 303,0 млн грн.
2. Централізовані заходи з трансплантації – 34,9 млн грн.
3. Загальнодержавна цільова соціальна програма протидії захворювання на туберкульоз – 175,8 млн грн;
4. Загальнодержавна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД – 305,6 млн грн.

5. Щомісячна державна допомога ВІЛ-інфікованим дітям – 15,7 млн грн.
6. Загальнодержавна програма боротьби з онкологічними захворюваннями – 294,8 млн грн.
7. Централізовані заходи для лікування онкохворих дітей – усього на суму 317,9 млн грн, у т.ч. медикаменти (загальний та спеціальний фонди) – 296,8 млн грн і медичне обладнання – 21,1 млн грн (по якому Державною казначейською службою України оплата рахунків не здійснена).
8. Централізовані заходи розвитку донорства крові та її компонентів – 67,1 млн грн.
9. Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини – 195,2 млн грн.
10. Централізована закупівля лікарських засобів для лікування дітей, хворих на ювенільний ревматоїдний артрит – 17,4 млн грн.
11. Державна програма «Репродуктивне здоров'я нації» – 33,8 млн грн.
12. Централізована закупівля медикаментів для лікування хворих на гемофілію – 63,6 млн грн.
13. Централізована закупівля медикаментів та дрібного лабораторного інвентарю для лікування безплідності жінок методом допоміжних репродуктивних технологій – 6,6 млн грн;
14. Централізована закупівля медикаментів для лікування хворих на розсіяний склероз – 73,5 млн грн.
15. Централізована закупівля лікарських засобів та виробів медичного призначення для закладів охорони здоров'я для забезпечення лікуванням хворих із серцево-судинними та судинно-мозковими захворюваннями – 264,0 млн грн.
16. Централізовані заходи щодо розвитку системи надання медичної допомоги хворим нефрологічного профілю – 12,0 млн грн.
17. Централізована закупівля ендопротезів і наборів інструментів для імплантації – 23,1 млн грн.
18. Державна цільова програма «Цукровий діабет» – 20,7 млн грн.
19. Державна програма профілактики, діагностики та лікування вірусних гепатитів – 45,4 млн грн.
20. Створення телекомунікаційної мережі для забезпечення маршрутизації екстрених викликів за єдиним телефонним номером «103» – 22,0 млн грн (Державною казначейською службою України оплата рахунків не здійснена).
21. Розвиток служби екстреної медичної допомоги (придбання медичного автотранспорту) для закладів охорони здоров'я України – 922,0 млн грн.
22. Виконання боргових зобов'язань за кредитами, залученими ДП «Укрмедпостач» під державні гарантії, для реалізації інвестиційних проектів – 172,8 млн грн.
23. Заходи із реабілітації хворих дітей на дитячий церебральний параліч у Міжнародній клініці відновного лікування – 12,6 млн грн.

### ***Місцеві бюджети***

Видатки місцевих бюджетів на охорону здоров'я на 2013 р. обраховано в сумі 42 120,2 млн грн, що на 2 649,5 млн грн (6,7%) більше за аналогічний розрахунковий обсяг 2012 р. (39 470,6 млн грн).

За оперативними даними, місцевими радами прийнято станом на 01.12.2013 р. 45 404,2 млн грн, або на 3 284,0 млн грн (7,8%) більше за розрахункові показники видатків, профінансовано – 39 914,6 млн грн, що становило 87,9% від прийнятого бюджету.

Захищені видатки загального фонду закладів охорони здоров'я з місцевих бюджетів профінансовано таким чином:

- оплата праці – на 91,0%;
- придбання медикаментів – на 82,7%;
- продуктів харчування – на 85,2%;
- комунальні послуги та енергоносії – на 77,2%.

На кінець грудня 2013 р. заборгованість по захищених видатках у закладах охорони здоров'я, що фінансувалися з місцевих бюджетів, становила 411,5 млн грн, у т.ч. прострочена 132,4 млн грн.

З них питома вага припала на комунальні послуги та енергоносії (203,5 млн грн) і медикаменти (131,9 млн грн).

### ***Оплата праці медичних працівників***

Протягом останніх трьох років значну кількість проблемних питань в оплаті праці працівників галузі вирішено за ініціативою МОЗ України (встановлено надбавку за вислугу; підвищено рівень заробітної плати медичним працівникам спеціалізованих протитуберкульозних закладів; випускникам-медикам, які взяли зобов'язання відпрацювати не менше трьох років у сільській місцевості, надано право на одноразову адресну грошову допомогу в розмірі п'яти мінімальних заробітних плат; медичним і фармацевтичним працівникам, які перебувають в установах післядипломної освіти або на курсах підвищення кваліфікації, збережено зарплату за сумісництвом; з 01.01.2012 р. медичним та фармацевтичним працівникам державних і комунальних закладів призначено допомогу на оздоровлення в розмірі посадового окладу при наданні щорічної відпустки; у 2012 р. медпрацівникам первинної ланки в пілотних регіонах надано надбавку за обсяг та якість виконаної роботи (підвищення з/п 40–50% порівняно з 2011 р.), завдяки чому у 2012 р. вперше з 2007 р. досягнуто показника підвищення заробітної плати лікарів у 1,4 разу).

Незважаючи на вищезазначені заходи, рівень середньої заробітної плати у галузі нижчий за такий у працівників промисловості та освіти.

Станом на 01.12.2013 р. середня заробітна плата в галузі становила 2357 грн (у т.ч. лікарі – 3177 грн, середній медперсонал – 2186 грн, молодший медперсонал – 1474 грн), у промисловості – 3759 грн, співвідношення до охорони здоров'я – 1,6; в освіті – 2601 грн, співвідношення до охорони здоров'я – 1,10.

Найнижча середня заробітна плата зареєстрована у працівників закладів охорони здоров'я Волинської області (2133 грн), найвища – у працівників м. Києва (2859 грн).

З огляду на зазначене, МОЗ України продовжує роботу щодо підвищення рівня заробітної плати працівників галузі та поліпшення їх соціального захисту.

Так, у 2013 р. прийнято низку важливих нормативних актів зі вказаних питань:

- постанова Кабінету Міністрів України від 27.03.2013 р. № 199 «Деякі питання оплати праці медичних працівників системи екстреної медичної допомоги», відповідно до якої, медичні працівники центрів ЕМД з 01.10.2013 р. отримали право на надбавки у розмірі до 20% за особливий характер праці та особливі умови праці та на матеріальну допомогу у розмірі одного посадового окладу на рік для вирішення соціально-побутових питань;

– постанова Кабінету Міністрів України від 20.03.2013 р. № 174 «Умови та розміри оплати праці працівників протитуберкульозних закладів», відповідно до якої, продовжено роботу щодо підвищення розміру заробітної плати працівників тубзакладів;

– з метою удосконалення та спрощення порядку встановлення надбавок за обсяг та якість МОЗ України, розроблено постанову Кабінету Міністрів України від 20.05.2013 р. № 395 «Деякі питання оплати праці медичних працівників, що надають первинну медичну допомогу та є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я».

Зазначеною постановою затверджено Порядок формування фонду оплати праці медичних працівників, що надають ПМД та є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я. Це дасть змогу сформувати гарантований фонд оплати праці медичних працівників, який включає в себе видатки на виплату надбавок за обсяг та якість виконаної роботи.

Наказом МОЗ України від 01.06.2013 р. № 462 внесено відповідні зміни до Методичних рекомендацій щодо встановлення надбавок за обсяг та якість виконаної роботи працівникам закладів охорони здоров'я, що надають ПМД та є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я, затверджених наказом МОЗ України від 26.04.2012 р. № 313.

Завдяки встановленню медпрацівникам ПМД у пілотних регіонах надбавок за обсяг та якість виконаної роботи, їх заробітна плата збільшилась у середньому на 50–60%.

З метою створення єдиних підходів до оплати праці медичних працівників ПМД, як у пілотних так і в непілотних регіонах, оскільки у 2013 р. практично у всіх регіонах України створено центри первинної медико-санітарної допомоги, МОЗ України розроблено проект постанови Кабінету Міністрів України «Деякі питання оплати праці медичних працівників, що надають первинну медичну допомогу», який 30.12.2013 р. схвалено Урядом. Так, удосконалено порядок нарахування надбавки за якість виконаної роботи з урахуванням досвіду пілотних регіонів, а також надано право непілотним регіонам з 01.10.2013 р. нараховувати надбавки за обсяг та якість виконаної роботи медпрацівникам ПМД

### **3.2. Основні аспекти кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я та підготовки медичних та фармацевтичних кадрів**

#### ***Кадрове забезпечення***

Завдяки цілеспрямованій роботі Міністерства охорони здоров'я та територіальних органів управління протягом останніх трьох років показник забезпеченості лікарями загальної практики – сімейними лікарями у 2013 р. становив 2,3, що у 1,3 разу більше за показник 2009–2010 рр. (1,8). Упродовж останніх 11 років цей показник збільшився у 6 разів (0,38 у 2002 році).

Останніми роками залишається стабільним показник забезпеченості закладів охорони здоров'я лікарями. Забезпеченість населення лікарями лікувального профілю становить 27,3 на 10 тис. Однак залишається актуальною проблема кадрового забезпечення закладів охорони здоров'я у сільській місцевості, про що свідчить нижча укомплектованість цих закладів лікарями та понад 7 тис. вакансій у сільській медицині.

Мають місце суттєві проблеми щодо укомплектування лікарських посад у первинній ланці, фтизіатричній, патолого-анатомічній, рентгенологічній, лабораторній службах. У

цілому показник укомплектованості штатних посад лікарів фізичними особами у 2013 р. становив тільки 82,5%. В окремих типах закладів цей показник становить: в обласних лікарнях – 83,5%, міських лікарнях – 78,9%, ЦРЛ – 76,9%, дільничних лікарнях – 74,0%, у сільських лікарських амбулаторіях – 73,2%. Розрив між штатними лікарськими посадами і фізичними особами становить 39 918.

За оперативними даними МОЗ України, залишаються вакантними понад 20,1 тис. посад лікарів, зокрема понад 2 тис. і посад лікарів загальної практики – сімейних лікарів.

На початок 2013 р. показник укомплектованості лікарями загальної практики – сімейними лікарями в Україні становив 72%, станом на 01.12.2013 р. він збільшився на 5,5%.

Значно нижчим за середній цей показник є у Київській (53%), Миколаївській (57,9%), Херсонській (58,7%), Донецькій (63,9%), Сумській (65%) областях. Показник укомплектованості цими спеціалістами у м. Києві становить 67,5%, у Дніпропетровській області – 67,4%.

Вищим за середній цей показник у Львівській (90,5%), Закарпатській (87,3%), Тернопільській (85,7%), Чернівецькій (83,1%), Хмельницькій (81,9%), Чернігівській (79,5%), Вінницькій (75,3%) областях.

Чисельність сімейних лікарів становить 10 194 особи (2011 р. – 9084 осіб), що уже складає 5,4% від загальної кількості лікарів (188,5 тис. осіб).

Забезпеченість молодшими спеціалістами з медичною освітою в Україні становить 89,0 на 10 тис. населення. Нижчі за середній показники спостерігаються у Миколаївській (75,6), Харківській (79,2), Одеській (79,1) областях.

У закладах охорони здоров'я України працює понад 403 тис. і молодших спеціалістів з медичною освітою, з них 294 тис. і медичних сестер, що становить 61,7% від усієї кількості молодших спеціалістів з медичною освітою.

У поточному році вжито низку системних заходів щодо поліпшення кадрового забезпечення галузі. За рахунок нової ідеології розподілу майже у чотири рази (до 1675 осіб) порівняно з 2010 р. збільшилась кількість випускників вищих медичних навчальних закладів, які направлені на роботу сімейними лікарями.

З метою усунення існуючих диспропорцій між рівнями надання медичної допомоги у містах і сільській місцевості працевлаштовано до закладів охорони здоров'я комунальної та державної форм власності 4,2 тис. і лікарів (практично 100 % від загального випуску осіб, які готувались за державним замовленням). Більше половини з них скеровано до закладів охорони здоров'я сільської місцевості, зокрема центрів первинної медико-санітарної допомоги

У 2013 р. направлено на роботу за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина» 1675 осіб (план – 1266 осіб), у 2012 р. – 852 випускники вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації (плановий показник – 741 особа).

На циклах спеціалізації за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина» для пілотних регіонів у 2013 р. перепідготовлено 390 лікарів-терапевтів дільничних та 270 лікарів педіатрів-дільничних, підготовлено 361 лікаря-інтерна. Відповідно до Перспективного Плану підготовки та перепідготовки лікарів за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина» на період до 2015 р., у 2013 р. перепідготовлено майже 1600 лікарів за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина». Це дозволить вирішити кадрові проблеми сімейної медицини у регіонах (передусім півдня та сходу).

Таким чином, забезпечено пріоритетне укомплектування лікарями загальної практики – сімейними лікарями закладів (підрозділів) первинної медико-санітарної допомоги регіонів з урахуванням перспективного Плану підготовки лікарів загальної практики – сімейних лікарів для здійснення реформ у сфері медицини у пілотних регіонах та Перспективного Плану підготовки та перепідготовки лікарів за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина» на період до 2015 року.

Відповідно до звернення віце-прем'єр-міністра України – Міністра охорони здоров'я України Р.В. Богатирьової до голів обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій, в обласних адміністративно-територіальних одиницях запроваджуються місцеві програми підготовки медичних працівників та поліпшення їх соціального захисту та місцеві програми цільової підготовки медичних спеціалістів у вищих медичних навчальних закладах IV рівня акредитації МОЗ України, створюються навчально-практичні центри первинної медико-санітарної допомоги.

У 2013 р. створено Державну установу «Інститут серця МОЗ України» та Державний заклад «Всеукраїнський клінічний медико-реабілітаційний кардіохірургічний центр МОЗ України.

За результатами проведення ліквідаційних процесів Державної санітарно-епідеміологічної служби України отримано підтвердження щодо припинення 55 юридичних осіб санітарно-епідеміологічних станцій.

#### ***Підготовка та підвищення кваліфікації медичних та фармацевтичних кадрів***

Вищі навчальні заклади та заклади післядипломної освіти системи МОЗ України беруть активну участь у реалізації реформ сфери охорони здоров'я, визначених Президентом України В. Януковичем, шляхом кадрового забезпечення пілотних регіонів та наукового обґрунтування процесу реформування галузі.

Підготовка медичних та фармацевтичних спеціалістів на додипломному етапі здійснюється мережею вищих навчальних закладів IV рівня акредитації, яка нараховує 15 медичних університетів (академій), 9 з яких мають статус національних. Структурними підрозділами 7 вищих навчальних закладів є також факультети (інститут) післядипломної освіти (підвищення кваліфікації), які разом із трьома академіями післядипломної медичної освіти забезпечують підвищення кваліфікації лікарів за окремими спеціальностями та напрямками підготовки відповідно до потреб закладів охорони здоров'я.

Підготовка молодших спеціалістів з вищою медичною і фармацевтичною освітою в Україні здійснюється у 122 вищих медичних навчальних закладах: 74 медичні (фармацевтичні) коледжі, 2 інститути медсестринства, 38 медичних училищ та 2 філії медичних училищ і коледжів, 6 факультетів (відділень) у вищих медичних навчальних закладах IV рівня акредитації. Прийом до вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладів становить щорічно понад 24 тис. осіб, із них більше 50% – за державним замовленням.

За оперативними даними МОЗ України, станом на 01.01.2014 р. у вищих навчальних закладах IV рівня акредитації та закладах післядипломної освіти, підпорядкованих МОЗ України, навчаються за державним замовленням 25 404 особи, з них 218 молодших спеціалістів («Сестринська справа» – 188 осіб, «Лікувальна справа» – 30 осіб, 32 бакалаври («Лабораторна діагностика» – 7 осіб, «Сестринська справа» – 25 осіб), 25 154 спеціалісти:



«Лікувальна справа» – 17003 особи, «Педіатрія» – 5060 осіб, «Медико-профілактична справа» – 2261 особа, «Стоматологія» – 492 особи, «Медична психологія» – 51 особа, «Фармація» – 246 осіб, «Клінічна фармація» – 17 осіб, «Технологія парфумерно-косметичних засобів» – 6 осіб, «Технологія фармацевтичних препаратів» – 3 особи. За державним замовленням у вищих навчальних закладах та науково-дослідних установах МОЗ України навчається 819 клінічних ординаторів, 504 магістри, 1295 аспірантів, 34 докторанти. Кількість лікарів-інтернів, які навчаються за державним замовленням, – 6901 особа, пройшли підготовку 72 088 слухачів.

За кошти юридичних та фізичних осіб навчається 24 273 майбутні лікарі – громадяни України («Лікувальна справа» – 12 131 особа, «Педіатрія» – 1759 осіб, «Медико-профілактична справа» – 578 осіб, «Стоматологія» – 7806 осіб, «Медична психологія» – 474 особи, 5085 провізорів та технологів (денна форма), заочно – 13 039 осіб, іноземних громадян – 24 945 осіб.

До вищих навчальних закладів I – III рівнів акредитації комунальної форми власності у 2013 р. прийнято 22 тис. 957 осіб. Цільовий прийом становив 942 особи. Загальний контингент студентів у цих закладах становить 81 тис. 249 осіб. Випущено (молодші спеціалісти, бакалаври та магістри) 20 тис. 865 осіб, з них за державним замовленням навчалися 13 тис. 2 особи, за контрактом – 4863 особи. Скеровано на роботу у сільську місцевість 4034 особи.

Згідно з Умовами прийому до вищих навчальних закладів України у 2013 р., затвердженими наказом Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України від 05.11.2012 р. № 1244, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 13.11.2012 р. за № 1902/22214, до вищих навчальних закладів IV рівня акредитації МОЗ України за цільовим направленням було зараховано 1012 осіб з числа абітурієнтів, які проживають у сільській місцевості, що становить 22,2 % від загального обсягу державного замовлення на підготовку лікарів, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 20.05.2013 р. № 362 «Про державне замовлення на підготовку фахівців, науково-педагогічних та робітничих кадрів, на підвищення кваліфікації та перепідготовку кадрів для державних потреб у 2013 році». План прийому становив 1014 осіб, виконання плану – 99,8%. За цільовим направленням було зараховано для навчання за спеціальністю «Лікувальна справа» 872 особи, «Педіатрія» – 114 осіб, «Медико-профілактична справа» – 7 осіб, «Фармація» – 5 осіб, «Стоматологія» – 14 осіб.

З метою першочергового збільшення обсягів державного замовлення на підготовку лікарів у вищих медичних навчальних закладах пілотних регіонів та в областях з найбільшою кадровою потребою, відповідно до наказу МОЗ України від 12.07.2013 р. № 594 «Про державне замовлення на підготовку фахівців, науково-педагогічних кадрів, підвищення кваліфікації лікарів та провізорів у 2013 році», на підставі Рішення Конкурсної комісії з розміщення державного замовлення на підготовку фахівців у вищих навчальних закладах IV рівня акредитації МОЗ України від 10.07.2013 р. план прийому студентів до вищих навчальних закладів IV рівня акредитації залишився на рівні показників 2012 р. та становив: за спеціальністю «Лікувальна справа» – 3500 осіб (у 2011 р. – 2888 осіб), «Педіатрія» – 788 осіб (у 2011 р. – 1000 осіб), «Медико-профілактична справа» – 200 осіб (у 2011 р. – 600 осіб).

За результатами засідання Конкурсної комісії з розміщення державного замовлення на підготовку фахівців, наукових, науково-педагогічних кадрів, підвищення кваліфікації у вищих навчальних закладах, закладах післядипломної освіти, науково-дослідних установах сфери

управління МОЗ України із вищими медичними (фармацевтичним) навчальними закладами було укладено договори про виконання державного замовлення на підготовку фахівців за напрямками підготовки зі спеціальностей відповідних освітньо-кваліфікаційних рівнів.

На відміну від інших галузей народного господарства, Міністерством охорони здоров'я України не зменшено обсяги державного замовлення на підготовку лікарів у 2013 р. План прийому студентів на перший курс вищими навчальними закладами IV рівня акредитації було виконано стовідсотково.

У 2013 р. МОЗ України було забезпечено належну конкурсну ситуацію на місця цільового прийому для абітурієнтів сільської місцевості. Найменший конкурс становив 1,5 особи на місце у Хмельницькій, 1,7 – у Чернігівській, 1,8 – Кіровоградській, Луганській, Миколаївській областях.

Найбільший конкурс був забезпечений у Рівненській області – 10,3; у Волинській – 6,5, у Вінницькій – 4,8 та у Одеській – 4,2. Конкурс заяв абітурієнтів з Дніпропетровської області склав 3,4.

Структурними підрозділами з питань охорони здоров'я Запорізької, Кіровоградської, Миколаївської, Херсонської, Хмельницької, Чернігівської обласних державних адміністрацій не було забезпечено належного конкурсу на окремі спеціальності при достатньому загальному конкурсі, що призвело до необхідності перепрофілювання місць у вищих навчальних закладах за погодженням з МОЗ України.

Усе це створює проблему доступності медичної допомоги для населення, особливо сільського, у центральних і південно-східних регіонах країни та утруднює реалізацію завдань щодо реформування галузі відповідно до завдань Національного плану дій та Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава».

Існуючі обсяги підготовки лікарів натеper лише компенсують природні втрати лікарів, пов'язані з виходом на пенсію, смертю, зміною професії та зростаючою міграцією. виправити несприятливу кадрову ситуацію, яка склалася у сфері охорони здоров'я упродовж останніх років, без збільшення обсягів прийому студентів за державним замовленням неможливо.

З огляду на кадровий дефіцит, який має місце у галузі, Міністерство охорони здоров'я зверталось до Президента України та Прем'єр-міністра України із клопотанням щодо збільшення обсягів державного замовлення на підготовку лікарів до 7,7 тис. осіб. За результатами узгоджень відповідних позицій з Мінекономрозвитку, Мініфіну, було ухвалене рішення щодо поступового збільшення обсягів державного замовлення упродовж 2014–2015 рр. для вищих медичних (фармацевтичного) навчальних закладів МОЗ України. У 2014 р. обсяг прийому на лікарські спеціальності за напрямом «Медицина» становитиме 5165 осіб (збільшення + 597 осіб порівняно з показником 2013 р., який становить 4568 осіб). У 2015 р. обсяг прийому на лікарські спеціальності за напрямом «Медицина» планується збільшити до 6,2 тис. осіб, у 2016 р. – до 7,7 тис. осіб.

### ***Наукова діяльність***

Наукові дослідження, які виконуються у рамках фундаментальних та прикладних розробок у сфері профілактичної та клінічної медицини, спрямовані на розробку нових та удосконалення існуючих методів і засобів профілактики, діагностики та лікування найбільш

поширених та соціально значущих захворювань. Результати цих досліджень впливають на якість надання медичної допомоги населенню та процеси реформування сфери охорони здоров'я через підготовку науково обґрунтованих заходів. Ці дослідження здійснюються у 22 науково-дослідних установах, наукових підрозділах вищих навчальних закладів IV рівня акредитації та закладів післядипломної освіти МОЗ України відповідно до наказу МОЗ України від 29.01.2013 р. № 61 «Про затвердження переліку наукових досліджень та розробок, які виконуватимуться у 2013 році».

Всього у 2013 р. виконувалося 216 наукових робіт, з них 33 фундаментальні та 183 прикладні наукові дослідження.

Пріоритетними були також наукові дослідження у сфері новітніх біотехнологій (зокрема розробка фармакологічних препаратів метаболічної дії з використанням нанотехнологій, удосконалення новітніх технологій мінімальної інвазивної та ендоскопічної хірургії, протонно-променева терапія онкозахворювань, тканинна та клітинна інженерія, розробка засад нанотоксикології, розвиток ядерної медицини), імунопрофілактики інфекційних хвороб; профілактики онкологічних захворювань та раннього виявлення перепухлинної патології.

За результатами наукової діяльності вищих медичних навчальних закладів та науково-дослідних установ МОЗ України щороку формується Реєстр галузевих нововведень, що містить пропозиції (нововведення) для впровадження у практику охорони здоров'я, який з 2014 р. буде формуватися спільно з Національною академією медичних наук України.

Міжнародне науково-технічне співробітництво здійснювалося як на міждержавному рівні, так і на рівні договорів між науковими установами, навчальними закладами, факультетами, окремими кафедрами, клініками, лабораторіями, центрами, госпіталями, фірмами тощо.

Основними формами міжнародного співробітництва є участь вітчизняних вчених у роботі міжнародних організацій, створення та реалізація спільних наукових проектів, стажування на базах профільних наукових центрів, установ, клінік тощо, участь у роботі міжнародних конгресів, з'їздів, симпозіумів, конференцій, обмін науковими та інформаційними виданнями, взаємодопомога при розробці та впровадженні в практику нових методів діагностики, лікування та профілактики найбільш поширених та соціально значущих захворювань, а також нових або удосконалених технологій організації медичної допомоги та управління охороною здоров'я.

З метою розгляду наукових рекомендацій та пропозицій щодо пріоритетних напрямів розвитку медичної науки, забезпечення наукового супроводу реформування сфери охорони здоров'я наказом МОЗ України від 10.10.2013 р. № 873 «Про Вчену медичну раду Міністерства охорони здоров'я» затверджено положення та новий склад Вченої медичної ради МОЗ України.

***Перспективні напрями поліпшення кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я та якості підготовки медичних та фармацевтичних кадрів:***

- поліпшення соціального захисту медичних та фармацевтичних працівників;
- першочергове укомплектування первинної ланки та закладів екстреної медичної допомоги;
- збереження та удосконалення системи державного розподілу випускників вищих медичних навчальних закладів та забезпечення контролю за її ефективністю;

- удосконалення організації роботи баз стажування лікарів-інтернів та практики для студентів відповідно до наказу МОЗ України від 27.12.2013 № 1145 «Про поліпшення організації роботи баз стажування лікарів-інтернів»;
- рейтингова оцінка діяльності вищих навчальних закладів IV рівня акредитації та закладів післядипломної освіти МОЗ України відповідно до наказу МОЗ України від 22.11.2013 № 1000 «Про рейтингове оцінювання діяльності вищих навчальних закладів IV рівня акредитації та закладів післядипломної освіти МОЗ України»;
- створення інформаційної системи підтримки єдиної галузевої освітньої мережі у сфері вищої медичної та фармацевтичної освіти відповідно до наказу МОЗ України від 19.08.2013 № 736 «Про створення інформаційної системи підтримки єдиної галузевої освітньої мережі»;
- оновлення галузевих стандартів вищої медичної освіти;
- створення та оновлення наскрізних програм підготовки лікарів відповідно до потреб сфери охорони здоров'я;
- модернізація навчально-методичного забезпечення навчального процесу з розвитком інтерактивних технологій навчання;
- подальше створення та удосконалення діяльності навчально-методичних тренінгових центрів для практичної підготовки студентів у вищих медичних навчальних закладах та закладах охорони здоров'я.

### **3.3. Законопроектна робота**

Міністерством охорони здоров'я України розроблено та внесено Кабінетом Міністрів України до Верховної Ради України 8 законопроектів.

Із них прийнято Верховною Радою України у 2013 р. – 2:

«Про ратифікацію Угоди між Урядом України та Міжнародною Федерацією Товариств Червоного Хреста і Червоного Півмісяця про юридичний статус Міжнародної Федерації Товариств Червоного Хреста і Червоного Півмісяця та її представництва у м. Києві» від 11.01.2013 р. № 20-VII.

«Про внесення зміни до статті 14 Закону України «Про екстрену медичну допомогу» (щодо бюджетного фінансування)» від 18.06.2013 р. № 333-VII.

Знаходяться на розгляді у Верховній Раді України – 5:

«Про інформацію для споживачів щодо харчових продуктів» (р. № 3300 від 19.09.2013 р.);

«Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки» (р. № 3738 від 06.12.2013 р.);

«Про затвердження Загальнодержавної програми «Здоров'я – 2020: український вимір» (р. № 3748 від 11.12.2013 р.);

«Про внесення змін до деяких законодавчих актів України (щодо протидії поширенню хвороб, зумовлених ВІЛ)» (р. № 3737-1 від 19.12.2013 р.);

«Про заклади охорони здоров'я та медичне обслуговування» (р. № 3850 від 08.01.2014 р.).

#### ***Коротка характеристика законопроектів***

1) Законопроект «Про інформацію для споживачів щодо харчових продуктів» має важливе соціально-економічне значення, є актуальним, оскільки розроблений на виконання

Національного плану дій на 2013 рік щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава», затвердженого Указом Президента України від 12.03.2013 р. № 128.

Метою законопроекту є встановлення вимог до інформації про харчові продукти, видів обов'язкової інформації, її розміщення, обов'язків операторів ринку, а також гармонізація законодавства України із законодавством ЄС для забезпечення гарантування права споживачів на інформацію.

2) Законопроект «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки» розроблено на виконання пункту 1.3 доручення Президента України від 28.12.2012 р. «Щодо деяких питань запобігання поширенню епідемії туберкульозу, ВІЛ-інфекції/СНІДу та вірусних гепатитів» і з метою стабілізації епідемічної ситуації, зменшення соціально-економічних наслідків епідемії. Цей законопроект дасть змогу забезпечити широкомасштабні та комплексні заходи профілактики, діагностики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки людей, які живуть із ВІЛ.

3) Законопроект «Про затвердження Загальнодержавної програми «Здоров'я – 2020: український вимір» розроблено на виконання пункту 38.2 Національного плану дій на 2012 рік щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава», затвердженого Указом Президента України від 12.03.2012 р. №187/2012, та розпорядження Кабінету Міністрів України від 31.10.2011 р. № 1164-р «Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я – 2020: український вимір».

Затвердження та реалізація Програми дасть змогу запровадити системний підхід до вирішення сучасних проблем у сфері охорони громадського здоров'я із залученням до реалізації програмних заходів органів державної влади, зацікавлених міністерств та відомств, громадських організацій і самого населення, зміцнити потенціал медичної галузі, підвищити її медичну, соціальну та економічну ефективність.

4) Законопроект «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України (щодо протидії поширенню хвороб, зумовлених ВІЛ)» розроблено за власною ініціативою МОЗ, відповідно до пункту 19 Орієнтовного плану законопроектних робіт на 2013 р., затвердженого розпорядженням Кабінету Міністрів України від 20.03.2013 р. № 147-р.

На сьогодні існує необхідність приведення окремих законів у відповідність до норм Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ», а також уніфікації термінології, що стосується ВІЛ, внесення уточнень щодо правового регулювання у сфері ВІЛ та уникнення дискримінаційних норм щодо прав людей, які живуть з ВІЛ, шляхом прийняття проекту Закону України «Про внесення змін до Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» і деяких законодавчих актів України».

5) Законопроект «Про заклади охорони здоров'я та медичне обслуговування» розроблено на виконання Указу Президента України від 12.03.2013 р. № 128 «Про Національний план дій на 2013 рік щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» на виконання статті 16 Основ законодавства України про охорону здоров'я та з огляду на те, що з 01.01.2015 р. набуває чинності абзац четвертий пункту 7 та пункт 14 розділу I Закону

України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» (№ 3611-VI від 07.07.2011 р.).

Реалізація законопроекту передбачає удосконалення порядку організації медичного обслуговування населення та діяльності суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я, забезпечення підвищення якості медичного обслуговування, створення механізмів раціонального використання фінансових, кадрових і матеріально-технічних ресурсів галузі

### **3.4. Оснoвні аспекти правової роботи у 2013 році**

З метою здійснення методичного керівництва правовою роботою, згідно з графіком проведення перевірок стану правової роботи на підприємствах, установах та організаціях, що належать до сфери управління Міністерства охорони здоров'я України (далі – МОЗ України) у 2013 р., затвердженим наказом МОЗ України від 27.03.2013 р. № 243, протягом 2013 р. Юридичним управлінням було проведено 7 перевірок стану правової роботи та правильного застосування законодавства на підприємствах, установах та організаціях, що належать до сфери управління МОЗ України, зокрема в державних закладах: «Спеціалізований (спеціальний) клінічний санаторій імені В.П. Чкалова», «Спеціалізований (спеціальний) санаторій імені А.П. Чехова», «Дитячий спеціалізований санаторій «Зелена гірка» МОЗ України», «Спеціалізований (спеціальний) санаторій «Червоний Маяк» МОЗ України», «Дитячий спеціалізований (спеціальний) санаторій ім. О.О. Боброва» МОЗ України, спеціалізований (спеціальний) санаторій «Південнобережний», а також в Управлінні охорони здоров'я Севастопольської міської державної адміністрації.

За результатами проведених перевірок рекомендовано усунути недоліки, зокрема які стосувались забезпечення дотримання процедури внутрішнього узгодження (візування) документів юридичною службою або юрисконсультом закладу відповідно до Загального положення про юридичну службу міністерства, іншого органу виконавчої влади, державного підприємства, установи та організації, затвердженого постановою Кабінету Міністрів від 26 листопада 2008 р. № 1040, та Положення про юридичну службу в системі Міністерства охорони здоров'я України та підприємств, установ, організацій, що належать до сфери його управління, затвердженого наказом МОЗ України від 18 лютого 2009 р. № 97; здійснення реєстрації договорів та регламентування порядку реєстрації договорів; проведення заходів з поліпшення правових знань співробітників; приведення у відповідність із законодавством інструкції з діловодства; забезпечення планування роботи юридичної служби, підвищення кваліфікації її працівників та звітування про виконання планових завдань, забезпечення нормативними документами та електронними базами; забезпечення якісної підготовки відповідних правових документів, аналізу результатів позовної роботи, ефективного представлення інтересів у судах тощо.

Забезпечено роз'яснення застосування законодавства у формі надання консультацій працівникам структурних підрозділів центрального апарату МОЗ України, підпорядкованих підприємств, установ, організацій. Упродовж 2013 р. було надано 1251 письмову відповідь, зокрема щодо процедури ліквідації та реорганізації підприємства, установи галузі; питань діяльності санаторно-курортних закладів; використання лікарського засобу, який знаходиться на перереєстрації; оплати лікування за кордоном тощо.

В окресленому періоді Управлінням у межах компетенції надано 112 відповідей на запити громадян, 1535 відповідей за запитами юридичних осіб та структурних підрозділів МОЗ України.

Працівниками Управління у Центрі перепідготовки та підвищення кваліфікації працівників юстиції взято участь у підвищенні кваліфікації з наступних питань: «Трудові відносини: правове регулювання», «Питання нормопроектувальної техніки», «Практичні питання положень виконання рішень та застосування практики Європейського суду з прав людини», «Систематизація законодавства» тощо.

Юридичним управлінням здійснено правове забезпечення роботи постійних робочих органів МОЗ України: Постійного тендерного комітету, Ліцензійної комісії (здійснено оцінку на відповідність вимогам чинного законодавства 1053 матеріалів ліцензійних справ), Головної акредитаційної комісії, Центральної атестаційної комісії, постійно діючої Комісії МОЗ України з розгляду документів стосовно надання в оренду нежилих приміщень закладів, що входять до сфери управління МОЗ України, інших комісій та робочих груп.

Управлінням постійно здійснюється аналіз матеріалів, отриманих від правоохоронних і контролюючих органів, результатів позовної роботи, а також отриманих за результатами перевірок, ревізій, інвентаризацій даних статистичної звітності, що характеризують стан дотримання законності на підприємствах, установах, організаціях, які належать до сфери управління МОЗ України. Юридичним управлінням здійснювалась підготовка правових висновків за фактами виявлених правопорушень та бралася участь в організації роботи з відшкодування збитків.

Значну увагу в 2013 р. було приділено забезпеченню захисту прав та інтересів МОЗ України, державних підприємств, що належать до сфери управління МОЗ України, санаторіїв МОЗ України під час урегулювання судових спорів.

Забезпечено ведення реєстру судових справ, здійснюється щотижневий моніторинг справ, що розглядаються у судових інстанціях на всій території України. Щоквартально здійснюється аналіз та узагальнення результатів позовної роботи; інформування юридичних осіб, що належать до сфери управління МОЗ України, щодо порядку здійснення захисту їх прав та інтересів під час урегулювання спорів, розгляду у судових органах відповідних справ. Забезпечується захист майнових прав та законних інтересів МОЗ України у разі невиконання договірних відносин.

У 2013 р. МОЗ України здійснювалась низка заходів для забезпечення захисту прав та інтересів МОЗ України, підприємств, установ та організацій, що належать до сфери управління МОЗ України. Так, МОЗ України забезпечило представництво інтересів МОЗ України у 633 судових справах, порушених за позовами фізичних та юридичних осіб, в тому числі і за позовними заявами МОЗ України та органів прокуратури України. При цьому слід зазначити, що у 2013 р. було відкрито судових проваджень за 262 судовими справами, стороною/учасником яких є МОЗ України. Водночас МОЗ України продовжувало супроводжувати в судах різних інстанцій справи, провадження у яких розпочато в попередні роки.

Крім цього, за 2013 р. в суди загальної юрисдикції було подано 336 процесуальних документів (позовні заяви, заперечення, клопотання).

Слід зазначити, що у 2013 р. порівняно з попередніми роками значно збільшилась кількість судових рішень, прийнятих на користь МОЗ України. Так, за зазначений період кількість таких судових рішень становила 167, що втричі перевищує кількість судових рішень, прийнятих не на користь МОЗ України (49).

Слід зазначити, що рішення, які прийняті не на користь МОЗ України, не завжди безпосередньо зачіпають інтереси МОЗ України, оскільки в багатьох таких справах МОЗ України виступає третьою особою без самостійних вимог. Так, МОЗ України забезпечено здійснення позовної роботи, спрямованої на збереження та повернення незаконно відчужених об'єктів державної власності, зокрема майна санаторно-курортних закладів, які належать до сфери управління Міністерства охорони здоров'я України, а також земель оздоровчого та рекреаційного призначення, на яких вони розташовані.

Так, постановою Одеського окружного адміністративного суду від 11 листопада 2013 р. заяву МОЗ України про перегляд рішення за нововиявленими обставинами задоволено: визнано незаконними розпорядження голови Овідіопольської РДА Одеської області від 01 березня 2006 р. № 228 та від 21 червня 2007 р. № 722, якими припинено право постійного користування дитячого санаторію «Люстдорф» на частину земельної ділянки площею 2,5015 га. Станом на сьогодні справа перебуває у провадженні суду апеляційної інстанції.

МОЗ України подані позовні заяви про визнання недійсними рішень органів місцевого самоврядування, якими припинено право постійного користування частиною земельної ділянки санаторію «Ірпінь» та санаторію «Москва».

Слід зазначити, що, відповідно до наказу МОЗ України від 21 січня 2013 р. № 44 «Про окремі питання організації виконання державних цільових програм і комплексних заходів з охорони здоров'я», ДУО «Політехмед», ДП «Укрмедпостач» та ДП «Укрвакцина» уповноважені здійснювати контроль за виконанням постачальниками договірних зобов'язань та участь у претензійно-позовній роботі у разі недотримання постачальниками умов договорів.

Також МОЗ України забезпечується правовий супровід виконання судових рішень як завершальної стадії судового процесу. Так, за 2013 р. до Державної виконавчої служби України подано 49 документів, серед яких 26 – заяви про відкриття виконавчого провадження, 7 – заяви про закінчення виконавчого провадження, 2 – заяви про скасування постанови державних виконавців.

Разом з тим МОЗ України оскаржує в установленому законодавством порядку всі рішення судів, які прийняті не на користь МОЗ України або держави.

Відповідно до Положення про юридичну службу в системі Міністерства охорони здоров'я України та підприємств, установ, організацій, що належать до сфери його управління, затвердженого наказом МОЗ України від 18 лютого 2009 р. № 97, та Порядку здійснення методичного керівництва правовою роботою в Державній інспекції з контролю якості лікарських засобів МОЗ, урядових органах, що діють у складі МОЗ, на підприємствах, установах, організаціях, що входять до сфери його управління, затвердженого наказом МОЗ України від 09 листопада 2010 р. № 972, Управління здійснює контроль та методичне керівництво правовою роботою в органах охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, підприємств, установ, організацій, що належать до сфери управління МОЗ України.



На належному рівні здійснюється правове забезпечення діяльності вищих медичних навчальних закладів. Юридичні служби діють переважно у формі самостійних структурних підрозділів – юридичних відділів. Юридичні служби забезпечують правильне застосування нормативно-правових актів, проведення разом із структурними підрозділами роботи з перегляду документів з метою приведення їх у відповідність із законодавством; здійснюють юридичну експертизу проектів актів та інших документів, організовують роботу, пов'язану з укладанням договорів (контрактів), погодження проектів договорів (контрактів), забезпечують ведення претензійної та позовної роботи, проведення аналізу її результатів тощо.

У зв'язку з недостатнім фінансуванням залишається низьким рівень матеріально-технічного забезпечення юридичних служб та недостатнє забезпечення юридичними кадрами Міністерства охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій, підприємств, установ та організацій, що належать до сфери управління МОЗ України.

Юридичні служби відсутні в структурних підрозділах з питань охорони здоров'я Закарпатської, Херсонської, Харківської, Запорізької обласних державних адміністрацій, Спеціалізованій медико-санітарній частині № 11, Спеціалізованій медико-санітарній частині № 13, Державному закладі «Спеціалізований (спеціальний) санаторій «Сосняк» Міністерства охорони здоров'я України», Державному закладі «Центральна стоматологічна поліклініка Міністерства охорони здоров'я України», Державному закладі «Дитячий спеціалізований (спеціальний) санаторій ім. О.О. Боброва» Міністерства охорони здоров'я України, Державному закладі «Спеціалізований (спеціальний) санаторій Міністерства охорони здоров'я України «Піонер», Державному закладі «Дитячий спеціалізований (спеціальний) клінічний санаторій «Іскра» Міністерства охорони здоров'я України, Державному закладі «Спеціалізований (спеціальний) санаторій «Червоний Маяк» Міністерства охорони здоров'я України, Державному закладі «Спеціалізований (спеціальний) санаторій «Ірпін» Міністерства охорони здоров'я України», Державному закладі «Спеціалізований (спеціальний) санаторій «Юність» Міністерства охорони здоров'я України.

З метою якісної і раціональної підготовки нормативно-правових актів, відповідно до Правил підготовки проектів актів Кабінету Міністрів України, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 06.09.2005 р. № 870 (у редакції постанови Кабінету Міністрів України від 08.07.2009 р. № 712), Порядку подання нормативно-правових актів на державну реєстрацію до Міністерства юстиції України та проведення їх державної реєстрації, затвердженого наказом Міністерства юстиції України від 12.04.2005 р. № 34/5, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 12.04.2005 р. за № 381/10661, Юридичним управлінням забезпечено проведення юридичної експертизи проектів нормативно-правових актів, надання правової допомоги структурним підрозділам Міністерства при підготовці, погодженні та опрацюванні проектів нормативно-правових актів.

Так, у 2013 р. було проведено юридичну експертизу проектів наказів МОЗ України, з яких 1168 – з основної діяльності, 257 – адміністративних та 1804 – з кадрової роботи. МОЗ України за 2013 р. здійснено державну реєстрацію 156 наказів МОЗ України.

У 2013 р. Юридичним управлінням було опрацьовано 878 проектів нормативно-правових актів – проектів актів Президента України, Кабінету Міністрів України, Верховної Ради України, які готувались МОЗ України чи погоджувались ним.

За результатами проведення юридичної експертизи проектів нормативно-правових актів МОЗ України Юридичним управлінням підготовлено та надано 156 юридичних висновків за формою, затвердженою Міністерством юстиції України, та 223 висновки про проведення антидискримінаційної експертизи проекту за формою, затвердженою постановою Кабінету Міністрів України від 30 січня 2013 р. № 61 «Питання проведення антидискримінаційної експертизи та громадської антидискримінаційної експертизи проектів нормативно-правових актів».

Згідно з процедурою призначення кандидатів на заміщення вакантних посад керівників юридичних служб структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, підприємств, установ, організацій, що належать до сфери управління МОЗ України, визначеної Порядком погодження призначення на посаду керівника юридичної служби в системі МОЗ та підприємств, установ, організацій, що належать до сфери його управління, затвердженим наказом МОЗ України від 19 квітня 2010 р. № 345, погоджено призначення на посаду юрисконсульта ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».

Юридичним управлінням забезпечується робота, пов'язана з укладанням договорів (контрактів), здійсненням заходів, спрямованих на виконання договірних зобов'язань, забезпечення захисту майнових прав і законних інтересів МОЗ України, погодження (візування) проектів договорів за наявності погодження (віз) керівників заінтересованих структурних підрозділів МОЗ України згідно Положення про порядок укладення, реєстрації, зберігання договорів та контроль за їх виконанням у Міністерстві охорони здоров'я України, затвердженого наказом МОЗ України від 18 травня 2012 р. № 367.

У 2013 р. забезпечено правову експертизу 423 проектів договорів та 150 проектів додаткових угод.

З метою підвищення якості нормотворчої діяльності у Міністерстві охорони здоров'я України, вдосконалення підготовки нормативно-правових актів 19 грудня 2013 р. за участю фахівців Міністерства юстиції було проведено семінарське заняття для працівників структурних підрозділів МОЗ України, центральних органів виконавчої влади, діяльність яких спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України через Міністра охорони здоров'я України.

Юридичним управлінням у 2013 р. розроблено Порядок підтвердження факту народження дитини поза закладом охорони здоров'я, який затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 09 січня 2013 р. № 9, розроблено та затверджено накази Міністерства охорони здоров'я України від 07 травня 2013 р. № 362 «Про затвердження інформаційних карток адміністративних послуг Міністерства охорони здоров'я України» та від 12 червня 2013 р. № 501 «Про затвердження технологічних карток адміністративних послуг Міністерства охорони здоров'я України», План заходів щодо перегляду та приведення у відповідність до законодавства про державну реєстрацію нормативно-правових актів МОЗ України та Графік проведення перевірок стану правової роботи на підприємствах, установах та організаціях, що належать до сфери управління МОЗ України у 2013 р. (наказ МОЗ України від 27 березня 2013 р. № 243).

### 3.5. Організаційні аспекти діяльності служби охорони здоров'я матері і дитини

Охорона материнства і дитинства є важливою та невід'ємною складовою державної політики, з огляду на значущість народження здорових дітей – потенціалу майбутнього кожної держави.

В основу більшості стратегій щодо здоров'я дітей і жінок покладено принципи, рекомендовані ВООЗ. Нашою країною ратифіковані основні міжнародні правові документи стосовно охорони материнства і дитинства. Виконання заходів міжнародних програм та стратегій ВООЗ з глобальних пріоритетів здоров'я жінок і дітей сприяло зменшенню показників перинатальної патології, материнських і плодово-малюкових втрат у багатьох країнах світу, у тому числі в Україні. Водночас стало зрозуміло, що неможливо кардинально змінити ситуацію лише шляхом впровадження медичних технологій та використання високотехнологічного обладнання, оскільки показники залишалися ще досить високими.

Серед співвідносного впливу різних аспектів на стан здоров'я матерів і новонароджених вагоме значення має організація перинатальної допомоги. Перинатальний період складає лише близько 0,5–0,7% від загальної тривалості життя людини, проте саме протягом цього часу відбуваються найважливіші події у формуванні її здоров'я.

Тому виникла потреба у послідовних організаційних та адміністративних заходах, які б сприяли забезпеченню доступності належної перинатальної допомоги усім категоріям населення відповідно до складності випадку. Така модель отримала назву «регіоналізація перинатальної допомоги», яка за рахунок запровадження сучасних медичних технологій, концентрації висококваліфікованих кадрів та високотехнологічного обладнання в одному місці сприяє вчасному скеруванню вагітних (з урахуванням ступеня перинатального ризику) до відповідних центрів, де надається кваліфікована та якісна медична допомога.

Наразі регіоналізація перинатальної допомоги впроваджена у більшості розвинутих країн світу – Канаді, Австралії, Великій Британії, США, Португалії, Данії, Польщі, Бельгії, Німеччині, Італії, а також у Російській Федерації, Кпзахстані, Білорусії, Молдові та інших країнах.

В Україні питання удосконалення перинатальної допомоги було ініційовано Президентом України і регламентовано Постановою Кабінету Міністрів України від 08.12.2010 р. «Про затвердження переліку проектів і пріоритетних напрямів соціально-економічного та культурного розвитку (національні проекти)» в частині затвердження пріоритетного напрямку «Нова якість життя», у рамках якого існує декілька проектів, спрямованих на покращання соціальної сфери і охорони здоров'я, зокрема проект «Нове життя – нова якість охорони материнства і дитинства». Таким чином, фактично охорона материнства і дитинства, турбота про майбутнє покоління піднесені до розряду національних пріоритетів, таких як енергетична безпека та інші системи незалежності держави. Цей проект реалізується під контролем Глави держави заради досягнення Цілей Розвитку Тисячоліття, озвучених Президентом України на Саміті ООН 2010 р.: поліпшення демографічної ситуації в Україні, зниження рівня материнської, малюкової захворюваності, інвалідності та смертності шляхом підвищення рівня якості та доступності висококваліфікованої медичної допомоги матерям і дітям. Проект докорінно відрізняється від інших національних проектів і спрямований на забезпечення до 2015 р. широкого доступу до отримання допомоги у сфері репродуктивного здоров'я, створення мережі регіональних перинатальних центрів, забезпечених інноваційними технологіями та сучасним обладнанням, шляхом здійснення заходів з реконструкції, виконання ремонтних робіт та

технічного переоснащення приміщень (будівель, споруд), виділених в установленому порядку для розміщення перинатальних центрів, а також придбання інноваційних технологій та сучасного обладнання.

Регіоналізація – це система організації етапності надання перинатальної допомоги (жінкам, вагітним, роділлям, породіллям, новонародженим тощо) за трьома рівнями з урахуванням регіональних особливостей, яка максимально забезпечує своєчасність, доступність, адекватність, ефективність, безпечність перинатальної допомоги при раціональних витратах ресурсів системи охорони здоров'я.

Метою регіоналізації перинатальної допомоги є підвищення якості, доступності перинатальної допомоги з урахуванням: раціонального використання можливостей існуючої системи надання медичної допомоги жінкам репродуктивного віку, вагітним, роділлям, породіллям, новонародженим; рівня захворюваності новонароджених; створення можливості безпечного родорозрішення вагітних з високим ступенем перинатального ризику та виходжування дітей з малою та дуже малою масою тіла при народженні, що сприятиме зниженню материнської, малюкової смертності та попередженню дитячої інвалідності.

Регіоналізація перинатальної допомоги в рамках Національного проекту «Нове життя – нова якість охорони материнства та дитинства» передбачає за умов обмежених ресурсів, в яких працюють системи охорони здоров'я у всьому світі, сконцентрувати кадровий потенціал, сучасні медичні технології та обладнання в одному місці і забезпечити сталий рівний доступ вагітних з високим ступенем потенційного перинатального ризику у перинатальні центри III рівня, де вони можуть отримати висококваліфіковану спеціалізовану перинатальну допомогу.

Наразі створені нормативно-правові засади регіоналізації перинатальної допомоги. Відповідно до концепції, затвердженої наказом МОЗ України від 02.02.2011 р. № 52 «Про затвердження концепції подальшого розвитку перинатальної допомоги та плану реалізації заходів концепції», регіоналізація перинатальної допомоги повинна розглядатися як складова реформи галузі охорони здоров'я в цілому, а очікуваними результатами регіоналізації перинатальної допомоги визначено зниження рівнів: материнської смертності наполовину; штучних абортів; захворюваності серед вагітних; малюкової смертності на чверть; гемолітичної хвороби новонароджених; смертності новонароджених від синдрому дихальних розладів.

Концепцією визначені і основні ризики регіоналізації, які слід враховувати як при плануванні, так і при впровадженні регіоналізації, зокрема: опір реформам з боку населення та, передусім, медичного персоналу закладів, що реформуються, через несприйняття та острахи щодо можливих наслідків реформаторських змін; можливість на перших етапах реформування, через певне розбалансування системи, збільшення показника малюкової та материнської смертності з подальшим його стабільним зниженням; недостатність інформаційної підтримки реорганізації, обмеженість фахівців, що можуть професійно доносити інформацію до населення щодо цих питань; можливі перебої та недоліки щодо стабільного міжбюджетного фінансування через неврегульованість положень окремих законодавчих актів; недостатня якість до- та післядипломної підготовки лікарів загальної практики-сімейних лікарів з питань акушерства та гінекології; низький рівень оплати праці медперсоналу, їх соціальної захищеності, передусім на селі; проблеми транспортного забезпечення (стан автошляхів та наявність транспортних засобів); соціально-економічний

стан населення, особливо серед багатодітних сімей, що зумовлює підвищення перинатального ризику.

Примірний перелік послуг перинатальної допомоги та примірні переліки обладнання і витратних матеріалів, необхідних для надання послуг на первинному, вторинному і третинному рівнях її надання, затверджено наказом МОЗ України від 13.04.2011 р. № 204 «Про затвердження та провадження примірного переліку послуг перинатальної допомоги на всіх етапах її надання».

Наказом МОЗ України від 14.11.2011 р. № 784 «Про затвердження Державних санітарних норм та правил «Гігієнічні вимоги до розміщення, облаштування, обладнання та експлуатації перинатальних центрів» затверджено гігієнічні вимоги до: розміщення та утримання території, архітектурно-планувальних і конструктивних рішень будівель, споруд і окремих приміщень, внутрішнього облаштування приміщень, водопостачання і каналізації, опалення, вентиляції, мікроклімату і повітряного середовища приміщень, природного і штучного освітлення, харчоблоку і буфетних, площ приміщень стаціонару перинатального центру. Цим наказом регламентовані розрахункова температура та кратність повітрообміну приміщень, гранично допустимі концентрації (ГДК) та класи небезпеки лікарських засобів у повітрі приміщень перинатальних центрів, допустимі рівні бактеріального обміну повітряного середовища приміщень перинатальних центрів залежно від їх функціонального призначення і класу чистоти та перелік харчових продуктів, які забороняється використовувати у харчуванні пацієнтів перинатальних центрів.

Створення перинатальних центрів здійснюється відповідно до наказів МОЗ України № 514 «Про затвердження Примірного статуту Перинатального центру зі стаціонаром та Примірного положення про Перинатальний центр у складі закладу охорони здоров'я», № 160 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 15.08.2011 р. № 514 «Про затвердження Примірного статуту Перинатального центру зі стаціонаром та Примірного положення про Перинатальний центр у складі закладів охорони здоров'я», № 641 «Примірне положення про Перинатальний центр II рівня», якими затверджені примірний статут перинатального центру зі стаціонаром, примірні положення про перинатальний центр у складі закладу охорони здоров'я (наказ № 514), перинатальний центр II рівня (наказ № 641) та примірні нормативи перинатального центру III рівня (наказ № 160).

Порядок регіоналізації перинатальної допомоги, перелік медичних показань до направлення пацієток та надання медичної допомоги в перинатальних центрах II рівня, перелік медичних показань до направлення пацієток та надання медичної допомоги в перинатальних центрах III рівня, порядок регіоналізації перинатальної допомоги, розрахунки ліжкового фонду перинатальних закладів III рівня надання акушерської та неонатальної допомоги та методика з аудиту стану надання регіональної перинатальної допомоги та кадрового забезпечення перинатальних центрів III рівня регламентовані наказом МОЗ України від 31.10.2011 р. № 726 «Про удосконалення організації надання допомоги матерям та новонародженим в перинатальних центрах», а забезпечення перинатальних центрів III рівня лікувально-діагностичною апаратурою та виробами медичного призначення – наказом МОЗ України від 14.11.2011 р. № 783 «Про затвердження Примірного табеля оснащення обладнанням, медичною технікою та виробами медичного призначення перинатального центру III рівня».

Науковий супровід регіоналізації перинатальної допомоги здійснює профільна установа – ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України». Наразі відновлюється організаційно-методична складова роботи цього інституту з метою об'єднання у перспективі перинатальних центрів III рівня у загальну систему чи мережу.

Нині вже можна констатувати перші результати проведення регіоналізації перинатальної допомоги. Протягом 2012–2013 рр. відкрито 12 перинатальних центрів III рівня у Кіровоградській, Харківській, Донецькій, Дніпропетровській, Житомирській, Полтавській, Хмельницькій, Рівненській, Луганській, Запорізькій областях, в Автономній Республіці Крим та м. Києві, а також Криворізький міжрегіональний центр II рівня у Дніпропетровській області. На сьогодні МОЗ України спільно з НАМН, Національним проектом розробило єдину стратегію підготовки медичного персоналу для роботи в перинатальних центрах.

В умовах більшості перинатальних центрів впроваджено систему телемедичних консультацій, визначено маршрут вагітних з високим перинатальним ризиком, забезпечено концентрацію пологів жінок високого ступеня перинатального ризику та народження недоношених новонароджених з низькою і дуже низькою масою тіла при народженні.

За даними аналізу регіоналізації перинатальної допомоги в регіонах, за 9 місяців 2013 р. в умовах перинатальних центрів III-го рівня було розроджено 75,1% вагітних з вродженим вадами серця і 47,5% з хворобами системи кровообігу, 44,5% з еклампсією важкого ступеня, 31,3% з цукровим діабетом від загальної кількості пацієнток з даною патологією в регіонах обслуговування.

Ключовою проблемою діяльності є створення можливості виходжування дітей з малою та дуже малою масою тіла при народженні. Загалом у перинатальних центрах III-го рівня було народжено живими з масою тіла при народженні 500,0–999,0 г 69,4% дітей, з масою тіла 1000,0–1499 г – 58,6%, а з масою тіла 1500,0–2499 г – 33,3%. Отримані дані свідчать про те, що вже на перших етапах проведення регіоналізації виконано одне із її завдань – забезпечення доступності висококваліфікованої медичної допомоги матерям та дітям. Ці дані підтверджуються тим, що індекс концентрації у перинатальних центрах III-го рівня материнських втрат становить 22,2%, перинатальних – 24,8%, а неонатальних – 28,8%.

Результативність регіоналізації підтверджується тим, що виживаність новонароджених у перші 168 годин життя з масою тіла при народженні 500,0–999,0 г у регіонах коливалася від 64,2% у закладах охорони здоров'я I рівня надання перинатальної допомоги, 67,2% у закладах охорони здоров'я II рівня надання перинатальної допомоги рівня до 75,1% у перинатальних центрах III-го рівня, а виживаність новонароджених з масою тіла при народженні 1000,0–1499,0 г відповідно складала 80,6%, 83,6% та 92,2%.

Концептуальні основи реформування служби охорони матерів і дітей, як складової сфери охорони здоров'я, передбачають і переорієнтацію амбулаторної ланки служби на первинну медико-санітарну допомогу на засадах сімейної медицини, підвищення її якості та доступності.

Структурна перебудова на первинному рівні полягає у створенні різних закладів і структурних підрозділів ПМД, зокрема АЗП/СМ, відділень і дільниць ЗП/СМ у складі ДЛ, РЛ, ЦРЛ, АПЗ. З 2011 р. почали організацію центрів ПМД – закладів, які надають ПМД населенню певної адміністративно-територіальної одиниці. Вони акумулюють у собі діяльність АЗП/СМ і закладів долікарської медичної допомоги (ФАПи та ФП). В АЗП/СМ

застосовуються як індивідуальна практика ЛЗП/СЛ, так і групова, доцільність якої обґрунтована за даними проведеного дослідження. До складу практикуючої групи, крім ЛЗП/СЛ, входить лікар-педіатр і лікар-акушер-гінеколог, які на перехідному періоді виконують подвійну функцію: забезпечують належну якість медичної допомоги дітям і жінкам репродуктивного віку та водночас виступають «тренерами» для сімейних лікарів із відпрацювання практичних діагностичних і лікувальних навичок при наданні медичної допомоги дітям і матерям.

Спеціалісти МОЗ України розробили примірні посадові інструкції для акушерки ФАПу та ЛЗП/СЛ з надання акушерсько-гінекологічної допомоги, маршрути пацієнтів, учбову програму підготовки ЛЗП/СЛ з надання акушерсько-гінекологічної допомоги.

За підтримки Дитячого Фонду ООН ЮНІСЕФ триває впровадження Стратегії інтегрованого ведення хвороб дитячого віку, яка є особливо актуальною в системі надання ПМД дітям ЛЗП/СЛ. Стратегія ґрунтується на синдромальному підході та консультуванні батьків дітей перших 5 років життя.

МОЗ визначило два пілотні регіони із впровадження Стратегії – Житомирська та Івано-Франківська області.

Негативні тенденції рівнів дитячої інвалідності, а також ймовірних причин і ризиків її формування вказують на необхідність створення в усіх адміністративних територіях центрів медико-соціальної реабілітації дітей з неврологічною патологією. Зазначені центри є ЗОЗ другого рівня надання медичної допомоги.

У системі медичної допомоги дітям і матерям важливе місце належить центрам ВІЛ/СНІДу, які спільно з акушерсько-гінекологічною та педіатричною службою покликані проводити широку профілактичну роботу, максимально охоплювати обстеженням на ВІЛ вагітних та проводити ВААРТ ВІЛ-інфікованим вагітним. Для лікування дітей, хворих на СНІД, створено спеціалізованої клініки у структурі Національної дитячої спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ».

Рівень охоплення профілактичним антиретровірусним лікуванням жінок, у яких під час вагітності було діагностовано ВІЛ-інфекцію, збільшився з 9% у 1999 р. до 94,0% у 2010 році.

Результатом цієї діяльності стало суттєве – майже у 6 разів – зниження рівня передачі ВІЛ від матері до дитини: з 27,8% у 2001 р. (дані оціночного базового дослідження) до 4,9% у 2010 році.

Проте багато ще потрібно зробити для зниження рівня вертикальної передачі ВІЛ, щоб досягнути рівня цільового індикатора для європейських країн – 2%.

Протягом десятиріччя в Україні сформовано систему медико-соціального захисту дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, у тому числі з вадами фізичного та розумового розвитку, віком від народження до чотирьох років. На базі будинків дитини створюються реабілітаційні центри відкритого типу для реінтеграції дитини-сироти, у тому числі з обмеженими можливостями здоров'я, у сім'ю. Робота у цих центрах з сім'ями і дітьми-інвалідами, що виховуються в сім'ях, здійснюється за принципом «тандем-партнерство», тобто «сім'я-дитина-фахівець». Це, в свою чергу, впливає на результати реабілітації, а найголовніше – на профілактику соціального сирітства.

З 2010 р. розпочато організацію відділень реабілітації дітей при будинках дитини. Наразі такі відділення функціонують у 26 будинках дитини.

Позитивним свідченням цього процесу є:

- зниження у 4,2 разу показника смертності серед вихованців будинків дитини;
- зниження вдвічі кількості дітей, переданих до інших інтернатних закладів, та збільшення на 17% реінтеграції дітей, які виховувались в будинках дитини системи МОЗ України, у сімейне оточення;

- зниження втричі кількості дітей, від яких відмовились батьки в акушерських стаціонарах.

Фінансування заходів щодо охорони материнства та дитинства здійснюється за програмно-цільовим методом. Щороку обсяг фінансування збільшується.

На основі запитів, отриманих МОЗ України під час формування показників Державного бюджету на 2013 р., встановлено, що при загальній потребі в коштах на придбання медикаментів і перев'язувальних матеріалів для надання медичної допомоги у 2012 р. у сумі 1586 858,3 тис. грн становить у місцевих бюджетах всього 425 008,4 тис. грн, або 27% від потреби (за даними МОЗ до проекту Держбюджету на 2013 р.).

Як наслідок, на забезпечення ПМСД виділяється з бюджету в середньому на одне відвідування (за даними аудиту органів охорони здоров'я):

- матерям – 0,76 грн при мінімальній потребі 2,80 грн (28%);

- дітям – 1,51 грн при мінімальній потребі 4,50 грн (34%).

Найнижчий рівень забезпечення медикаментами ПМСД спостерігається:

- матерям – у Київській (0,05 грн), Луганській (0,13 грн) областях та АР Крим (0,20 грн), м. Севастополі (0,23 грн).

- дітям – у м. Севастополі (0,36 грн), Рівненській (0,44 грн), Вінницькій (0,60 грн) та Луганській областях (0,73 грн).

Найкращий рівень забезпечення медикаментами дітей на рівні ПМСД у Дніпропетровській області – 8,33 грн.

Аналогічна ситуація спостерігається із забезпеченням медикаментами стаціонарного лікування. Видатки на один ліжко-день складають:

- матерям – 12,11 грн при мінімальній потребі 50,90 грн (24%);

- дітям – 9,31 грн при мінімальній потребі 37,39 грн (25%).

Найнижчий рівень забезпечення медикаментами стаціонарної медичної допомоги виявляється:

- матерям – у Чернігівській (1,98 грн), Рівненській (3,71 грн), Вінницькій (5,06 грн) областях та АР Крим (5,15 грн).

- дітям – в Івано-Франківській (1,50 грн), Чернігівській (2,64 грн), Рівненській (6,42 грн) областях.

Найкращий рівень забезпечення медикаментами дітей на рівні стаціонарної допомоги відмічається у м. Києві – 35,37 гривень.

Потреба у коштах на придбання медикаментів для дитячих санаторних закладів також забезпечується бюджетними призначеннями тільки наполовину (4,2 грн при потребі 8,3 грн). Для порівняння: на придбання медикаментів без урахування державних закупівель МОЗ України на один ліжко-день у НДСЛ «ОХМАТДИТ» передбачено 280 грн. Найнижчий рівень забезпечення медикаментами санаторної допомоги дітям спостерігається у м. Севастополі (0,30 грн), Донецькій (0,80 грн), Харківській (0,80 грн), Волинській (1,10 грн) областях.

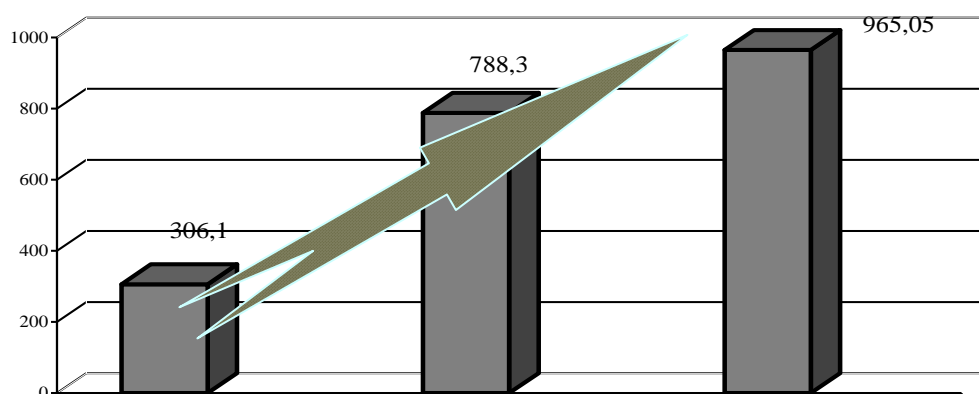


Така ситуація призводить до того, що весь тягар щодо придбання необхідних ліків під час стаціонарного або амбулаторного лікування в регіонах лягає на батьків.

Сформована служба охорони здоров'я матері та дитини є багатофункціональним комплексом, який включає широку мережу ЗОЗ – амбулаторно-поліклінічних, стаціонарних, кадрових і науково-дослідних, навчальних закладів різного рівня акредитації, спеціалізованих центрів, санаторіїв, будинків дитини. В Україні мережа ЗОЗ, які надають лікувально-профілактичну допомогу жінкам і дітям, у цілому достатня для надання їм медичної допомоги на всіх трьох рівнях. До складу закладів акушерсько-гінекологічної служби входять 86 пологових будинків, в яких функціонує 86 жіночих консультацій. Крім того, 443 ЗОЗ мають жіночі консультації, 1171 – акушерсько-гінекологічні кабінети, 1979 – оглядові кабінети, 103 – кабінети планування сім'ї та репродукції особи, 94 – медико-генетичні консультації. Мережа ЗОЗ, які надають медичну допомогу дітям, включає Українську спеціалізовану лікарню «ОХМАТДИТ» та 28 обласних дитячих лікарень, 89 дитячих міських, 6 інфекційних і 3 туберкульозні лікарні для дітей, 44 будинки дитини, 136 санаторіїв для дітей.

Фінансування заходів щодо охорони материнства та дитинства здійснюється за програмно-цільовим методом. Щороку обсяг фінансування збільшується.

Загальний обсяг фінансування (рис. 3.5.1). за програмами з державного бюджету протягом 2007– 2013 рр. зріс у 3,1 разу (з 306,1 млн грн до 965,05 млн грн).



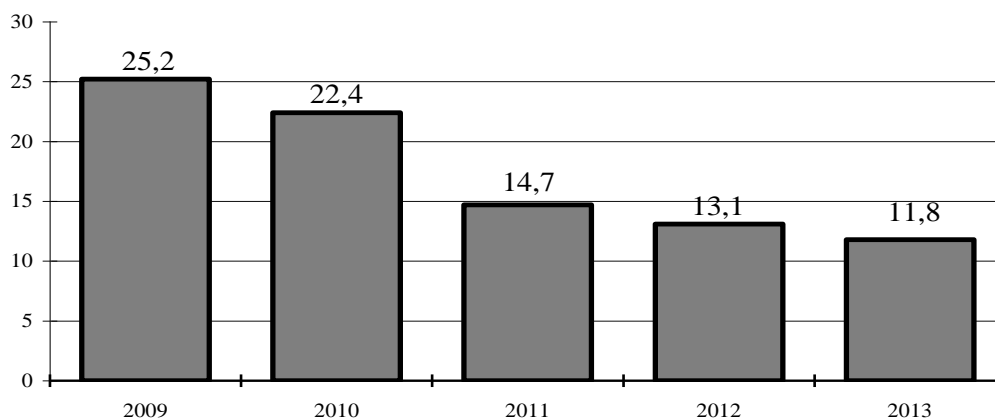
**Рис. 3.5.1. Фінансове забезпечення державних програм та централізованих заходів для дітей, млн. грн**

Загалом обсяг цільового фінансування служби охорони материнства та дитинства за рахунок фінансування державних програм становить 32,3% від усього доведеного МОЗ бюджету.

Реформування служби охорони здоров'я матері і дитини, впровадження сучасних медико-організаційних технологій сприяли позитивній динаміці основних показників її діяльності.

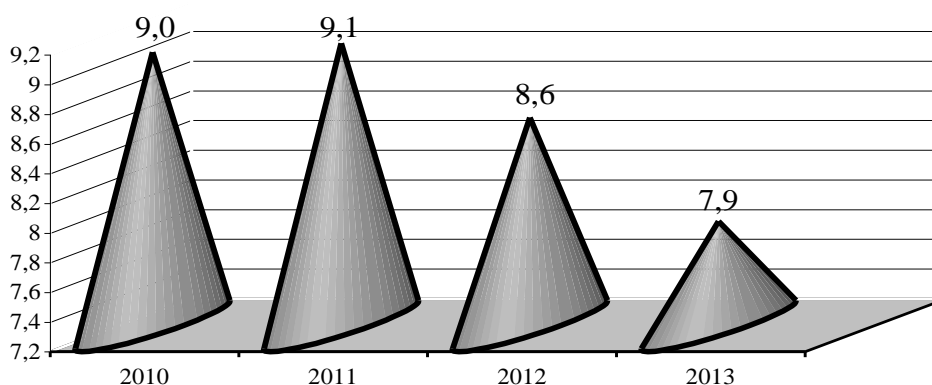
На початку реалізації реформи медичного обслуговування основні індикативні показники материнських та малюкових втрат виглядали таким чином: показник малюкової смертності – 9,1 на 1000 народжених живими, материнських втрат – 14,7 на 100 тис. народжених живими. На сьогодні ми наблизились до показника материнських втрат в країнах Єврорегіону. За оперативними даними МОЗ України, рівень материнської смертності

сягає 11,8 на 100 тис. народжених живими проти 13,1 у 2012 р. та 14,7 у 2011 р., тобто відбулося зниження показника материнських втрат від початку реформи медичного обслуговування на 21% (рис. 3.5.2).



**Рис. 3.5.2. Динаміка рівня материнської смертності в Україні у 2009–2013 рр. (на 100 тис. народжених живими)**

Показник малюкової смертності, за оперативними даними, у 2013 р. становить 7,9 на 1 000 народжених живими проти 8,6 у 2012 р. та 9,1 у 2011 р., тобто відбулось його зниження на 13,2% (рис. 3.5.3).



**Рис. 3.5.3. Динаміка рівня малюкової смертності в Україні у 2009–2013 рр. (на 1 тис. народжених живими)**

Одним із головних індикативних показників ефективності впровадження реформ в медичній галузі, поряд з показниками материнських та малюкових втрат, є показник захворюваності дітей першого року життя.

Захворюваність серед дітей віком до 1 року має тенденцію до зниження на 5,19% порівняно з показником 2011 р. (1560,6). У пілотних регіонах захворюваність дітей віком до 1 року за зазначений період знизилась у Вінницькій області на 6,61% (1894,11–1768,88), Дніпропетровській – на 4,70% (1413,28–1346,80), Донецькій – на 6,49% (1477,92–1382,00), м. Києві – на 1,99% (1930,96–1892,46).

Також спостерігається стійке зниження показника малюкових втрат: у Вінницькій області на 12,6%, у Донецькій – на 9%, у Дніпропетровській – на 19,8%; в м. Києві цей показник залишається на рівні минулих років.

### 3.6. Організація надання медичної допомоги населенню

#### *Первинна медична допомога*

У 2013 р. продовжувалось здійснення заходів щодо подальшого формування та розвитку мережі закладів охорони здоров'я, які надають ПМД.

Показник	2011 р.	2012 р.	2013 р.
Кількість ЦПМСД	82	211	662
Кількість амбулаторій	(дані будуть 13.01)	4652	5733

Протягом звітної періоду продовжувалося створення центрів первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) у регіонах. За оперативною інформацією, на сьогодні зареєстровано 662 ЦПМСД як юридичні особи, що становить 85% від кількості запланованих відповідно до регіональних планів модернізації первинної медичної (медико-санітарної) допомоги. У 2013 р. зареєстровано 321 ЦПМСД.

У всіх пілотних і 10 непілотних (АР Крим, Закарпатська, Запорізька, Київська, Кіровоградська, Миколаївська, Полтавська, Херсонська, Чернігівська області) регіонах цю роботу завершено.

У Черкаській області створено 1 ЦПМСД із 23 запланованих (4%), у Сумській – 7 із 24 запланованих (29%), у Харківській – 30 із 46 запланованих (65%). Не створено жодного центру ПМСД у Львівській області, містах Севастополі та Харкові.

За інформацією від Департаменту охорони здоров'я Харківської облдержадміністрації, місто посиляється на надзвичайну витратність цього процесу, однак, з урахуванням досвіду інших регіонів, цей аргумент непереконливий.

Доступність первинної медичної (медико-санітарної) допомоги найбільшою мірою визначається наближеністю розташування амбулаторій до місць проживання населення.

У 2013 р. кількість амбулаторій у цілому збільшилась на 778, з них 558 амбулаторій у містах і 220 у сільській місцевості. За оперативною інформацією, на кінець 2013 р. в Україні функціонувало 5733 амбулаторії.

Норматив забезпеченості амбулаторіями досягнуто:

– у сільській місцевості – у Житомирській, Миколаївській, Полтавській, Сумській, Харківській областях; недостатня робота проведена в АР Крим та Львівській області, де забезпеченість амбулаторіями низька і приріст цього показника у 2013 р. був незначним.

– у містах – у Полтавській області; найгірше забезпечені амбулаторіями жителі м. Севастополя та Івано-Франківської області.

За оперативною інформацією з регіонів, на оснащення закладів ПМСД медичною технікою та виробами медичного призначення у 2013 р. виділено 218 403,2 тис. грн, у т.ч. з місцевих бюджетів 31 436 тис. грн.

Не виділено кошти на зазначені потреби у Кіровоградській, Одеській, Чернівецькій, областях, містах Києві та Севастополі.

Заклади ПМСД оснащено медичною технікою та виробами медичного призначення відповідно до табеля оснащення на 38% (на 01.01.2013 р. – 31,8%).

Для забезпечення закладів ПМСД, передусім амбулаторій, відповідно до табеля оснащення необхідно 12 169 одиниць санітарного транспорту, фактично є 6 292 одиниці (51,7%

від потреби). На придбання автотранспорту для амбулаторій у 2013 р. виділено 55 147,6 тис грн, у т.ч. з місцевих бюджетів 3 426,4 тис. грн. Усього придбано 201 автомобіль.

У 12 (Вінницька, Дніпропетровська, Донецька, Київська, Луганська, Одеська, Тернопільська, Харківська, Черкаська, Чернівецька області, міста Київ і Севастополь) регіонах кошти на придбання автотранспортних засобів у 2013 р. не виділено.

Розбудова мережі амбулаторій, наближених до місць проживання населення, та їх оснащення – це процес надзвичайно ресурсномісткий і потребує державної підтримки.

### ***Екстрена медична допомога***

З початку 2013 р. і набуттям чинності Закону України «Про екстрену медичну допомогу» в Україні проведено усі необхідні структурні, нормативні та організаційні зміни, які дають право стверджувати, що запропонована система організації екстреної медичної допомоги довела свою дієздатність. Головним досягненням є організація в усіх областях АР Крим і містах Києві та Севастополі центрів ЕМД, які взяли на себе увесь тягар відповідальності за кроки з реформування. Зроблено значні кроки щодо оновлення автопарку спеціалізованого санітарного транспорту для потреб системи ЕМД і забезпечення бригад швидкої медичної допомоги медикаментами та виробами медичного призначення. Безпрецедентний за усі роки незалежності України обсяг бюджетних коштів виділено на закупівлю санітарного транспорту, що дало змогу закупити понад 1 400 автомобілів. Натомість, тільки за рахунок бюджетних коштів цей процес буде йти значно повільніше. Необхідно брати за приклад ініціативу таких областей, як Луганська, Полтавська, Закарпатська, Донецька та інших, які за рахунок місцевих бюджетів значно оновили автопарк і придбали комплекти робочого одягу бригад швидкої медичної допомоги загальнодержавного зразка.

Стабільна робота системи ЕМД України, зокрема, вчасне прибуття бригад на місце події, забезпечується завдяки стану доріг та інфраструктури наших міст, сіл і селищ (а це нанесені номери на будівлях та назви вулиць, освітлені дороги та інформативні дорожні знаки). Загалом по Україні виконання зазначеного нормативу в містах становить 90,8%, у сільській місцевості – 87,6%. Лідерами за цими показниками є Харківська, Миколаївська, Полтавська області та місто Севастополь.

МОЗ України стурбоване існуючою ситуацією щодо створення та впровадження єдиних регіональних оперативно-диспетчерських служб із використанням сучасних GPS-технологій.

Пунктом 235.1 Національного плану дій на 2013 рік Держінвестпроекту України доручено реалізацію національного проекту «Вчасна допомога», спрямованого на створення єдиних регіональних оперативно-диспетчерських служб. Робота мала бути завершена у листопаді 2013 року.

За інформацією, наданою територіальними органами охорони здоров'я, жодних робіт щодо створення єдиних регіональних оперативно-диспетчерських служб протягом 2013 р. Держінвестпроектном України не проведено, як наслідок – на сьогодні не створено жодної централізованої оперативно-диспетчерської служби для центрів ЕМД. Проте, за інформацією Держнацпроекта, у 2013 р. проведено фінансування заходів зі створення єдиних регіональних оперативно-диспетчерських служб у пілотних Вінницькій і Дніпропетровській областях, адаптації міста Києва до вимог національного проекту «Вчасна допомога» та створення загальнодержавної компоненти – дата центрів.

У 10 (Закарпатській, Львівській, Рівненській, Волинській, Миколаївській, Харківській) областях за рахунок місцевих коштів вже підготовлено приміщення під такі служби, при цьому виділено понад 100 млн коштів із місцевих бюджетів.

#### ***Вторинна медична допомога***

Модернізація і збільшення ефективності функціонування ПМД та ЕМД є фундаментом для подальшого вдосконалення медичної допомоги на вторинному рівні.

Урядом прийнято постанову щодо порядку створення госпітальних округів у пілотних регіонах. Тут розроблено та затверджено плани–схеми госпітальних округів і проведено підготовчі заходи для створення багатопрофільних лікарень інтенсивної допомоги.

Для оцінки стану матеріально-технічного забезпечення закладів охорони здоров'я вторинного та третинного рівнів здійснено комплексну інвентаризацію, яка сприятиме визначенню потреби в коштах для належного оснащення закладів охорони здоров'я нового типу, які будуть створені у пілотних регіонах.

### **3.7. Сучасний стан надання вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги населенню**

#### ***Вторинна медична допомога***

З метою удосконалення надання ВМД населенню МОЗ України, 27.05.2013 р. проведено міжвідомчу нараду з питань забезпечення повного приведення клінічних протоколів (стандартів) лікування у відповідність з європейськими стандартами та питань кадрового забезпечення галузі, аналізу кадрового потенціалу за допомогою інформаційно-аналітичної системи «Облік медичних кадрів України». За рішенням наради, головним позаштатним спеціалістам МОЗ України доручено переглянути положення про службу, нормативно-правові акти за своїм напрямком, привести їх у відповідність з європейськими стандартами та провести аналіз кадрового потенціалу служби за своїм напрямком.

З метою удосконалення надання спеціалізованої медичної допомоги населення за напрямками відповідно до курації відділу, підготовлено низку нормативно-правових актів.

#### ***Надання медичної допомоги хворим з інфекційними захворюваннями***

На виконання положень розпорядження Кабінету Міністрів України від 09.03.2011 р. № 206-р «Про схвалення Концепції Державної цільової соціальної програми профілактики, діагностики та лікування вірусних гепатитів на період до 2016 року» та доручення Прем'єр-міністра України від 16.04.2013 р. № 16116/0/1-13 щодо розробки Державної цільової соціальної програми профілактики, діагностики та лікування вірусних гепатитів на період до 2016 р. (далі – програма) розроблено та затверджено постанову Кабінету Міністрів України від 29.04.2013 р. № 637 «Про затвердження Державної цільової соціальної програми профілактики, діагностики та лікування вірусних гепатитів на період до 2016 року».

З метою реалізації програми розроблено проект наказу МОЗ України «Про виконання завдань та заходів Державної цільової соціальної програми профілактики, діагностики та лікування вірусних гепатитів на період до 2016 року», розроблено пропозиції щодо кваліфікаційних характеристик лікарів-інфекціоністів, лікарів-гастроентерологів, у т.ч. дитячих, і сімейних лікарів, розроблено пропозиції до типових положень про порядок матеріально-технічного забезпечення, підготовки і підвищення кваліфікації працівників

державних та комунальних закладів охорони здоров'я і державних наукових установ, діяльність яких пов'язана з лікуванням хворих на вірусні гепатити В і С, у 2013 р. профінансовано закупівлю лікарських препаратів для лікування хворих на гепатити В і С на суму 54 445 018,94 гривень.

Результатом реалізації програми є розвиток допомоги хворим на вірусні гепатити В та С в усіх напрямках – діагностичному, лікувальному, науковому та профілактичному, вивчення потреб у діагностичному і терапевтичному обладнанні, необхідному для діагностики вірусних гепатитів, визначення стадії захворювання та категорії хворих, що потребують лікування. Це сприятиме широкому запровадженню останніх досягнень світової та вітчизняної науки з питань вірусних гепатитів у медичну практику, що приведе до зниження рівня поширеності цих хвороб, смертності від них, а також до підвищення тривалості життя хворих та його якості.

На виконання Плану заходів МОЗ України з реалізації Галузевої програми стандартизації медичної допомоги на період до 2020 р., затвердженого наказом МОЗ України від 16.09.2011 р. № 597 розроблено проект наказу МОЗ України «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при вірусному гепатиті С», який розміщено на офіційному веб-сайті МОЗ України для громадського обговорення та закінчується робота із формуванням проекту наказу МОЗ України «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при вірусному гепатиті В».

З метою удосконалення надання медичної допомоги, розроблений проект наказу МОЗ України «Про удосконалення надання медичної допомоги населенню з інфекційними захворюваннями» знаходиться на погодженні в структурних підрозділах МОЗ.

#### ***Надання медичної допомоги хворим з ендокринологічними захворюваннями***

Для надання якісної та доступної медичної допомоги хворим з ендокринологічними захворюваннями активно працює Координаційна рада при МОЗ України, затверджена наказом МОЗ України від 04.10.2011 р. № 642, з питань надання медичної допомоги хворим на цукровий діабет, на засіданнях якої розглядаються нагальні питання ендокринологічної служби.

З метою підвищення якості санітарно-просвітницької роботи серед населення з питань запобігання розвитку захворювання на цукровий діабет, налагоджена співпраця з Українською Діабетичною Федерацією, Міжнародною Діабетичною Асоціацією, Європейською Асоціацією діабетологів, регіональними громадськими організаціями «Діабетик». Залучені засоби масової інформації, навчальні заклади і громадські організації з інформування населення щодо питань діагностики, лікування та профілактики цукрового діабету і його ускладнень. Питання цукрового діабету висвітлюються в популярних статтях у газетах, журналах, у виступах спеціалістів по радіо та телебаченню. Щорічно проводяться на державному рівні Всесвітні дні діабету для пацієнтів, хворих на цукровий діабет, їхніх родин, за участю медичної громадськості, керівництва державних установ. Щорічно Дні діабету проводяться і в регіонах України за участю представників міських та обласних державних адміністрацій. Такі заходи сприяють позитивному вирішенню ряду медично-соціальних проблем хворих на цукровий діабет на державному рівні.

Отже, робота ендокринологічної служби України направлена:

– на поліпшення первинної профілактики розвитку діабету через активне інформування населення про можливості профілактики небезпечної хвороби та її ускладнень, проведення інформаційно-пропагандистських компаній, розповсюдження популярних матеріалів для населення щодо здорового способу життя, здорового харчування та фізичної культури для попередження розвитку ожиріння та цукрового діабету;

– на поліпшення вторинної профілактики: раннє виявлення цукрового діабету – введено обов'язкове щорічне вимірювання рівня глюкози крові в людей віком понад 40 років при зверненні у лікувальні заклади різного рівня та під час профілактичних медичних оглядів; проводяться скринінгові обстеження та профілактичні медичні огляди з консультацією ендокринолога осіб, що входять до групи ризику захворювання на цукровий діабет, а також обстеження вагітних для виявлення та своєчасного лікування гестаційного діабету;

– на забезпечення ефективності та безпечності лікування людей з діабетом для попередження розвитку ускладнень цукрового діабету, згідно з Протоколами надання медичної допомоги та наказів МОЗ України від 27.04.2006 р. № 254, від 05.08.2009 р. № 574 та від 23.03.2011 р. № 160, впроваджено контроль рівня компенсації цукрового діабету та звітності про ефективність цукрознижувальної терапії за рівнем глікованого гемоглобіну, забезпечення своєчасного призначення препаратів інсуліну хворим на цукровий діабет 2-го типу для попередження розвитку ускладнень. Наказом МОЗ України від 21.12.2012 р. № 1118 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при цукровому діабеті 2 типу» затверджено Адаптовану клінічну настанову «Цукровий діабет 2 типу» та Уніфікований клінічний протокол первинної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Цукровий діабет 2 типу».

Згідно з наказом МОЗ України від 15.04.2013 р. № 303 «Про створення мультидисциплінарних робочих груп із розробки медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги на засадах доказової медицини в 2013 році» забезпечується розробка проектів медико-технологічних документів із тем, затверджених у пункті 1 цього наказу, відповідно до наказу МОЗ України від 28.09.2012 р. № 751, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 29.11.2012 р. № 2001/22312.

Розроблені та розміщені на офіційному сайті МОЗ України для громадського обговорення проекти медико-технологічних документів Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Цукровий діабет I типу», Уніфікований клінічний протокол екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Цукровий діабет I типу», Уніфікований клінічний протокол екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Цукровий діабет I типу у дітей».

З метою удосконалення надання медичної допомоги хворим на цукровий діабет у закладах охорони здоров'я, для підвищення ефективності та безпечності інсулінотерапії, попередження розвитку і прогресування ускладнень цукрового діабету, затверджено наказ МОЗ України від 18.07.2013 р. № 618 «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо призначення та забезпечення хворих на цукровий діабет препаратами інсуліну».

З метою поліпшення надання медичної допомоги дітям, хворим на цукровий діабет, затверджено наказ МОЗ України від 07.10.2013 р. № 864 «Про внесення змін до протоколу надання медичної допомоги дітям, хворим на цукровий діабет».

З метою розробки проекту розпорядження Кабінету Міністрів України «Про затвердження Концепції Державної цільової соціальної програми «Цукровий діабет на період до 2018 року» (далі – проект розпорядження), наказом МОЗ України від 12.08.2013 р. № 717 затверджено склад робочої групи. На сьогодні фахівцями робочої групи підготовлено проект розпорядження, який після опрацювання, погодження та отримання юридичного висновку буде подано на розгляд до Кабінету Міністрів України відповідно до регламентних вимог.

У рамках виконання розпорядження Кабінету Міністрів України від 05.03.2009 р. № 247-р «Деякі питання забезпечення хворих на цукровий діабет препаратами інсуліну» Міністерством вжито низку заходів щодо запровадження рецептурної системи і як наступний крок МОЗ України підготовлено, а Урядом 14.08.2013 р. прийнято постанову Кабінету Міністрів України № 732 «Про реалізацію пілотного проекту щодо запровадження державного регулювання цін на препарати інсуліну», якою передбачено з 01.12.2013 р. реалізацію пілотного проекту щодо запровадження державного регулювання цін на препарати інсуліну, а з 01.02.2014 р. обіг препарату інсуліну, зокрема, їх закупівля за кошти місцевих бюджетів, буде здійснюватися після декларування зміни оптово-відпускної ціни на такі препарати, яка не повинна перевищувати встановлений МОЗ України граничний рівень оптово-відпускних цін на них.

Реалізація пілотного проекту не змінює Порядку призначення лікарями препаратів інсуліну та Порядку їх відпуску, а спрямована на запровадження державного регулювання цін.

Постановою передбачено встановлення граничних рівнів оптово-відпускних цін на препарати інсуліну з використанням механізму порівняльних (референтних) цін у таких країнах: Молдові, Туреччині, Росії, Албанії, Румунії, Болгарії, а у разі відсутності в цих країнах відповідних препаратів, то в Угорщині, Литві, Латвії, Чехії, Словацькій Республіці, Польщі.

Норми прийнятої постанови дають змогу:

- встановити граничні рівні цін на препарати інсуліну, рівень яких не може бути перевищений при здійсненні державних закупівель і відпуску їх з аптечних закладів за пільговими рецептами, з урахуванням встановлених Урядом надбавок;
- не допустити закупівлю препаратів інсуліну за різними цінами в різних регіонах України;
- приведе (за експертними оцінками) до зниження цін у середньому в діапазоні від 4% до 21%;
- сприятиме зростанню рівня забезпеченості хворих на діабет препаратами інсулінами в межах наявних асигнувань бюджетних коштів;
- приведе до економії та раціонального використання бюджетних коштів, які можна буде спрямувати на закупівлю таблетованих цукрознижувальних препаратів, глюкагону, тестучих засобів.

Крім того, проводиться розробка та впровадження програм, спрямованих на підвищення якості санітарно-просвітницької роботи серед населення з питань профілактики розвитку цукрового діабету і його ускладнень та забезпечення належного рівня обізнаності населення проблемами цукрового діабету, залучення засобів масової інформації, навчальних закладів і громадських організацій до інформування населення з питань профілактики, діагностики та лікування цукрового діабету та його ускладнень, проведення щороку на державному та регіональному рівнях Всесвітнього дня діабету (14 листопада).



Загалом, по Україні проводяться масові скринінгові обстеження громадян: у поліклініках, на підприємствах, на вулицях, у відвідувачів аптек, також проводились благодійні акції від «Серця до серця» по збору коштів для дітей хворих на цукровий діабет, зокрема на інсулінові помпи, впроваджена концепція «Людина з діабетом», а не «Інвалід» і концепція підвищення відповідальності пацієнта за своє здоров'я, через засоби масової інформації проводиться інформаційно-пропагандистська кампанія щодо здорового способу життя, харчування та фізичної культури для попередження розвитку ожиріння та цукрового діабету, удосконалюються існуючі, апробовуються розроблені технології виробництва цукрозамінників та інших харчових добавок, а також рецептур продуктів дієтичного харчування для хворих на цукровий діабет. Виходячи з технічного оснащення підприємства ЗАТ «АВК», асортименту існуючих кондитерських виробів в Україні та з урахуванням вікових груп споживачів продукції, визначаються напрями розробки нових рецептур кондитерських виробів спеціального призначення ЗАТ «АВК». З метою удосконалення існуючої дієтичної продукції виробництва ЗАТ «Житомирські ласощі», проводиться апробація продуктів харчування для хворих на цукровий діабет, налагоджується випуск і реалізація апробованих продуктів у спеціалізованих магазинах дієтичного харчування.

У м. Києві на веб-сайті ДООЗ постійно оновлюється сторінка присвячена цукровому діабету в «Пам'ятці здоров'я» для киян. Також у рубриці «Здоров'я киян» розміщується інформація по самоконтролю для пацієнтів з цукровим діабетом.

Постійна співпраця проводиться з Київським Благодійним Фондом «Діабетик».

На апаратній нараді МОЗ України 31.05.2013 р. заслухано звіт щодо стану виконання завдань та заходів Державної цільової програми «Цукровий діабет» на 2009–2013 роки з висновками щодо ефективності реалізації за участю головного позаштатного спеціаліста МОЗ України зі спеціальності «Ендокринологія» (М.В. Гульчій) та головного позаштатного спеціаліста МОЗ України зі спеціальності «Дитяча ендокринологія» (Н.Б. Зелінська).

Міністерство охорони здоров'я України, згідно з планом організаційних заходів МОЗ України та Реєстром з'їздів, конгресів, симпозіумів, науково-практичних конференцій, наукових семінарів і пленумів МОЗ і НАМН України, проведених у 2013 р., інформує, що 14.11.2013 р. відбулася науково-практична конференція з нагоди Всесвітнього дня діабету. Відповідно до Реєстру медичних виставок, які проводитимуться в Україні у 2013 р. з 22 по 25 жовтня відбулася ХХІІ міжнародна виставка «Охорона здоров'я – 2013».

У м. Києві 22.11.2013 р. відбувся Круглий стіл із питань організації та проведення масової і групової йодної профілактики в Україні та 26–27 листопада 2013 р. у м. Миргороді відбувся семінар для лікарів-ендокринологів областей України, які працюють у кабінетах по навчанню хворих на цукровий діабет самоконтролю стосовно розширення в лікувальних установах кабінетів навчання хворих на цукровий діабет самоконтролю та з метою зменшення частоти тяжких ускладнень у хворих на цукровий діабет, які пройшли навчання самоконтролю, зменшення частоти госпіталізації хворих із приводу невідкладних станів і для поліпшення життя хворих на цукровий діабет.

На виїзній Колегії МОЗ України 13.12.2013 у м. Полтаві розглянуто стан реалізації Державної цільової програми «Цукровий діабет» на 2009–2013 роки та шляхи удосконалення медичної допомоги хворим.

За результатами проведеної Колегії МОЗ України, робота стосовно формування та забезпечення реалізації державної політики з розвитку практичної ендокринології,

медичного забезпечення хворих з ендокринною патологією визнана такою, що потребує подальшого удосконалення. Пріоритетними напрямками діяльності визнані: проведення з урахуванням кращого досвіду української та світової медицини профілактичної роботи серед широких верств населення щодо раннього виявлення ендокринних захворювань і розвиток ендокринологічної служби у рамках програми реформування системи медичного обслуговування, позитивного досвіду апробації механізмів та заходів; удосконалення системи безкоштовного забезпечення хворих з ендокринною патологією ліками, які потрібні за життєвими показаннями.

### ***Надання медичної допомоги хворим з онкологічними захворюваннями***

З метою широкого запровадження новітніх ядерних технологій у медичну практику та науку розроблено та затверджено розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції розвитку ядерної медицини на 2013–2017 роки» від 13.03.2013 р. № 130-р, результатом реалізації якої буде розвиток ядерної медицини у всіх напрямках – діагностичному, лікувальному, науковому; аудит наявного парку та переоснащення застарілого обладнання в існуючих клінічних підрозділах ядерної медицини та відділеннях для лікування радіоактивними ізотопами; створення міжрегіональних центрів відповідно до потреб у діагностичному та терапевтичному обладнанні; створення та організація серійного випуску доступної конкурентоспроможної радіологічної діагностичної апаратури у майбутньому; розробка, доклінічні та клінічні випробування, організація вітчизняного виробництва радіофармпрепаратів.

З метою розробки конкретних завдань і заходів щодо реалізації Концепції розвитку ядерної медицини в Україні на період до 2017 р. розроблено проект розпорядження Кабінету Міністрів України «Про затвердження плану заходів з реалізації Концепції розвитку ядерної медицини на 2013–2017 роки».

За результатами реалізації плану заходів очікується підвищення якості діагностики та лікування хворих, підтримка і збереження вітчизняного науково-технічного потенціалу, включаючи виробництво конкурентоспроможної радіологічної апаратури та радіофармпрепаратів, приведення у відповідність з міжнародними кваліфікаційними стандартами спеціальностей радіологічного профілю та створення єдиної системи безперервної післядипломної підготовки, тренінгових центрів і навчальних програм для підготовки та перепідготовки спеціалістів у галузі ядерної медицини, створення додаткових робочих місць для зазначених фахівців, а також удосконалення системи охорони здоров'я і підвищення якості життя населення в цілому.

З метою розробки конкретних завдань і заходів щодо створення та впровадження в лікувальний процес центру адронної (протонної) променевої терапії розроблено проект розпорядження Кабінету Міністрів України «Про затвердження плану заходів щодо створення та впровадження в лікувальний процес центру адронної (протонної) променевої терапії».

Заходи щодо реалізації цього акта забезпечать розвиток ядерної медицини в Україні, адже протонна терапія є одним з найперспективніших методів променевої терапії. Особливо ефективно використання протонної променевої терапії на ранніх стадіях раку, коли вона може застосовуватися як єдино можливий і радикальний метод лікування.

Створення та впровадження у лікувальний процес центру адронної (протонної) променевої терапії забезпечить помітні соціально-економічні ефекти, серед яких: збільшення

шансів на одужання хворих; зниження побічних ефектів; виключення пошкодження здорових тканин біля пухлини; розширення можливостей лікування; виведення радіологічної служби на світовий рівень.

07.11.2013 р. відбулася нарада під головуванням Гриценка К.І. з питань доопрацювання проекту постанови Кабінету Міністрів України щодо можливості виробництва ізотопів державними закладами охорони здоров'я для використання у ПЕТ-діагностиці в приватних клініках.

З метою усунення порушень акту Рахункової палати України, за результатами перевірки виконання Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 р. затверджено наказ МОЗ України від 14.11.2013 р. № 974 «Про затвердження Плану заходів Міністерства охорони здоров'я України щодо усунення порушень та недоліків, виявлених під час аудиту Рахункової палати України», затверджено «План заходів Міністерства охорони здоров'я України щодо усунення порушень та недоліків, зазначених в Акті Рахункової палати України аудиту використання коштів Державного бюджету України, виділених МОЗ України на виконання у 2012–2013 рр. заходів Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року», відповідно до якого Міністерством вживаються заходи для усунення порушень та недоліків, виявлених під час аудиту Рахункової палати України.

18.10.2013 р. у МОЗ України відбулася апаратна нарада за участю провідних фахівців в галузі онкології та директора Національного інституту раку МОЗ України, на якій заслухано стан надання медичної допомоги онкологічним хворим в Україні за період реалізації Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 р. та пропозиції щодо усунення порушень та недоліків, зазначених в Акті Рахункової палати України за результатами аудиту використання коштів Державного бюджету України, виділених МОЗ України у 2012–2013 рр. на виконання заходів Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року.

На виконання підпункту 6 пункту 7 витягу з Протоколу № 13 засідання Кабінету Міністрів України від 18.02.2013 р. та підпунктів 4, 5, 7 пункту 1, підпункту 7 пункту 2 додатку до Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 р., затвердженої Законом України «Про затвердження Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року», для поліпшення надання медичної допомоги онкологічним хворим прийнято наказ МОЗ України від 12.04.2013 р. № 298 «Про проведення перевірок закладів охорони здоров'я, що надають медичну допомогу онкологічним хворим, стосовно їх матеріально-технічного стану, забезпечення необхідними лікарськими засобами та виробами медичного призначення», згідно з графіком, проведено виїзні комісійні перевірки закладів охорони здоров'я, що надають медичну допомогу онкологічним хворим, в АР Крим, Київській, Волинській, Дніпропетровській, Донецькій, Кіровоградській, Львівській, Рівненській та Херсонській областях та м. Києві. По результатами роботи підготовлено довідки із пропозиціями.

14.08.2013 р. у м. Києві відбулась Колегія про стан надання медичної допомоги онкологічним хворим у Києві та в Україні в цілому, на якій розглянуто основні проблемні питання онкологічної служби.

Для надання якісної та доступної медичної допомоги хворим з онкологічними захворюваннями відповідно до європейських стандартів:

1. Затверджено наказ МОЗ України від 08.10.2013 р. № 866 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при неходжкінських лімфомах та лімфомі Ходжкіна».

2. Розроблено проекти наказів МОЗ України «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при дисплазії та раку шийки матки», «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при раку передміхурової залози» та «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при лімфомах».

3. Затверджено наказ МОЗ України «Про систему онкологічної допомоги населенню України» від 01.10.2013 р. № 845, який опрацьовується із Міністерством юстиції України.

### ***Надання паліативної допомоги***

З метою вирішення питання поліпшення доступності населення до знеболювальних лікарських засобів, зокрема, проблем доступності при наданні паліативної допомоги пацієнтам у домашніх умовах наркотичними знеболювальними засобами, реалізовано такі кроки:

1. Затверджено постанову Кабінету Міністрів України від 13.05.2013 р. № 333 «Про затвердження Порядку придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я», розроблену Державною службою України з контролю за наркотиками спільно з МОЗ України.

Зазначена постанова спрямована на розширення можливості доступу до знеболювальних препаратів шляхом спрощення процедури призначення наркотичних і психотропних засобів, а саме:

– вилучення необхідності створювати велику кількість комісій, які фактично діяли формально та не були дієвим механізмом контролю та попередження витоку в незаконний обіг;

– збільшення термінів можливості зберігання запасів наркотичних та психотропних препаратів у закладах охорони здоров'я;

– удосконалення можливості лікування в домашніх умовах із застосуванням наркотичних і психотропних лікарських засобів.

2. Розроблено проект Концепції державної політики у сфері забезпечення населення лікарськими засобами, що містять наркотичні засоби, психотропні речовини, прекурсори, сильнодіючі та отруйні речовини, недопущення їх витоку у незаконний обіг на 2014–2015 рр., якою передбачено аналіз обігу в Україні лікарських засобів, що містять підконтрольні речовини, попередження фактів зловживання ними та запровадження таких заходів контролю за ними, які не впливають на доступність населення України до них.

3. Відпрацьовано комплекс заходів, спрямованих на мінімізацію витрат, пов'язаних з отриманням дозвільних документів, які регламентують порядок обігу знеболювальних лікарських засобів, прозорості у прийнятті рішення щодо їх призначення, та визначення шляхів знищення їх залишків у разі припинення використання за призначенням тощо.

4. З метою усунення невиправдано складних вимог до приміщень, які використовуються в аптечних і лікувально-профілактичних закладах для зберігання

знеболювальних лікарських засобів, Міністерством запропоновано внести зміни до наказу МВС України від 15.05.2009 р. № 216 «Про затвердження Вимог до об'єктів і приміщень, призначених для здійснення діяльності з обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, прекурсорів та зберігання вилучених з незаконного обігу таких засобів і речовин».

Зокрема, пропонується виключити норму, яка встановлює окремі вимоги до підлоги, стелі, стін, вікон та ін., натомість передбачається, що кімната, в якій планується зберігати знеболювальні препарати «має бути обладнана сейфами або металевими шафами; вхідні двері повинні бути добре підігнані під дверну коробку, металеві або дерев'яні повнотілі, товщиною не менше 40 мм, мати не менше двох врізаних не самозамикальних замків; віконні отвори приміщень з внутрішнього боку чи між рамами мають бути обладнані металевими ґратами. Допускається використання декоративних ґрат чи жалюзі, які за міцністю не повинні поступатися зазначеним вище ґратам». Запропоновані зміни підтримані Держпідприємництвом.

5. Розроблено проект наказу «Про затвердження змін до Порядку обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів у закладах охорони здоров'я України», яким, окрім приведення у відповідність чинного наказу МОЗ України від 21.01.2010 р. № 11 до вимог постанови Кабінету Міністрів України від 13.05.2013 р. № 333 «Про затвердження Порядку придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я», передбачено спрощення процедури знищення порожніх ампул із-під використаних наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, виключено необхідність створення комісії для контролю за порядком придбання, приймання, зберігання, видачі, використання і обліку рецептурних бланків №3 (Ф-3), їх знищення після 5 років зберігання та журналів їх обліку. Натомість вказаний контроль рекомендовано покласти на керівника лікувально-профілактичного закладу.

6. Розроблено методику розрахунку потреби в лікарських засобах, що містять наркотичні засоби, психотропні речовин та прекурсори, метою створення якої є якомога об'єктивний розрахунок потреби України в зазначених засобах і запровадження важелів впливу на ситуацію, пов'язану з їх призначенням лікарями.

З метою вирішення проблемних питань у сфері забезпечення пацієнтів наркотичними знеболювальними засобами проведено низку нарад:

– 7 червня 2013 р. – міжвідомча нарада стосовно доцільності здійснення державного замовлення на закупівлю знеболювальних лікарських засобів, зокрема наркотичних, що виробляються на вітчизняних підприємствах, та розробки відповідної загальнодержавної програми.

– 31 жовтня 2013 р. – нарада МОЗ України з питань удосконалення забезпечення населення України знеболювальними лікарськими засобами за участю заступників структурних підрозділів із питань охорони здоров'я, головних обласних позаштатних спеціалістів із спеціальності «Наркологія», заступників головних лікарів із лікувальної роботи обласних наркологічних диспансерів та лікарів сайтів замісної підтримувальної терапії, де обговорено можливі шляхи розширення доступу до знеболювальних лікарських засобів, питання удосконалення взаємодії лікарів-наркологів і лікарів ЗП/СМ, лікарів інших спеціальностей у розширенні доступу до знеболювальних лікарських засобів.

– 9 грудня 2013 р. – селекторна нарада МОЗ України за допомогою телеконференцв'язку з питань застосування пероральних форм знеболювальних лікарських засобів, підвищення доступу населення до знеболення, раціонального використання препаратів замісної підтримувальної терапії, за участю заступників керівників структурних підрозділів із питань охорони здоров'я, фахівців із спеціальностей «Наркологія», «Онкологія», «Загальна практика / сімейна медицина». На селекторній нараді обговорено проблемні питання регіонів щодо забезпечення населення пероральними формами знеболювальних лікарських засобів і вирішення подальших кроків роботи МОЗ України в цьому напрямі.

### ***Надання медичної допомоги наркологічним хворим***

1. Протягом 2013 р. завершено роботу над Національним річним звітом щодо наркотичної ситуації 2013 р. (за даними 2012 р.). Інформацію оприлюднено 15.11.2013 р. та розміщено на сайті ([www.DAmonitoring.net.ua](http://www.DAmonitoring.net.ua)).

Документ складено у повній відповідності до методології та Інструкції щодо написання річних звітів для всіх країн-членів ЄС і керівництва Європейського моніторингового центру з наркотиків та наркотичної залежності (EMCDDA).

Наведено оцінку розповсюженості вживання наркотиків, у т.ч. ін'єкційним шляхом, системи лікування наркологічних захворювань, злочинності, пов'язаної з нелегальним обігом наркотиків тощо. Окремі розділи присвячено профілактиці вживання наркотичних засобів і психотропних речовин, зменшенню шкоди та реабілітації наркозалежних осіб.

2. З метою виконання пункту 15 Плану заходів щодо реалізації Концепції створення системи соціальної підтримки працівників підприємств вугільної галузі та населення територій, на яких розміщуються вугледобувні та вуглепереробні підприємства, що перебувають у стадії ліквідації (консервації), затвердженого розпорядженням Кабінету Міністрів України від 29.04.2013 р. № 353-р, підготовлено наказ МОЗ України від 17.07.2013 р. № 611 «Про затвердження Плану заходів Міністерства охорони здоров'я України з протидії вживанню алкоголю, наркотичних засобів, психотропних речовин та з охорони здоров'я населення регіонів, на території яких розміщуються вугледобувні та вуглепереробні підприємства, що перебувають у стадії ліквідації (консервації)». Виконання зазначеного плану передбачено протягом проведення заходів із ліквідації (консервації) вугледобувних і вуглепереробних підприємств на території Волинської, Донецької, Луганської та Львівської областей. На виконання цього наказу структурними підрозділами охорони здоров'я Волинської, Донецької, Луганської та Львівської обласних державних адміністрацій затверджено обласні та регіональні плани заходів із протидії вживанню алкоголю, наркотичних засобів, психотропних речовин на 2013–2014 рр. у регіонах, на території яких розміщуються вугледобувні та вуглепереробні підприємства, що перебувають у стадії ліквідації (консервації).

Крім того, у 2013 р. представники МОЗ України включені до складу Науково-експертної ради, створеної при Державній службі України з контролю за наркотиками, яка діятиме на громадських засадах і братиме участь в експертно-аналітичному забезпеченні роботи ДСКН України, вивченні, системному аналізі й прогнозуванні процесів у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу, розглядатиме актуальні питання реалізації державної політики в зазначеній сфері тощо.

Протягом 2013 р. фахівці МОЗ України брали участь у Міжнародному круглому столі на тему: «Впровадження рідкого метадону».

#### ***Надання медичної допомоги пульмонологічним хворим***

Для надання якісної та доступної медичної допомоги хворим з пульмонологічними захворюваннями відповідно до європейських стандартів, підготовлено та затверджено:

1. Наказ МОЗ України від 27.06.2013 р. № 555 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при хронічному обструктивному захворюванні легень».

2. Наказ МОЗ України від 08.10.2013 р. № 868 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при бронхіальній астмі», який дає змогу надання медичної допомоги хворим із бронхіальною астмою.

#### ***Надання медичної допомоги офтальмологічним хворим***

Для надання якісної та доступної медичної допомоги хворим з офтальмологічними захворюваннями відповідно до європейських стандартів, підготовлено та затверджено наказ МОЗ України від 14.05.2013 р. № 372 «Про систему офтальмологічної допомоги населенню України», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 25.06.2013 р. за № 1051/23583.

#### ***Судово-медична експертиза***

Для удосконалення надання якісної судово-медичної експертизи населенню у зв'язку з введенням до Національного класифікатора України ДК 003:2010, затвердженого наказом Державного комітету України з питань технічного регулювання та споживчої політики від 28.07.2010 р. № 327 (зміна № 1), нових назв професій експертів судово-медичної експертизи: «експерт-імунолог судовий», «експерт-токсиколог судовий», «експерт-цитолог судовий», з метою приведення штатних нормативів посад бюро судово-медичної експертизи у відповідність до згаданого національного класифікатора України, видано:

1. Наказ МОЗ України від 21.08.2013 р. № 745 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 23 лютого 2000 р. № 33 (зі змінами)».

2. Наказ МОЗ України від 12.08.2013 р. № 720 «Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я».

Зазначені накази дадуть змогу зайняти низку експертних посад бюро судово-медичної експертизи фахівцями як із медичною, так і немедичною освітою, що, своєю чергою, значно поліпшить ситуацію з кадровим забезпеченням бюро судово-медичної експертизи і, відповідно, покращить діяльність судово-медичної експертизи в Україні.

З метою організації атестації зазначених фахівців, підготовлено проект наказу МОЗ України «Про атестацію професіоналів з вищою немедичною освітою, які працюють у бюро судово-медичної експертизи», що проходить повторне візування в зацікавлених структурних підрозділах МОЗ України.

У зв'язку з введенням до Національного класифікатора України ДК 003:2010, затвердженого наказом Державного комітету України з питань технічного регулювання та споживчої політики від 28.07.2010 р. № 327 (зміна № 1), нової професійної назви роботи «експерт-психолог судовий» та з метою удосконалення кадрового забезпечення та правничої регламентації роботи зазначених фахівців, які працюють у центрах судово-психіатричної експертизи (відділеннях; психіатричних закладах, де проводиться судово-психіатрична експертиза)», підготовлено проект наказу МОЗ України «Про унесення змін до Довідника

кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я», який проходить повторне візування в зацікавлених структурних підрозділах МОЗ України. Прийняття зазначеного наказу дасть змогу поліпшити кадрове забезпечення та нормативно-правову регламентацію роботи експертів психологів судових, які не мають вищої медичної освіти та працюють у центрах судово-психіатричної експертизи (відділеннях; психіатричних закладах, де проводиться судово-психіатрична експертиза).

Крім того, з метою приведення у відповідність до вимог державної реєстрації низки нормативно-правових актів МОЗ України, підготовлено проекти наказів МОЗ України, які опрацьовуються:

1. «Про затвердження Правил проведення судово-медичних експертиз у бюро судово-медичної експертизи».
2. «Про затвердження Положення про кваліфікаційні класи судових експертів бюро судово-медичної експертизи».
3. «Про затвердження Положення про кваліфікаційні класи лікарів – судово-психіатричних експертів».

Прийняття згаданих наказів дасть змогу привести нормативно-правові акти МОЗ України, які регламентують діяльність судово-медичної та судово-психіатричної експертиз, у відповідність до вимог законодавства України.

### **Третинна медична допомога**

#### ***Реалізація проекту Закону України «Про затвердження Загальнодержавної програми «Здоров'я – 2020: український вимір»***

Міністерством охорони здоров'я України розроблено проект Закону України «Про затвердження Загальнодержавної програми «Здоров'я – 2020: український вимір» (далі – проект Закону) з метою реалізації завдань і заходів у галузі охорони здоров'я, визначених Указом Президента України від 12.03.2012 р. № 187/2012 «Про затвердження Національного плану дій на 2012 рік щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава», на виконання розпорядження Кабінету Міністрів України від 31.10.2011 р. № 1164-р «Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я – 2020: український вимір», який погоджено заінтересованими органами та регіональними органами виконавчої влади.

Проект Закону схвалено на засіданні Кабінету Міністрів України від 18.09.2013 р. та доопрацьовано з урахуванням зауважень Міністерства юстиції України спільно з Міністерством фінансів України, у частині доповнення положенням щодо здійснення фінансування зазначеної Програми у межах відповідних коштів, передбачених у державному бюджеті на поточний рік.

Зазначена програма спрямована на збереження та зміцнення здоров'я, профілактику захворювань, зниження рівнів захворюваності, інвалідності і смертності населення, підвищення якості та ефективності надання медичної допомоги, забезпечення соціальної справедливості і захисту прав громадян на охорону здоров'я.

Головними стратегічними пріоритетами визнані профілактика хронічних неінфекційних захворювань, мінімізація впливу факторів ризику їх розвитку на основі міжсекторального підходу, створення сприятливого для здоров'я середовища, формування відповідального ставлення громадян до особистого здоров'я та мотивації населення до



здорового способу життя, оптимізація організації надання медичної допомоги та поліпшення ресурсного забезпечення галузі.

Послідовна реалізація на комплексній міжгалузевій основі завдань, окреслених Програмою, забезпечить реалізацію права громадян на здоров'я та охорону здоров'я, поліпшення стану здоров'я та підвищення якості їх життя, створення дієвої системи охорони громадського здоров'я, спроможної забезпечити задоволення медичних потреб населення на рівні чинних стандартів, збільшення трудових ресурсів та покращення міжнародного співробітництва у сфері охорони здоров'я.

На сьогодні проект Закону України «Про затвердження Загальнодержавної програми «Здоров'я – 2020: український вимір» схвалено Урядом України та подано 11.12.2013 р. № 3748 на розгляд Верховною Радою України.

### ***Організація надання медичної допомоги хворим із серцево-судинними та судинно-мозковими захворюваннями***

У січні 2013 р. МОЗ України проведено Колегію з питань організації надання медичної допомоги хворим із серцево-судинними та судинно-мозковими захворюваннями.

На виконання рішення Колегії МОЗ України від 22.01.2013 р. МОЗ України спільно із НАМН України розроблено та затверджено накази, які пройшли державну реєстрацію:

– від 11.03.2013 р. № 193/20 «Про систему кардіохірургічної допомоги в Україні», який зареєстровано у Міністерстві юстиції України 22.03.2013 р. за № 481/23013;

– від 18.03.2013 р. № 211/24 «Про організацію і роботу системи з рентгеноендоваскулярної діагностики та лікування у закладах охорони здоров'я в Україні», який зареєстровано у Міністерстві юстиції України 01.04.2013 р. за № 532/23064;

– від 31.07.2013 р. № 670/65 «Про організацію та роботу системи функціональної діагностики у закладах охорони здоров'я в Україні», який зареєстровано у Міністерстві юстиції України 20.08.2013 р. за № 1437/23969;

– від 24.07.2013 р. № 621/60 «Про систему кардіологічної допомоги у закладах охорони здоров'я в Україні», який зареєстровано у Міністерстві юстиції України 09.08.2013 р. за № 1365/23897.

Реалізація цих заходів сприятиме: удосконаленню організації невідкладної допомоги особам, хворим на гострий інфаркт та інсульт, шляхом відкриття кардіохірургічних центрів (відділень) і центрів (відділень) рентгеноендоваскулярної діагностики та лікування в кожній області; розвитку і підтримці мережі регіональних кардіохірургічних центрів; наближенню доступності високоспеціалізованої медичної допомоги цим хворим; реформуванню високоспеціалізованої медичної допомоги пацієнтам із серцево-судинною патологією.

### ***Удосконалення системи надання психіатричної допомоги***

Видано наказ МОЗ України від 31.07.2013 р. № 667 «Про затвердження форми висновку лікарської комісії медичного закладу щодо необхідності постійного стороннього догляду за інвалідом I чи II групи внаслідок психічного розладу та Інструкції про порядок його надання», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 26.09.2013 р. за № 1666/24198.

Прийнято наказ МОЗ України від 29.05.2013 р. № 437 «Про затвердження Плану заходів Міністерства охорони здоров'я України щодо запобігання випадків, що призвели до рішення Європейського суду з прав людини М. проти України».

Наказом МОЗ України від 29.11.2013 р. № 1033 створено Міжвідомчу координаційну раду з питань удосконалення системи надання психіатричної допомоги в Україні, а в грудні проведено перше засідання.

На виконання пункту 2 статті 3 Указу Президента України від 16.12.2011 р. № 1163 наказом МОЗ України від 18.11.2013 р. № 981, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 05.12.2013 р. за № 2067/24599, затверджено Порядок видачі висновку лікарсько-консультативної комісії закладу охорони здоров'я про наявність у батька, матері дитини тривалої хвороби, яка перешкоджає виконанню батьківських обов'язків.

#### ***Організація паліативної допомоги***

На виконання статей 8, 33 Основ законодавства України про охорону здоров'я та з метою організації надання паліативної допомоги невиліковним хворим, наказом МОЗ України від 21.01.2013 р. № 41 «Про організацію паліативної допомоги в Україні», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 07.02.2013 р. за № 229/22761 затверджено Порядок надання паліативної допомоги і Перелік медичних показань для надання паліативної допомоги.

#### ***Затвердження Порядку забезпечення інвалідів і дітей-інвалідів технічними та іншими засобами***

На виконання постанови Кабінету Міністрів України від 03.12.2009 р. № 1301 «Про затвердження Порядку забезпечення інвалідів і дітей-інвалідів технічними та іншими засобами» МОЗ України видано наказ від 12.02.2013 р. № 109 «Про затвердження форм первинної облікової документації та звітності з питань забезпечення інвалідів і дітей-інвалідів технічними та іншими засобами та інструкцій щодо їх заповнення», який погоджено із Державною службою статистики України та зареєстровано в Міністерстві юстиції України 18.04.2013 р. за № 642/23174.

#### ***Реалізація Закону України «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині»***

Відповідно до пункту 1.7. Підготовка проектів постанов Кабінету Міністрів України та забезпечення їх прийняття, підпунктом 1.7.10 передбачено внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 24.04.2000 р. № 695 «Деякі питання реалізації Закону України «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині».

Завдання виконано – прийнято Постанову Кабінету Міністрів України від 05.06.2013 р. № 402 «Про внесення змін до переліку державних та комунальних закладів охорони здоров'я і державних наукових установ, які мають право провадити діяльність, пов'язану з трансплантацією органів та інших анатомічних матеріалів людині».

Відповідно до пункту 1.11. Підготовка наказів МОЗ України та забезпечення їх затвердження, прийнято такі нормативно-правові акти з питань трансплантації:

– наказ МОЗ України від 12.03.2013 р. № 194 «Про затвердження Порядку застосування ксенотрансплантатів», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 22.03.2013 р. за № 478/23010;

– наказ МОЗ України від 23.09.2013 р. № 821 «Про затвердження Діагностичних критеріїв смерті мозку та процедури констатації моменту смерті людини», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 14.10.2013 р. за № 1757/24289.

### **3.8. Сучасний стан надання кардіохірургічної допомоги хворим із серцево-судинними захворюваннями в Україні**

Серцево-судинні захворювання спричиняють глобальні соціально-економічні втрати населення багатьох країн світу, включаючи й Україну, та посідають перше місце у структурі хвороб, зумовлюють майже дві третини всіх випадків смерті та третину причин інвалідності.

Серцево-судинні захворювання – основна причина смертності серед населення України. Вони становлять 66% у структурі смертності наших громадян (приблизно 460 тис. осіб помирають щороку через захворювання серця та судин), цей показник є одним із найвищих в Європі.

В Україні кількість дорослих, які мають хвороби системи кровообігу, сягає 26,4 млн, або 57,5% населення, з них 9,6 млн осіб працездатного віку.

Такі високі показники захворюваності та смертності є інтегральним показником економічного, соціального, культурного стану суспільства та перспективи його розвитку, у зв'язку з чим вкрай важливою є розробка заходів із подолання цих негативних тенденцій.

На сьогодні в Україні допомога хворим із серцево-судинними захворюваннями надається:

- на центральному рівні: у високоспеціалізованих центрах з надання кардіологічної та кардіохірургічної допомоги;
- на територіальному рівні: в обласних центрах кардіологічної та кардіохірургічної допомоги, кардіологічних, кардіохірургічних відділеннях обласних лікарень, кардіодиспансерах;
- на місцевому рівні: в кардіологічних відділеннях районних, міських лікарень.

Кардіохірургія – галузь медицини, яка може безпосередньо впливати на рівень поширеності серцевих хвороб і на смертність від них, радикально виліковувати пацієнтів і повертати їх до активного соціального життя.

В Україні щороку народжується близько 5000 дітей із вродженими аномаліями системи кровообігу, 40% з них знаходяться в критичному стані з перших днів і місяців життя.

Стратегія дитячої кардіохірургії спрямована на ранню діагностику патології та своєчасну корекцію вади для забезпечення високої ефективності лікування.

Зниження смертності від вроджених аномалій систем кровообігу у хворих дитячого віку можливо досягнути за умови їх своєчасної діагностики, термінової госпіталізації до спеціалізованих центрів та надання невідкладної кваліфікованої допомоги в спеціалізованих центрах.

Розрахункова потреба в операціях на серці в країні становить 35 тис. на рік (без урахування «хірургічного боргу», який сягає 150 тис. пацієнтів). Річна потреба в так званих «малоінвазивних» методиках (коронарографії, стентування судин) становить близько 200 тис. на рік.

Україна має достатньо потужностей у центральних і регіональних кардіохірургічних центрах (відділень) для проведення близько 50 тис. коронарографій та 20 тис. стентувань за умов повноцінного фінансування (або забезпечення витратними матеріалами).

Але є певні системні проблеми, які гальмують розвиток вітчизняної кардіохірургії.

Для боротьби з «навалою» серцевих захворювань зусиль медиків недостатньо. Необхідно активно залучити такі елементи гуманітарної політики держави, як соціальна реклама, підвищення рівня життя населення, пропаганда здорового харчування і способу життя.

Ситуація з серцево-судинними захворюваннями на сьогодні стає загрозливою для країни на національному рівні, тому Уряд прийняв рішення взяти під контроль дане питання.

МОЗ України 22.01.2013 р. проведено Колегію з питань організації надання медичної допомоги хворим із серцево-судинними та судинно-мозковими захворюваннями та подальшого її удосконалення, створення єдиної системи надання допомоги хворим із серцево-судинними та судинно-мозковими захворюваннями шляхом відкриття кардіохірургічних, нейрохірургічних центрів (відділень), центрів (відділень) рентгеноендоваскулярної діагностики та лікування у кожній області, що дасть змогу удосконалити організацію невідкладної допомоги хворим на гострий інфаркт та інсульт, наблизити доступність високоспеціалізованої медичної допомоги цим хворим та сприяти реформуванню високоспеціалізованої медичної допомоги пацієнтам із серцево-судинною та судинно-мозковою патологією.

Пріоритетним напрямом є профілактика серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань серед населення, розвиток і підтримка мережі регіональних кардіохірургічних центрів, у т.ч. кадрова (утворення кафедр кардіохірургії у вищих медичних навчальних закладах IV рівня акредитації та закладах післядипломної освіти, стажування спеціалістів у зарубіжних клініках), матеріально-технічна (забезпечення високовартісним обладнанням, розхідними матеріалами), чітка система надання допомоги хворим із серцево-судинними та судинно-мозковими захворюваннями за єдиними підходами та стандартами.

З урахуванням відповідного кадрового та матеріально-технічного забезпечення вищих навчальних закладів, утворені та функціонують кафедри кардіохірургії у Луганському державному медичному університеті, Національній медичній академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Харківській та Запорізькій медичних академіях післядипломної освіти.

Пропускна здатність кафедр закладів післядипломної освіти МОЗ України дає змогу забезпечити підготовку цих фахівців у повній відповідності до потреб регіонів.

Враховуючи викладене, МОЗ України вважає за доцільне створити додаткові кафедри кардіохірургії у вищих медичних навчальних закладах IV рівня акредитації одночасно із розширенням у регіонах мережі потужних кардіохірургічних центрів, які потребуватимуть збільшення обсягів підготовки відповідних фахівців, у т.ч. спеціалізованої поглибленої підготовки фахівців із функціональної та рентгеноендоваскулярної діагностики.

#### ***Стандартизація медичної допомоги хворим із серцево-судинними захворюваннями***

Міністерством охорони здоров'я України, з урахуванням міжнародного та вітчизняного досвіду сучасних підходів до лікування гострого інфаркту міокарда, зокрема, методами інтервенційної кардіології, розроблено медико-технологічні документи із стандартизації медичної допомоги на засадах доказової медицини хворим із серцево-судинними захворюваннями.

З метою удосконалення спеціалізованої медичної допомоги хворим на гострі коронарні синдроми та хронічну ішемічну хворобу серця, МОЗ України створено робочу групу (наказ від 02.11.2012 р. № 251-Адм.) за участю головних позаштатних спеціалістів

МОЗ України зі спеціальностей: «Кардіологія», «Хірургія серця і магістральних судин», фахівців Національної академії медичних наук України.

Мультидисциплінарною робочою групою за участю фахівців НАМН України (наказ МОЗ України від 30.08.2011 р. № 550) з опрацювання медико-технологічних документів, розроблених згідно з Уніфікованою методикою, з урахуванням сучасних підходів до лікування гострого інфаркту міокарда, розроблено на засадах доказової медицини за темою «Гострий коронарний синдром» Клінічну настанову та Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги «Гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST (екстрена, первинна, вторинна (спеціалізована медична допомога)», які на стадії завершення (затвердження планується на січень 2014 р.).

Відповідно до наказу МОЗ України від 15.04.2013 р. № 303, у 2014 р. заплановано опрацювання медико-технологічних документів за темою «Ішемічна хвороба серця».

МОЗ України спільно із НАМН України розроблено та затверджено накази, які пройшли державну реєстрацію:

- наказ МОЗ України та НАМН України від 11.03.2013 р. № 193/20 «Про систему кардіохірургічної допомоги в Україні», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 22.03.2013 р. за № 481/23013 (опрацьовуються проекти наказів про затвердження плану заходів з удосконалення надання кардіохірургічної допомоги населенню та про затвердження складу робочої групи для розробки нормативно-правових актів служби);

- наказ МОЗ України та НАМН України від 18.03.2013 р. № 211/24 «Про організацію і роботу системи з рентгеноендоваскулярної діагностики та лікування у закладах охорони здоров'я в Україні», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 01.04.2013 р. за № 532/23064;

- розроблено та затверджено наказ МОЗ України та НАМН України від 01.10.2013 р. № 847/80 «Про затвердження Плану заходів Міністерства охорони здоров'я України з удосконалення організації надання рентгеноендоваскулярної допомоги в Україні»;

- наказ МОЗ України від 20.09.2013 р. № 819 «Про утворення та затвердження складу робочої групи для розробки нормативно-правових актів з рентгеноендоваскулярної діагностики та лікування», проведено засідання робочої групи 30.09.2013 р. з розробки нормативно-правових актів;

- наказ МОЗ України та НАМН України від 31.07.2013 р. №670/65 «Про організацію та роботу системи функціональної діагностики у закладах охорони здоров'я в Україні», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 20.08.2013 р. за № 1437/23969;

- наказ МОЗ України від 27.06.2013 р. № 146-Адм «Про затвердження складу робочої групи для розробки нормативних документів з функціональної діагностики», проведено засідання робочої групи 09.07.2013 р. з розробки нормативно-правових актів;

- наказ МОЗ України та НАМН України від 24.07.2013 р. № 621/60 «Про систему кардіологічної допомоги у закладах охорони здоров'я в Україні», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 09.08.2013 р. за № 1365/23897 (на опрацюванні проекти наказів про затвердження плану заходів з удосконалення надання кардіологічної допомоги населенню та про затвердження складу робочої групи для розробки нормативно-правових актів служби).

У Законі України «Про Державний бюджет України на 2013 рік» у межах бюджетної програми за КПКВК 2301400 «Забезпечення медичних заходів окремих державних програм та комплексних заходів програмного характеру» на виконання заходу «Централізовані заходи із запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань» передбачено видатки у сумі 263 981,0 тис. грн, із них на закупівлю виробів медичного призначення для лікування хворих із серцево-судинними та судинно-мозковими захворюваннями – 216 464 420 гривень.

Протягом останніх двох років Урядом збільшено майже вдвічі фінансування на централізовану закупівлю лікарських засобів і виробів медичного призначення для лікування хворих із серцево-судинною патологією: у 2013 р. виділено 263, 9 млн грн (у 2011 р. – 113,9 млн грн).

Це дало змогу забезпечити пацієнтів із серцево-судинною патологією необхідними високовартісними лікарськими засобами (тромболітиками, рентгенконтрастними речовинами) та іншими кардіовиробами при невідкладних станах для проведення оперативних втручань.

Міністерством охорони здоров'я України за останній період суттєво знижено ціни на окремі вироби кардіохірургічного призначення при проведенні централізованих закупівель та відповідно збільшено кількість закуплених наборів для коронарографії, стентів, оксигенаторів, клапанів та інших кардіовиробів, які розподілено до усіх регіонів України, що дало змогу забезпечити більше пацієнтів із серцево-судинною патологією необхідним оперативним лікуванням.

Очікувана вартість закупівлі виробів медичного призначення для стентування коронарних судин відповідно до узагальнених заявок територіальних управлінь охорони здоров'я становила у 2013 р. 102 млн грн, що дало змогу закупити майже 5 тис. стентів, 9 тис. наборів для коронарографії, що склало 30% від потреби.

Видатки для централізованої закупівлі МОЗ України обладнання для забезпечення закладів охорони здоров'я для лікування хворих із серцево-судинними і судинно-мозковими захворюваннями у 2013 р. не передбачалися.

У ряді областей України є проблемні питання з надання невідкладної медичної допомоги хворим на серцево-судинні захворювання у зв'язку з відсутністю ангиографічного обладнання, зокрема в м. Севастополі. Також потребують дооснащення ангиографами для проведення діагностичних та лікувальних процедур хворим із гострим інфарктом міокарда Волинська, Рівненська, Дніпропетровська, Тернопільська області.

За оперативною інформацією регіонів, потреба в дооснащенні ангиографами закладів охорони здоров'я у 2014 р. становить 55 одиниць (542 млн грн). Станом на 03.01.2013 р. працювало 20 ангиографів, що становило 36% від потреби.

Проблемні питання:

- відсутність матеріально-технічної бази та дефіцит оснащення в регіональних спеціалізованих закладах охорони здоров'я, що формує обмеженість доступу до сучасних методів лікування основних серцево-судинних захворювань, у т.ч. з гострими станами;
- багаторічна штучна централізація надання кардіохірургічної допомоги сформована за рахунок централізації фінансування провідних кардіохірургічних центрів;
- відсутність спеціалізованих кардіохірургічних центрів у переважній більшості областей України (у Донецькій та Львівській областях кількість операцій на відкритому

серці перевищує 500 на рік, що становить лише 10% від потреби; в Одесі, Дніпропетровську, Запоріжжі, Харкові, Луганську та в Хмельницькому кількість операцій не перевищує 200 на рік, що складає 3–7% від потреби; в інших областях є лише «мала кардіохірургія»: стентування і встановлення кардіостимуляторів);

– відсутність спеціалізованої підготовки кадрів у галузі кардіохірургії на рівні медичних університетів (українські студенти практично не мають змоги вивчати кардіохірургію на практиці через відсутність кафедр кардіохірургії);

– дефіцит законодавчої бази: необхідно прийняти закон про медичне та соціальне страхування, внести зміни до закону «Про трансплантацію органів та тканин людини», ввести нову спеціальність «Рентгеноендоваскулярна діагностика та лікування»;

– недостатність бюджетного фінансування для закупівлі витратних матеріалів, обладнання для забезпечення медичною допомогою хворих із серцево-судинною патологією.

### **3.9. Результати діяльності за напрямком протидії соціально небезпечним хворобам у 2013 році**

#### ***Протидія ВІЛ-інфекції/СНІДу***

Проблема ВІЛ-інфекції понад 30 років залишається актуальною для світової спільноти, масштаби поширення вірусу імунодефіциту людини набули глобального характеру і постають реальною загрозою соціально-економічному розвитку більшості країн світу.

Наразі епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції в Україні залишається напруженою – продовжується поширення ВІЛ серед населення, зростає кумулятивна кількість ВІЛ-інфікованих осіб і хворих на СНІД.

Водночас на шляху обмеження поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу досягнуто успіхів: вперше у 2012 р. знижено кількість нових випадків ВІЛ-інфекції на 1,6% порівняно з попереднім роком, що свідчить про зменшення інтенсивності епідемічного процесу ВІЛ-інфекції. Успіхів у призупиненні епідемії ВІЛ-інфекції досягнуто завдяки профілактичним заходам серед груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, насамперед серед споживачів ін'єкційних наркотиків, поліпшенню організації відповіді на епідемію та впровадженню відповідних національних та загальнодержавної програм.

За оперативними даними, за 11 місяців 2013 р. в країні зареєстровано 19 406 випадків ВІЛ-інфекції проти 19 019 за аналогічний період 2012 р. Деяке зростання кількості нових випадків ВІЛ-інфекції у 2013 р. пояснюється збільшенням доступу представників груп ризику щодо інфікування ВІЛ до профілактичних програм, передусім до послуг консультування та тестування на ВІЛ, що призводить до виявлення усіх раніше інфікованих осіб.

Розрахунковий показник захворюваності на ВІЛ-інфекцію в Україні в 2013 р. становить 46,4 проти 45,5 на 100 тис. населення у минулому році, темп приросту – 1,9% (рис. 3.9.1).

У 2013 р. забезпечено доступ до лікування 51 422 хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД. Завдяки збільшенню рівня охоплення ВІЛ-інфікованих осіб антиретровірусною терапією (АРТ) захворюваність на СНІД знижено на 1,8% порівняно з аналогічним періодом минулого року. Розрахунковий показник захворюваності на СНІД у 2013 р. в Україні становить 21,7 проти 22,1 на 100 тис. населення у минулому році (рис. 3.9.2).

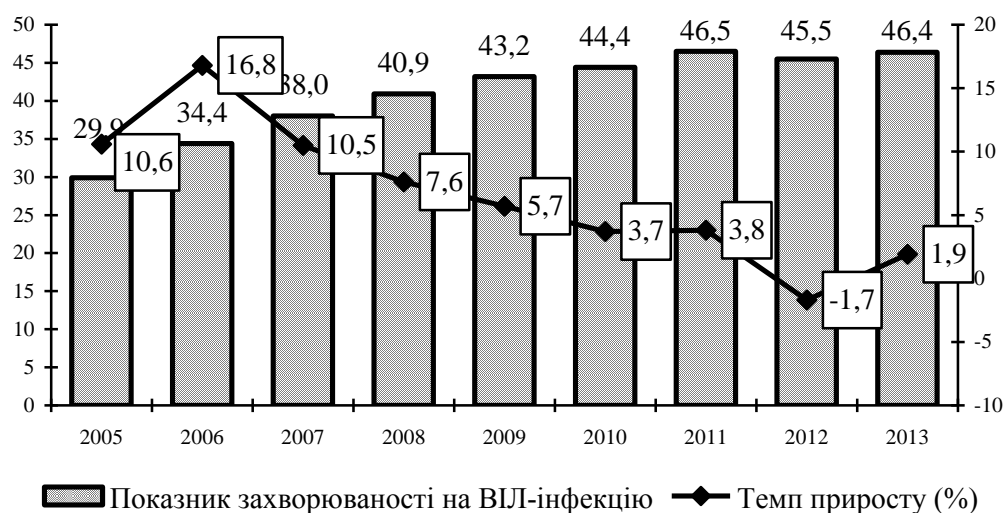


Рис. 3.9.1. Динаміка захворюваності на ВІЛ-інфекцію в Україні (на 100 тис. населення)



Рис. 3.9.2. Динаміка захворюваності на СНІД в Україні (на 100 тис. населення)

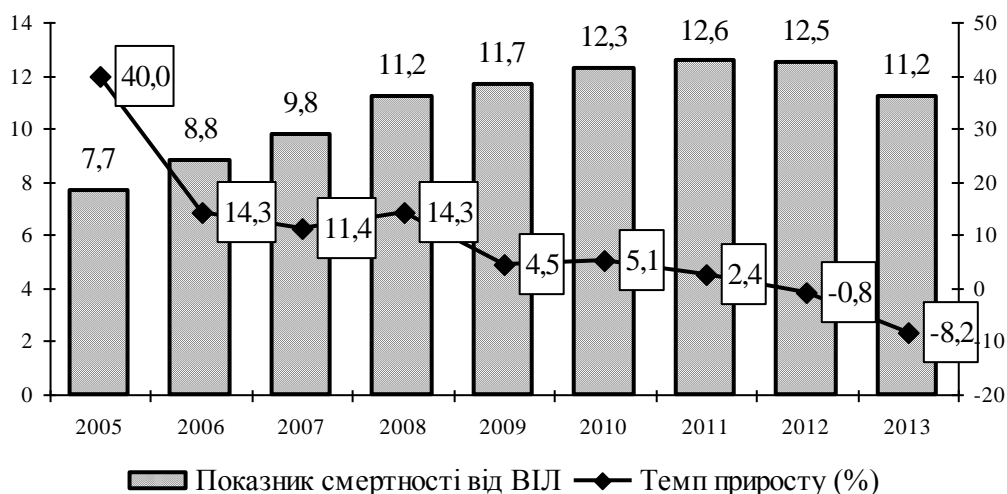
За 11 місяців 2013 р. в країні зареєстровано 9080 випадків СНІДу проти 9272 у 2012 році.

За даними Державного комітету статистики України, показник смертності від хвороби, зумовленої ВІЛ, в 2013 р. порівняно з минулим роком знижено на 8,2% – з 12,2 до 11,2 на 100 тис. населення. Показники смертності на 100 тис. населення розраховані в річному перерахунку (рис. 3.9.3). За 9 місяців 2013 р. в країні зареєстровано 3808 випадків смерті від хвороби, зумовленої ВІЛ, проти 4165 у 2012 році.

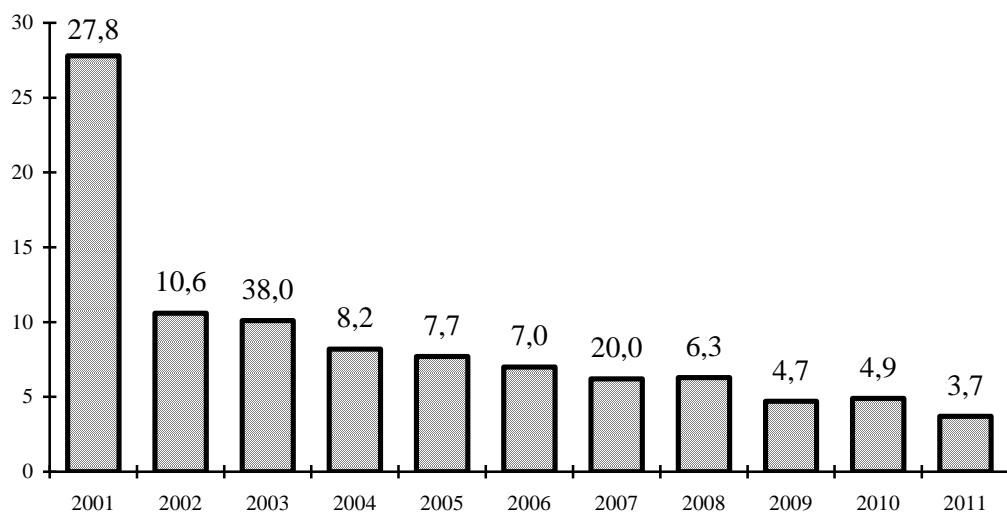
Політична воля щодо пріоритетності фінансування АРТ є передумовою для успішного та зваженого використання АРТ, як заходу, що зберігає життя та поліпшує його якість, так і надійного засобу профілактики, що безумовно сприятиме подальшому зниженню інтенсивності епідемічного процесу ВІЛ-інфекції в країні.

Пріоритетним і принципово важливим для держави залишається зниження рівня передачі ВІЛ від матері до дитини. Держава взяла на себе 100% фінансування заходів, спрямованих на профілактику передачі ВІЛ новонародженим. Рівень передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини не перевищує 5%, тобто за 10 років вдалося забезпечити його зменшення у понад 7 разів (з 27,8% у 2001 р. до 3,73% у 2011 р.) (рис. 3.9.4).





**Рис. 3.9.3. Динаміка смертності від хвороби, зумовленої ВІЛ (дані Держстату України, на 100 тис. населення)**



**Рис. 3.9.4. Частота передачі ВІЛ від матері до дитини (за результатами ІФА),%**

Успіхи України на шляху подолання епідемії ВІЛ-інфекції високо оцінені на міжнародному рівні.

Заступник Генерального секретаря ООН – виконавчий директор Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу Мішель Сідібе під час свого офіційного візиту в Україну у жовтні цього року заявив: «... це справжня історія успіху. Я радий, що Україна досягла таких успіхів у питаннях, пов'язаних з ВІЛ/СНІД. Ще кілька років тому Україна була епіцентром кризи в Східній Європі та Центральній Азії. Ніхто не міг повірити, що ви зможете подолати бар'єри, об'єднати зусилля і реалізувати Національну програму боротьби з ВІЛ/СНІД. Завдяки політичному лідерству Президента України, ваша держава здійснила революцію і демонструє всьому світу свої успіхи. Сьогодні Україна є прикладом і лідером для Східної Європи та Центральної Азії».

Проте досягнуті епідемічні зрушення та вагомі успіхи потребують зміцнення та подальшого розвитку. З цією метою у 2013 р. забезпечено стратегічне планування реалізації державної політики у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 рр. шляхом розробки

та прийняття Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки (розпорядження Кабінету Міністрів України від 13 травня 2013 р. № 356) та розробки проекту Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки, який схвалено Урядом 13.11.13 р. Законопроект зареєстровано за № 3738 та 06.12.2013 р. подано до Верховної Ради України.

В умовах реформування системи охорони здоров'я України Держслужбою України соцзахворювань організовано відпрацювання оптимальних моделей:

– управління медичними закладами та фінансування закладів охорони здоров'я, що надають послуги з діагностики, профілактики та лікування ВІЛ-інфекції (Закарпатська область);

– інтеграція послуг з ВІЛ/СНІД на усі рівні надання медичної допомоги населенню, в тому числі на первинну ланку (Чернігівська область).

Успішний досвід зазначених регіонів буде детально опрацьовано з подальшим поширенням на всі регіони країни.

### ***Протидія туберкульозу***

У доповіді Всесвітньої організації охорони здоров'я 11 жовтня 2011 р. вперше повідомляється про те, що число хворих на туберкульоз у світі скоротилося з 9,4 млн до 8,8 млн осіб за останні роки. Число померлих від цього захворювання вперше за 10 років зменшилася до 1,4 млн осіб, а рівень смертності від цієї хвороби знизився за останні 20 років на 40%.

Завдання, поставлене для всіх країн світу, є амбітним – до 2050 р. глобальний показник захворюваності на туберкульоз має бути менше 1 випадку на 1 млн населення на рік (критерій знищення туберкульозу).

В Україні питання протидії туберкульозу залишається одним з пріоритетів державної політики у сфері охорони здоров'я і соціального розвитку. Зниження смертності від туберкульозу на 30% визначено Президентом України основним індикатором успіху програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава».

Пріоритетними заходами у напрямку подолання епідемії туберкульозу в Україні є поліпшення соціального благополуччя населення, збільшення фінансування протитуберкульозних заходів та раціональне використання коштів. У результаті реалізації загальнодержавних програм протидії захворюванню на туберкульоз в Україні досягнуто певних позитивних зрушень щодо епідемічної ситуації з туберкульозу.

В Україні за п'ять останніх років спостерігається поступова стабілізація епідемічної ситуації із захворювання на туберкульоз. Зокрема порівняно з 2007 р. захворюваність на туберкульоз зменшилась на 19%, смертність від туберкульозу знизилася на 31%. За підсумками 2013 р. також відмічається стабілізація та зменшення рівня захворюваності на туберкульоз у всіх регіонах, окрім Волинської області (збільшення захворюваності на 30,6%), м. Києва (+ 27,4%) та Чернігівської області (+17,1%) (рис. 3.9.5).

Стабільно висока захворюваність на туберкульоз у Херсонській (96,2 на 100 тис. населення), Дніпропетровській (91,0 на 100 тис.) та Одеській (90,7 на 100 тис.) областях.

Смертність від туберкульозу за підсумками 8 місяців 2013 р. (за даними Держкомстату України) зменшилась на 7,5% (8 міс. 2012 р. – 15,9, аналогічний період 2013 р. – 14,7).



туберкульозу та встановлення їх чутливості до протитуберкульозних препаратів, закуплені та поставлені апарати ВАСТЕС. Крім того, розпочато впровадження молекулярно-генетичних методів швидкої діагностики туберкульозу – 15 регіонів забезпечені відповідним обладнанням. Закупівля обладнання для швидкої діагностики туберкульозу здійснена за рахунок коштів I фази 9 раунду Глобального фонду для боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, туберкульозом та малярією. Наразі повністю забезпечена потреба лабораторій у витратних матеріалах. Це дало змогу суттєво покращити діагностику мультирезистентного туберкульозу.

4. Вдосконалені медико-технологічні документи зі стандартизації медичної допомоги при туберкульозі, що ґрунтуються на доказовій інформації про найкращу медичну практику (наказ МОЗ України від 21.12.2012 р. № 1091 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при туберкульозі», затверджений Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Туберкульоз») та методика розрахунку потреби в протитуберкульозних препаратах (наказ МОЗ України від 22.02.2013 р. № 156 «Про внесення змін до Методики розрахунку потреби в протитуберкульозних препаратах», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 22.03.2013 р. за № 464/22996). Прийняття зазначених нормативно-правових актів дає змогу у 2013 р. не тільки забезпечити 100% потребу у протитуберкульозних препаратах I та II ряду, але й забезпечити створення річного запасу останніх.

5. Також впроваджено реєстр хворих на туберкульоз, удосконалено обліково-звітну документацію (наказ МОЗ України від 07.03.2013 р. № 188 «Про затвердження форм первинної облікової документації і звітності з питань хіміорезистентного туберкульозу», зареєстровано в Міністерстві юстиції України 22 березня 2013 р. за № 465/22997-470/23002).

6. Продовжується робота з розвитку та зміцнення кадрового потенціалу протитуберкульозної служби. Підтвердженням цього є прийняття ряду постанов Кабінету Міністрів України:

- від 16 лютого 2011 р. № 123 «Про деякі заходи щодо підвищення престижності праці медичних працівників, які надають медичну допомогу хворим на туберкульоз»;

- від 10 травня 2012 р. № 582 «Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 16 лютого 2011 р. № 123»;

- від 20 березня 2013 р. № 174 «Деякі питання оплати праці працівників протитуберкульозних закладів».

Разом з тим в Україні мають місце наступні проблеми:

- високий відсоток у структурі захворюваності частки хворих на туберкульоз працездатного віку, які не працюють, що свідчить про збільшення впливу соціального фактору в епідемії туберкульозу;

- зростання кількості випадків поєданого захворювання – туберкульозу та ВІЛ-інфекції;

- поширення мультирезистентного туберкульозу серед хворих та ризик внутрішньолікарняного інфікування.

Одним з головних завдань на 2014 р. є розроблення механізму інтеграції фтизіатричної служби до закладів охорони здоров'я первинного та вторинного рівня надання лікувально-профілактичної допомоги та розроблення моделі реформування системи охорони

здоров'я в галузі протидії захворюванню на туберкульоз в пілотних регіонах. Основною метою впровадження амбулаторної моделі ведення хворих на туберкульоз є запобігання формуванню та розповсюдженню лікарської стійкості мікобактерії і посилення контролю за прийомом протитуберкульозних препаратів. Істотною перевагою амбулаторної моделі є максимальне наближення медичної допомоги до місця проживання хворого. В результаті зниження ризику внутрішньолікарняного зараження значною мірою мінімізуються несприятливі соціальні і матеріальні наслідки туберкульозу для вразливих верств населення.

### **3.10. Громадське здоров'я населення України**

Діяльність Управління громадського здоров'я протягом 2013 р. спрямовувалась на виконання заходів з питань профілактики неінфекційних та інфекційних захворювань, імунопрофілактики та формування здорового способу життя, а також удосконалення (гармонізацію) законодавства України до законодавства Європейського Союзу у частині безпечності та якості харчових продуктів, захисту здоров'я працівників та гігієнічної оцінки умов праці.

Так, на виконання Національного плану дій на 2013 рік щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава», затвердженого Указом Президента України від 12 березня 2013 р. № 128, у напрямку реформ «Дерегуляція, розвиток підприємництва та реформування надання адміністративних послуг» у сфері «Забезпечення безпечності харчових продуктів та окремих показників якості цих продуктів» Управлінням розроблено 2 законопроекти: «Про новітні харчові продукти» та «Про інформацію для споживачів щодо харчових продуктів» (внесений до Верховної Ради України (реєстр. № 3300 від 19.09.2013 року).

Прийняття цих законопроектів є частиною процесу адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу у сфері безпечності харчових продуктів, реалізація їх положень дозволить забезпечити високий рівень захисту здоров'я населення та інтересів споживачів, а також прозорі умови ведення господарської діяльності.

Також розроблено та затверджено 5 наказів МОЗ України:

1. Державні гігієнічні правила і норми «Регламент максимальних рівнів окремих забруднюючих речовин у харчових продуктах» (наказ від 13.05.2013 р. № 368, зареєстрований у Мін'юсті України 18.05.2013 р. № 774/23306). Зазначений Регламент встановлює медичні вимоги безпеки, а саме максимальні рівні окремих забруднюючих речовин у харчових продуктах, дотримання яких забезпечить високий рівень захисту здоров'я населення, а також профілактику виникнення і розповсюдження масових неінфекційних захворювань (отруєнь) серед населення.

2. Гігієнічні вимоги до м'яса птиці та окремих показників його якості (наказ від 06.08.2013 № 694, зареєстрований в Мінюсті України 13.08.2013 р. за № 1379/23911).

3. Параметри безпечності м'яса птиці (наказ від 06.08.2013 р. № 695, зареєстрований в Мінюсті України 09.08.2013 р. за № 1364/23896).

4. Гігієнічні вимоги до продуктів дитячого харчування, параметрів безпечності та окремих показників їх якості (наказ від 06.08.201 р. № 696, зареєстрований в Мінюсті України 13.08.2013 р. за № 1380/23912).

5. Гігієнічні вимоги до дієтичних добавок (наказ від 19.12.2013 р. № 1114, зареєстрований в Мінюсті України 27.12.2013 р. за № 2231/24763).

З метою реалізації статті 10 – 1 Закону України «Про державну систему біобезпеки при створенні, випробуванні, транспортуванні та використанні генетично модифікованих організмів» затверджено форму Реєстру косметичних та лікарських засобів, які містять генетично модифіковані організми або отримані з їх використанням (наказ МОЗ України від 10.04.2013 р. № 290).

Для підвищення поінформованості населення щодо основних принципів здорового харчування розроблено Методичні рекомендації для лікарів загальної практики – сімейної медицини з приводу консультування пацієнтів щодо основних засад здорового харчування, затверджені наказом МОЗ України від 14.01.2013 р. № 16.

Підготовлено низку інформаційно-аналітичних матеріалів з питань здорового харчування, профілактики гострих кишкових інфекційних хвороб, харчових отруень, з питань боротьби з тютюнопалінням. Проводилась робота щодо пропаганди серед населення принципів раціонального харчування та підвищення рівня культури харчування з урахуванням національних традицій і світового досвіду. Представники Управління 23 січня 2013 р. взяли участь у інформаційно-освітньому проекті та прес-конференції «3 молочних продукти на день». Організовано та проведено 30 травня 2013 р. семінар з питань гармонізації законодавства України із законодавством ЄС стосовно безпечності та якості харчових продуктів.

У сфері питань профілактики інфекційних захворювань Управлінням на виконання Указів Президента України від 06.04.2009 р. № 220 «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України» та від 27 лютого 2009 року «Про біологічну безпеку України» розроблено постанову Кабінету Міністрів України «Про затвердження Державної цільової програми біобезпеки та біологічного захисту на 2015–2020 роки», яку прийнято 1 квітня 2013 року.

Відповідно до статті 6 Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб», з метою запобігання виникненню і поширенню інфекційних хвороб людини, удосконалення діагностики та профілактики таких інфекційних захворювань, як сальмонельоз, гранулоцитарний анаплазмоз та трансмісивні природно-вогнищеві інфекції, що передаються іксодовими кліщами, прийнято відповідні накази МОЗ України.

З метою забезпечення біологічної безпеки Управлінням спільно із заінтересованими центральними органами виконавчої влади, НАН України, НАМН України та НААН України розроблено та постановою Уряду від 01.04.2013 р. № 620 затверджено Державну цільову програму біобезпеки та біологічного захисту на 2015–2020 роки.

Виконання Програми дасть змогу забезпечити функціонування комплексної національної системи біологічної безпеки та біологічного захисту, яка суттєво знизить можливість виникнення біологічних ризиків. Також її реалізація дозволить забезпечити захист здоров'я людини та навколишнього природного середовища від впливу небезпечних біологічних агентів, дасть змогу регламентувати проведення наукових біологічних досліджень, провадження біотехнологічної діяльності а також уникнути залежності від іноземних держав та їх оборонних проектів.

Прийнято накази МОЗ України:

– від 25 січня 2013 р. № 56 «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 10 січня 2006 року № 1», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 28 березня 2013 р. за № 507/23039;

– від 07 травня 2013 р. № 359 «Про затвердження Методичних рекомендацій «Епідеміологія, клініка, лабораторна діагностика та профілактика гранулоцитарного анаплазмозу людини»;

– від 13 травня 2013 р. № 369 «Про затвердження Методичних рекомендацій «Неспецифічна профілактика трансмісивних природно-вогнищевих інфекцій, що передаються іксодовими кліщами»;

– від 24 травня 2013 р. № 425 «Про затвердження Методичних рекомендацій «Методи виділення та ідентифікації сальмонел»;

– від 30 липня 2013 р. № 664 «Про створення Національної комісії з верифікації елімінації кору та краснухи»;

– від 12 вересня 2013 р. № 798 «Про запобігання поширення дикого поліовірусу типу 1(ДПВ1) в країні»;

– від 05 вересня 2013 р. № 777 «Про затвердження Плану заходів щодо попередження виникнення та поширення захворювань на ентеровірусні інфекції серед населення України на 2013-2016 роки»;

– від 12 грудня 2013 р. № 1080 «Про удосконалення організації дозорного епідеміологічного нагляду за бактеріальними менінгітами».

Крім того, в Україні сформована та діє досконала та економічно обґрунтована система епідеміологічного нагляду за грипом. На базі ДЗ «Український центр з контролю та моніторингу захворювань МОЗ України» створений та функціонує «Центр грипу та гострих респіраторних інфекцій» МОЗ України, який здійснює епідеміологічний аналіз, проводить оцінку стану і тенденцій розвитку епідемічного процесу грипу, вірусологічний моніторинг з метою своєчасного прийняття рішень щодо проведення протиепідемічних заходів.

Лабораторія вірусології та СНІД ДЗ «Український центр з контролю та моніторингу захворювань МОЗ України» є референс-лабораторією, що входить до Європейської мережі лабораторій з діагностики грипу та ГРВІ.

Функціонують базові лабораторії з діагностики пташиного грипу Українського науково-дослідного протичумного інституту ім. І.І. Мечникова МОЗ України, Кримської протичумної станції МОЗ України, Львівського науково-дослідного інституту епідеміології і гігієни МОЗ України.

Постійно і у повному обсязі здійснюється лабораторний моніторинг циркуляції вірусу грипу.

Проведено тематичний день на «гарячій лінії» МОЗ України щодо профілактики захворюваності на грипозоподібні захворювання. У роботі «гарячої лінії» взяли участь представники кафедри інфекційних хвороб та кафедри дитячих інфекційних хвороб Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця.

Щотижнево розміщується на сайті МОЗ України інформаційний бюлетень «Грип та ГРВІ в Україні», підготовлений ДЗ «Український центр з контролю та моніторингу захворювань Міністерства охорони здоров'я України».

Україною підтримується статус території, вільної від поліомієліту, за рахунок здійснення епідеміологічного нагляду за поліомієлітом та забезпечення охоплення імунізацією на належному рівні, про що МОЗ України щорічно звітує Європейській регіональній комісії з сертифікації ліквідації поліомієліту.

На всіх адміністративних територіях вірусологічними лабораторіями обласних лабораторних центрів Держсанепідслужби України здійснюється моніторинг циркуляції поліо- та інших ентеровірусів серед населення та у об'єктах довкілля.

Усі ізольовані штами поліовірусу для подальшої диференціації направляються до Регіональної референс-лабораторії з діагностики поліомієліту ЄРБ ВООЗ. За звітний період «диких» поліовірусів в Україні не виявлено.

14–18 жовтня 2013 р. міжнародними експертами Європейського регіонального бюро ВООЗ спільно з національними експертами проведено експрес-оцінку епіднагляду за поліомієлітом. Експерти дали позитивну оцінку кваліфікації спеціалістів, які здійснюють епіднагляд за поліомієлітом в країні.

Продовжується впровадження стратегії ВООЗ з глобальної ліквідації кору, зменшення захворюваності на епідемічний паротит, краснуху і синдромом вродженої краснухи.

В Україні прийнята і діє Загальнодержавна програма з імунопрофілактики і захисту населення від інфекційних захворювань на 2009–2015 роки. Програмою визначені щорічні заходи з питань імунопрофілактики на період до 2015 р.. Незважаючи на певні труднощі, в 2013 р. вдалося значно поліпшити охоплення щепленнями проти кору, паротиту та краснухи порівняно з попередніми роками.

Для максимального забезпечення імунобіологічними препаратами прийнято ряд управлінських рішень, які дозволили поліпшити забезпеченість регіонів вакцинами та зберегти позитивну динаміку. В даний час в Україні реєструється прогнозований МОЗ України рівень захворюваності на кір.

За програмою Європейського регіонального бюро ВООЗ на території України проводиться моніторинг циркуляції вірусів кору з визначенням їх генотипів.

Спостерігається зменшення рівня захворюваності на кір порівняно з минулим роком на 75,29% , краснуху – на 35,99%.

Відповідно до резолюції Регіонального бюро ВООЗ EUR/RC60/15, наказом МОЗ України від 30.07.2013 р. № 664 створено Національну комісію з верифікації елімінації кору та краснухи в Україні .

З метою удосконалення діяльності системи охорони здоров'я у сфері специфічного захисту населення від інфекційних хвороб з урахуванням міжнародного досвіду створена та працює Національна технічна група експертів з питань імунопрофілактики, до якої увійшли фахівці МОЗ України, наукові співробітники інститутів Національної академії медичних наук України, провідні спеціалісти у галузі медицини, представники Бюро ВООЗ та ЮНІСЕФ в Україні. Постановою Кабінету Міністрів України від 05.06.2013 р. № 435 утворено міжвідомчу робочу групу з визначення шляхів модернізації вітчизняної системи імунопрофілактики населення та забезпечення пропаганди проведення профілактичних щеплень та затверджено її положення.

У частині виконання заходів з питань імунопрофілактики Управлінням підготовлено та затверджено наказом МОЗ України від 01.06.2013 р. № 461 Методичні рекомендації щодо визначення потреби у медичних імунобіологічних препаратах.



Затверджено наказ МОЗ України від 28.02.2013 р. № 173 «Про створення науково-консультативної групи з питань перегляду календаря профілактичних щеплень».

В усіх регіонах діє комп'ютерна інформаційно-аналітична програма «УкрВак», в яку наказом МОЗ України від 14.01.2013 р. № 12 «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 27 липня 2008 року № 413» внесені зміни та приведено у відповідність до чинних нормативно-правових актів.

Розробляється комплексна інформаційна стратегія щодо імунопрофілактики за підтримки Дитячого Фонду ООН «ЮНІСЕФ».

Щоквартально здійснюється аналіз результатів державного санітарно-епідеміологічного нагляду за інфекційними захворюваннями, керованими засобами імунопрофілактики, за результатами якого готуються інформаційно-аналітичні матеріали.

Підготовлено матеріали та розглянуто 19 квітня 2013 р. на апаратній нараді щодо стану виконання Закону України «Про затвердження Загальнодержавної програми імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб на 2009–2015 роки» та стан імунопрофілактики населення та заходи щодо її удосконалення.

Підготовлено інформаційно-аналітичні матеріали та взято участь у селекторній нараді 2 серпня 2013 р. щодо стану імунопрофілактики населення та заходів щодо її удосконалення.

Спільно з Бюро ВООЗ в Україні, у рамках впровадження рекомендацій Європейського регіонального бюро ВООЗ щодо удосконалення імунопрофілактики в Україні, проведено два п'ятиденні семінари-тренінги з управління програмою імунізації (7–11 та 14–18 жовтня 2013 р.) за участі представників структурних підрозділів охорони здоров'я, що відповідають за проведення, контроль та планування програми та заходів з імунопрофілактики в області.

Проведено круглий стіл «Актуальні питання імунопрофілактики в Україні» 14 лютого 2013 р. за участі провідних фахівців МОЗ України, НАМН України, представників ВООЗ та ЮНІСЕФ, лікарів-практиків та громадських активістів. В рамках Європейського тижня імунізації, який тривав в Україні з 22 по 28 квітня 2013 р. спільно з Європейським Регіональним Бюро ВООЗ та Дитячим Фондом ООН (ЮНІСЕФ) проведено низку заходів, покликаних привернути увагу населення до питань імунопрофілактики.

Підготовлено інформаційно-аналітичні матеріали та проведено 28 листопада 2013 р. семінар-нараду з актуальних питань імунопрофілактики. У семінарі-нараді взяли участь фахівці з усіх регіонів України, в компетенції яких знаходяться питання планування обсягів щеплень на 2014 р., медичних протипоказів і відмов від щеплень, організації епіднагляду за несприятливими подіями після імунізації.

### **3.11. Забезпечення контролю якості медичних послуг. Ліцензування та акредитація**

#### ***Якість медичної допомоги***

З метою удосконалення національної системи управління якістю медичної допомоги, а також визначаючи пріоритетність втілення сучасних підходів до контролю якості медичної допомоги, протягом 2013 р. Міністерством охорони здоров'я України було проведено значну роботу щодо удосконалення чинної нормативно-правової бази у зазначеній сфері.

Так, з метою покращення надання якісної медичної допомоги в закладах охорони здоров'я, найкращого застосування лікарських засобів, контролю відпуску лікарських

засобів за рецептами та безрецептурних, запобігання шкоди від ліків, рекомендовано до застосування спільну настанову Всесвітньої організації охорони здоров'я та Міжнародної фармацевтичної федерації «Належна аптечна практика: Стандарти якості аптечних послуг» (наказ МОЗ України від 30.05.2013 № 455 «Про настанову ВООЗ та МФФ «Належна аптечна практика: Стандарти якості аптечних послуг»).

З метою реалізації Порядку контролю якості медичної допомоги (наказ МОЗ України від 28.09.2012 р. № 752, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28.11.2012 р. № 1996/22308), для уніфікації механізмів проведення комісій з оцінки якості та обсягів медичної допомоги розроблено та затверджено положення про клініко-експертну комісію Міністерства охорони здоров'я України, типові положення про клініко-експертну комісію Міністерства охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій та типові положення про медичну раду закладу охорони здоров'я (наказ МОЗ України від 06.08.2013 р. № 693 «Про організацію клініко-експертної оцінки якості медичної допомоги»).

Разом з тим, з метою безперервного поліпшення якості медичної допомоги та скорочення небажаних змін якості у сфері медичного обслуговування розроблено та затверджено порядок моніторингу клінічних індикаторів якості медичної допомоги (наказ МОЗ України від 11.09.2013 р. № 795 «Про моніторинг клінічних індикаторів якості медичної допомоги», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 27.09.2013 р. за № 1669/24201).

Водночас, згідно зі статтею 74<sup>1</sup> Основ законодавства України про охорону здоров'я, з метою реалізації Порядку видачі та анулювання спеціального дозволу на зайняття народною медициною (цілительством), затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 03.12.2012 р. № 1145, розроблено та затверджено накази, якими передбачено Порядок перевірки заяви та документів, поданих для отримання спеціального дозволу на зайняття народною медициною (цілительством) та Порядок видачі атестаційно-експертного висновку, що підтверджує наявність в особи цілительських здібностей (наказ від 23.09.2013 р. № 823 «Про затвердження Порядку перевірки заяви та документів, поданих для отримання спеціального дозволу на зайняття народною медициною (цілительством)», зареєстрований в Міністерстві юстиції України за № 1944/24476 від 13.11.2013 р. та наказ від 23.09.2013 р. № 822 «Про Порядок видачі атестаційно-експертного висновку, що підтверджує наявність в особи цілительських здібностей», зареєстрований в Міністерстві юстиції України № 1943/24475 від 13.11.2013 року).

Крім того, на виконання Указу Президента України від 12.03.2012 р. № 128 «Про Національний план дій на 2013 рік щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010-2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава», МОЗ України розроблено проект Закону України «Про заклади охорони здоров'я та медичне обслуговування», яким передбачено запровадження ліцензування професійної діяльності лікарів відповідно до європейського досвіду за участю професійних громадських організацій медичних і фармацевтичних працівників, здійснення контролю якості медичної допомоги, в т.ч. проведення клініко-експертної оцінки якості та обсягів медичної допомоги, що, в свою чергу, підвищує роль професійних асоціацій в процесі управління якістю медичної допомоги.

Проект закону, зокрема, спрямований на підвищення ефективності роботи та вдосконалення професійного рівня лікарів шляхом запровадження індивідуального ліцензування. Необхідність індивідуального ліцензування лікарів зумовлена світовим досвідом та реальними потребами, що склались в системі охорони здоров'я, зокрема необхідністю встановлення чітких підстав набуття, припинення або обмеження права здійснювати медичну діяльність на території України особам з медичною освітою, що в свою чергу підвищить відповідальність, професійний рівень медичних працівників та захист безпеки пацієнтів.

Разом з тим МОЗ України внесено зміни до критеріїв акредитації закладів охорони здоров'я, якими встановлено норму щодо залежності присвоєної закладам охорони здоров'я, що надають вторинну та третинну медичну допомогу, акредитаційної категорії від наявності сертифіката відповідності системи управління якістю, впровадженої у закладі, вимогам національного стандарту ДСТУ ISO серії 9000.

До стандартів акредитації закладів охорони здоров'я включено додаткові розділи стосовно вимог до спеціалізованих служб та закладів охорони здоров'я: «Трансфузійна допомога», «Заклади переливання крові» та «Центр з профілактики та боротьби зі СНІДом», а також доповнено підрозділи «Управління закладом», «Права, обов'язки та безпека пацієнтів», «Якість лікувально-профілактичної допомоги», «Амбулаторно-поліклінічна служба», «Використання ліків» (наказ МОЗ України від 20.12.2013 р. № 1116 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 14.03.2011 р. № 142 «Про вдосконалення державної акредитації закладів охорони здоров'я»).

Крім того, на виконання Національного плану дій на 2013 р. МОЗ України розроблено наказ, яким передбачено затвердження нової форми акта, який складається за результатами планової та позапланової перевірки додержання Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики суб'єктом господарювання, розширюється коло питань для проведення зазначених перевірок, збільшується кількість законодавчих та нормативно-правових актів, якими має керуватись суб'єкт господарювання (наказ МОЗ України від 30.12.2013 р. № 17/41124 «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 10 лютого 2011 року № 80»).

Протягом 2013 р. МОЗ України було проведено 233 перевірки додержання ліцензіатами Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики, з них 211 – планових та 22 позапланових (табл. 3.11.1).

За результатами зазначених перевірок 66 суб'єктам господарювання було анульовано ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики. Також виявлено порушення Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики у 159 суб'єктів господарювання та видано розпорядження щодо усунення виявлених порушень.

Протягом 2013 р. МОЗ України видано 3010 ліцензій на провадження господарської діяльності з медичної практики, переоформлено 170 ліцензій, видано 328 копій ліцензій, 36 дублікатів ліцензій, анульовано 229 ліцензій на підставі заяв суб'єктів господарювання.

Для захисту прав та безпеки пацієнтів МОЗ України затверджено нову редакцію Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики, якою встановленні вимоги щодо проведення планових хірургічних втручання виключно в закладах охорони здоров'я та упорядковано право найму медичних працівників фізичними особами –

**Кількість перевірок додержання ліцензіатами Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики у регіонах України, 2013 р.**

Адміністративно-територіальна одиниця	Кількість проведених планових перевірок	Кількість проведених позапланових перевірок
АР Крим	3	-
<i>Область</i>		
Вінницька	1	-
Волинська	1	-
Дніпропетровська	12	2-
Донецька	3	-
Житомирська	1	-
Закарпатська	18	-
Запорізька	3	-
Івано-Франківська	30	-
Київська	12	-
Кіровоградська	-	-
Луганська	6	3
Львівська	36	3
Миколаївська	2	-
Одеська	3	-
Полтавська	3	-
Рівненська	2	-
Сумська	1	-
Тернопільська	14	3
Харківська	15	5
Херсонська	-	2
Хмельницька	2	-
Черкаська	-	-
Чернівецька	13	-
Чернігівська	-	-
<i>Місто</i>		
Київ	30	4
Севастополь	-	-
<b>Україна</b>	<b>233</b>	

підприємцями, уперше запроваджено декларування видів медичної допомоги та методів, що застосовуються у медичній практиці, за кожною лікарською спеціальністю у документах, які додаються до заяви про видачу ліцензії (наказ МОЗ України від 30.11.2012 р. № 981 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 02 лютого 2011 року № 49», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 20.12.2012 р. за № 2131/22443, набув чинності 18.01.2013 р.).

***Якість фармацевтичної допомоги***

З метою покращення доступності пацієнтам знеболювальних препаратів, у тому числі опіоїдних анальгетиків, при наданні паліативної допомоги МОЗ України було реалізовано наступні кроки:

1. У лютому місяці поточного року вирішено питання стосовно реєстрації таблетованої форми «МОРФІНУ» та налагодження його виробництва ТОВ «ІНТЕРХІМ».

2. Спрощено виписування рецептів та порядок відпуску їх з аптек, зокрема затверджено новий Порядок обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я (постанова КМУ від 13.05.2013 р. № 333 «Про затвердження Порядку придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я»).

3. Спрощено процедуру призначення наркотичних та психотропних засобів, у тому числі удосконалено можливості лікування в домашніх умовах із застосуванням наркотичних та психотропних лікарських засобів; збільшено термін дії спеціального рецептурного бланку ф-3 з п'яти до десяти днів; виключено норму стосовно необхідності відпуску наркотичних (психотропних) лікарських засобів, що виписуються на спеціальних рецептурних бланках ф-3, тільки з аптек та аптечних складів (баз), які містяться в одній адміністративно-територіальній одиниці (місті, районі, області) з лікувально-профілактичним закладом, до якого прикріплені з цією метою наказом відповідного управління охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій; дозволено лікарям при наданні паліативної допомоги пацієнту виписувати на одному рецептурному бланку лікарські засоби в кількості, передбаченій для п'ятнадцятиденного курсу лікування (наказ МОЗ України від 04.10.2013 р. № 858, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 22.10.2013 р. за № 1799/243).

Прийняття таких рішень дозволило хворим отримувати лікарські засоби, виписані на спеціальних рецептурних бланках ф-3, незалежно від місцезнаходження аптеки, у кількості, передбаченій для п'ятнадцятиденного курсу лікування.

На початку 2013 р. було затверджено нову редакцію Порядку проведення експертизи реєстраційних матеріалів на лікарські засоби, що подаються на державну реєстрацію (перереєстрацію), а також експертизи матеріалів про внесення змін до реєстраційних матеріалів протягом дії реєстраційного посвідчення.

Значну увагу у зазначеному документі приділено саме удосконаленню процедури експертизи реєстраційних матеріалів різних груп препаратів, зокрема біосимілярів, до яких переважно належать інноваційні препарати для лікування онкозахворювань, орфанних захворювань; актуалізовано відповідно до Директиви ЄС 2001/83 визначення багатьох термінів, кваліфікацію типів змін, що вносяться до реєстраційних матеріалів на зареєстровані лікарські засоби; запроваджено чітку схему документообігу, починаючи із надходження заяви на будь-яку реєстраційну процедуру, продовжуючи надходженням самих реєстраційних матеріалів, можливість відслідковування термінів проходження будь-якого етапу експертизи до моменту завершення експертизи та підготовки наказу МОЗ України про затвердження реєстраційної процедури та видачі заявнику реєстраційного посвідчення.

З метою надання необхідної медичної допомоги населенню при лікуванні соціально небезпечних хвороб (туберкульоз, ВІЛ/СНІД, вірусні гепатити, а також з оригінальною молекулою для лікування рідкісних захворювань) при реєстрації оригінальних лікарських засобів та лікарських засобів, що пройшли процедуру прекваліфікації ВООЗ та включені до переліку ВООЗ прекваліфікованих лікарських засобів, спрощено передреєстраційний контроль, експертиза матеріалів щодо вищезазначених лікарських засобів триває не більше 90 робочих днів, починаючи з дати офіційного надходження матеріалів, експертиза реєстраційних матеріалів здійснюється позачергово та без сплати вартості експертних робіт.

Таким чином, сьогодні створені привабливі умови для підвищення мотивації виходу на вітчизняний фармацевтичний ринок виробників інноваційних лікарських засобів, зокрема для лікування орфанних і дитячих онкологічних захворювань.

З метою удосконалення Правил виписування рецептів на лікарські засоби внесено зміни до наказу МОЗ України від 19.07.2005 р. № 360 «Про затвердження Правил виписування рецептів та вимог-замовлень на лікарські засоби і вироби медичного призначення, Порядку відпуску лікарських засобів і виробів медичного призначення з аптек та їх структурних підрозділів, Інструкції про порядок зберігання, обліку та знищення рецептурних бланків та вимог-замовлень». Зазначеними змінами дозволено виписувати рецепти на лікарські засоби, вартість яких підлягає державному відшкодуванню, лікарям закладів охорони здоров'я незалежно від форм власності та підпорядкування за узгодженням зі структурними підрозділами охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій та дозволено фельдшерам закладів охорони здоров'я незалежно від форм власності та підпорядкування виписувати рецепти хворим із затяжними і хронічними захворюваннями у разі продовження лікуючим лікарем курсу лікування із зазначенням своєї посади та завіренням цього рецепта власним підписом та печаткою закладу охорони здоров'я (наказ МОЗ України від 04.10.2013 р. № 858, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 22.10.2013 р. за № 1799/24331).

З метою забезпечення споживачів безпечними та ефективними медичними виробами Міністерством охорони здоров'я України розроблено та Кабінетом Міністрів України затверджено технічні регламенти щодо медичних виробів, медичних виробів для діагностики *in vitro* та активних медичних виробів, які імплантують (постанови Кабінету Міністрів України від 02.10.2013 р. № 753, № 754 та № 755).

Положення технічних регламентів відповідають положенням відповідних директив Європейського Союзу.

Впровадження та виконання вимог технічних регламентів визначить організаційні вимоги до розроблення, виробництва, обігу, безпеки та ефективності медичних виробів.

Таким чином, з 1 липня 2014 р. буде застосовуватися нова процедура введення в обіг медичних виробів:

Ефективне застосування технічних регламентів неможливе без впровадження національних стандартів у сфері підтвердження відповідності медичної продукції, гармонізованих з міжнародними, у зв'язку з чим Державне українське об'єднання «Політехмед» визначено виконавцем робіт із супроводу процесу впровадження таких національних стандартів (наказ Міністерства охорони здоров'я України від 04.04.2013 р. № 264).

Протягом 2013 р. ДУО «Політехмед» передано до Українського науково-дослідного і навчального центру проблем стандартизації, сертифікації та якості (ДП «УкрНДНЦ») справи 141 першої редакції національних стандартів із переліку першочергових стандартів для впровадження у сфері підтвердження відповідності медичної продукції, гармонізованих з міжнародними.

У червні 2012 р. було розпочато реалізацію пілотного проекту щодо запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою, яку було подовжено протягом 2013 р. (постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.2012 р. № 340 із змінами).

У Державному бюджеті України на здійснення часткового відшкодування вартості лікарських засобів для лікування осіб з гіпертонічною хворобою було виділено кошти у сумі 191,6 млн гривень.

27 регіонів України використали кошти у розмірі 159 885,8 тис. грн, що склало 83,43% від загальної суми отриманих коштів, з них:

– 12 регіонів (Вінницька, Волинська, Житомирська, Івано-Франківська, Кіровоградська, Полтавська, Рівненська, Тернопільська, Херсонська, Хмельницька, Чернівецька та Чернігівська області) використали усі кошти, які були виділені на здійснення часткового відшкодування вартості лікарських засобів;

– 9 регіонів використали більше 90% виділених коштів: АР Крим (94,12%), Закарпатська (98,72%), Запорізька (97,52%), Київська (91,21%), Луганська (99,6%), Миколаївська (96,09%), Сумська (98,71%), Харківська (96,35%), Черкаська (96,14%) області;

– 6 регіонів використали найменше коштів: Донецька (35,99%), Одеська (42,98%) області, м. Севастополь (51,69%), Дніпропетровська (64,75%), Львівська (68,54%) області та м. Київ (79,82%).

Тому розпорядженням Кабінету Міністрів України від 27.11.2013 р. № 941-р було здійснено перерозподіл обсягу субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на часткове відшкодування вартості лікарських засобів для лікування осіб з гіпертонічною хворобою у 2013 р.: здійснити перерозподіл коштів, економія яких утворилась за субвенцією з державного бюджету місцевим бюджетам на часткове відшкодування вартості лікарських засобів для лікування осіб з гіпертонічною хворобою в Донецькій області в сумі 14,2 млн грн на Полтавську область у розмірі 2152,4 тис. грн та на Луганську область у розмірі 1000 тис. гривень.

За 2013 р. в рамках пілотного проекту було виписано більше 24,35 млн рецептів на часткове відшкодування вартості лікарських засобів, задіяних у пілотному проекті, а здійснено відшкодування вартості лікарських засобів за 11,3 млн рецептів, що становить 46,41% від загальної кількості виписаних рецептів.

Кількість осіб, які отримали лікарські засоби, складає 9 107 226.

За період з початку року кількість аптечних закладів, задіяних у пілотному проекті, зросла у 3,3 разу – з 3662 до 12 117.

Динаміка оптових (середньозважених) та роздрібних (середньозважених) цін на гіпотензивні лікарські засоби, на які поширюється дія пілотного проекту (за даними системи дослідження ринку «Фармстандарт»), за період травень 2012 р. – листопад 2013 р. свідчить, що:

– оптові ціни на такі лікарські засоби знизились в середньому на 9,5 %, у т.ч. за жовтень 2013 р. – листопад 2013 р. на 0,8%,

– роздрібні ціни на такі лікарські засоби знизились в середньому на 16,0 %, в т.ч. за жовтень 2013 р. – листопад 2013 р. на 0,5 %.

Враховуючи результати пілотного проекту у 2012 та 2013 рр., МОЗ України внесені зміни до Порядку часткового відшкодування вартості лікарських засобів для лікування осіб з гіпертонічною хворобою (постанова Кабінету Міністрів України від 12.06.2013 р. № 485 «Про внесення змін до Порядку часткового відшкодування вартості лікарських засобів для лікування осіб з гіпертонічною хворобою»).

Разом з тим, з метою удосконалення реалізації пілотного проекту щодо запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою, передбачена можливість зміни місцеположення у групах відшкодування вартості лікарських засобів, які належать до III групи після декларування зміни їх оптово-відпускної ціни нижче встановлених Міністерством охорони здоров'я граничних рівнів цін для лікарських засобів I або II групи (постанова Кабінету Міністрів України від 12.06.2013 р. № 554 «Питання удосконалення реалізації пілотного проекту щодо запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою»).

Станом на сьогодні 9 лікарським засобам, які включено до реєстру граничного рівня оптово-відпускних та порівняльних (референтних) цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою, змінено місцеположення з III на II групу відшкодування (наказ МОЗ України від 23.10.2013 р. № 902).

Затверджено у новій редакції Порядок 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 15.08.2013 р. № 726, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 22.08.2013 р. за № 1446/23978), та Реєстр граничних рівнів оптово-відпускних та порівняльних (референтних) цін на лікарські засоби, для лікування осіб з гіпертонічною хворобою станом на 22.08.2013 р. (наказ МОЗ України від 10.09.2013 р. № 794).

Необхідно зазначити, що з моменту введення в дію оновлених реєстру граничного рівня оптово-відпускних та порівняльних (референтних) цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою та системи відшкодування їх вартості споживання антигіпертензивних препаратів, включених у пілотний проект, які підпадають під відшкодування, істотно збільшилось.

З метою посилення контролю за впровадженням пілотного проекту щодо запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою затверджено План заходів МОЗ України стосовно удосконалення реалізації пілотного проекту, яким передбачено проведення перевірок в окремих регіонах України.

За результатами проведених перевірок встановлені основні причини незадовільного стану виконання реалізації пілотного проекту в регіонах: незадовільна робота територіальних підрозділів Державної служби України з лікарських засобів, недостатня координація реалізації пілотного проекту на рівні керівництва обласних державних адміністрацій та низький рівень поінформованості населення в регіонах щодо впровадження пілотного проекту.

Враховуючи зазначене, можна дійти висновку, що досягнута головна мета пілотного проекту, а саме збільшилась економічна доступність антигіпертензивних препаратів для населення та, як наслідок, – споживання цих лікарських засобів продовжує збільшуватися.

Реалізація пілотного проекту сприяла 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.

Станом на 11.01.2014 р. МОЗ України в установленому порядку зареєстровано 13041 лікарський засіб. Дані щодо динаміки реєстрації (перереєстрації) лікарських засобів, починаючи з 2009 р., наведено у таблиці 3.11.2.

Таблиця 3.11.2

**Динаміка зростання кількості зареєстрованих в Україні лікарських засобів  
за період з 01.01.2010 р. по 11.01.2014 р.**

Кількість лікарських засобів	Станом на 01.01.10 р.	Станом на 01.01.11 р.	Станом на 03.01.12 р.	Станом на 04.02.13 р.	Станом на 11.01.14 р.
Вітчизняні	3765	3677	3725	3939	3711
Іноземні	10007	10500	10026	9597	9330
Всього	13772	14177	13751	13536	13041
Динаміка зростання	+4,71	+2,94	-3,0	-1,5	-3,66

За попередніми оперативними даними Державної служби статистики України, обсяг реалізованої фармацевтичної продукції вітчизняними підприємствами (КВЕД 21 «Основні фармацевтичні продукти і фармацевтичні препарати») за 11 місяців 2013 р. у грошовому виразі склав понад 10 487,1 млн грн (1312,04 млн дол. США), що на 19,4% більше, ніж за відповідний період 2012 року.

За період січень – листопад 2013 р. рівень обсягу експорту фармацевтичної продукції порівняно з 11 місяцями 2012 р. зріс, як у національній валюті, так і у доларах США (на 2,3%), що становить 1758,14 млн грн та 219,96 млн дол. США відповідно.

Тенденції розвитку вітчизняного виробництва лікарських засобів наведені у таблиці 3.11.3 (дані Державної служби статистики України).

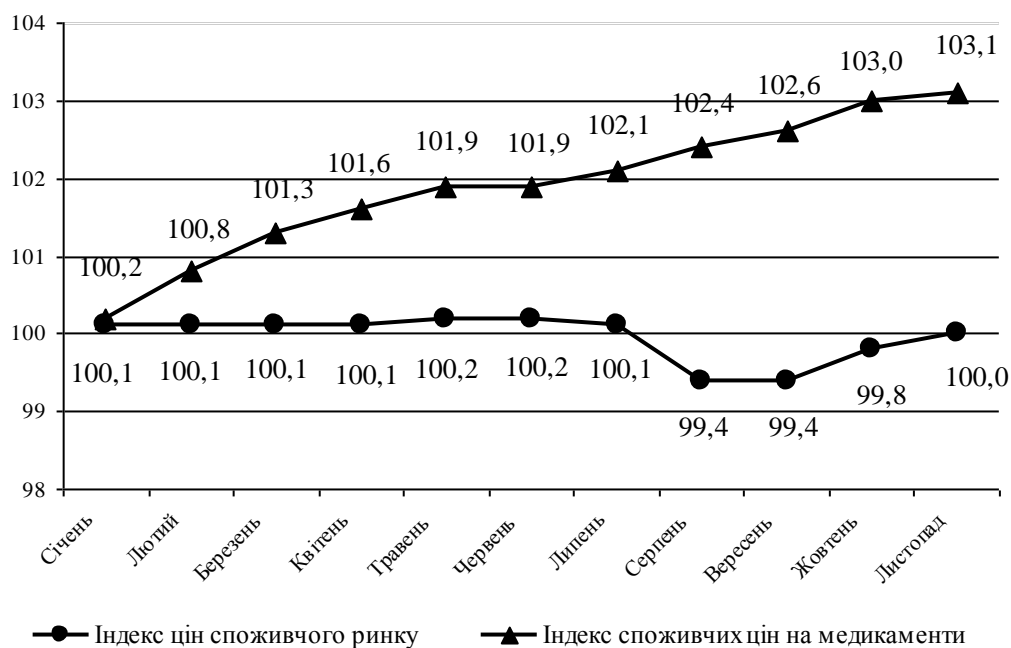
Таблиця 3.11.3

**Динаміка розвитку вітчизняного виробництва фармацевтичної продукції у 2009–2013 рр.**

Показник	2009 р.		2010 р.		2011 р.		2012 р.		01.12.2013 р.	
	обсяг	%	обсяг	%	обсяг	%	обсяг	%	обсяг	%
Обсяг експорту фармацевтичної продукції, млн грн	1174,02	+45,7	1574,95	+34,2	1555,19	-1,3	1975,87	+27,0	1758,14	+2,3
Обсяг реалізованої фармацевтичної продукції (КВЕД 24.4. Фармацевтичне виробництво), млн грн	5618,12	+44,1	7286,07	+29,7	8389,4	+15,1	9787,17	+16,7	10487,1	+19,4

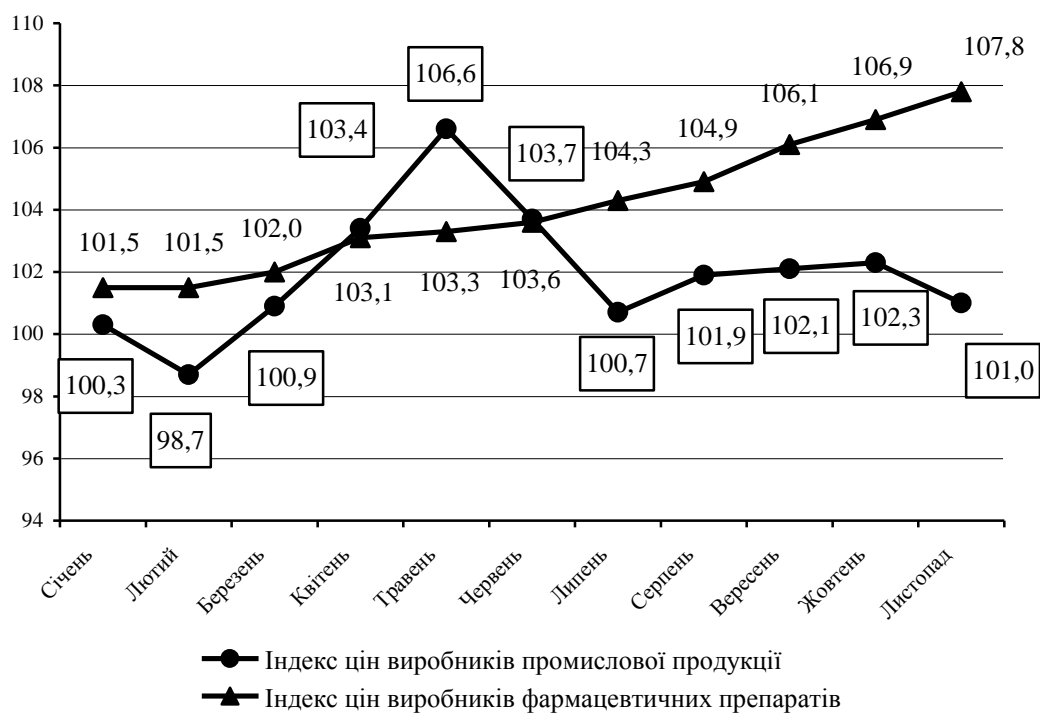
За цей самий період 2013 р. спостерігається незначне зростання обсягу внутрішнього фармацевтичного ринку України (порівняно з відповідним періодом 2012 р.), як у національній валюті, так і у доларах США (на 1,9%), що становить 30335,31 млн грн та 3795,24 млн дол. США відповідно.

Індекс споживчих цін на медикаменти у листопаді 2013 р. зріс та становить 103,1%, у той час як індекс споживчих цін становить 100,0% (рис. 3.11.1).



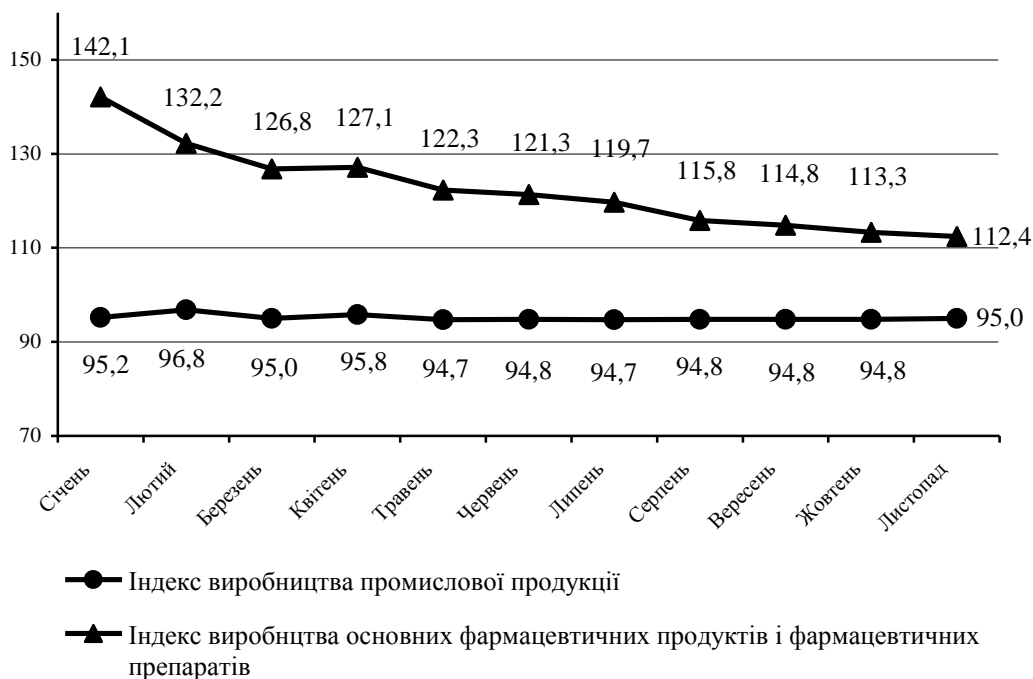
**Рис. 3.11.1. Порівняльна характеристика індексів споживчих цін ринку України та споживчих цін на медикаменти за січень-листопад 2013 р.**

Індекс цін виробників фармацевтичних препаратів і матеріалів становить 107,80% (до грудня 2012 р.), а індекс цін виробників промислової продукції – 101,0% (рис. 3.11.2).



**рис. 3.11.2. Порівняльна характеристика індексів цін виробників промислової продукції та виробників фармацевтичних препаратів за січень-листопад 2013 р.**

Показник індексу виробництва фармацевтичних препаратів у листопаді становив 112,4%, а індекс виробництва промислової продукції – 95,50% порівняно з відповідним періодом 2012 р. (рис. 3.11.3).



**Рис. 3.11.3. Порівняльна характеристика індексів виробництва промислової продукції та виробництва фармацевтичних препаратів за січень-листопад 2013 р.**

### 3.12. Міжнародна діяльність

Розширення напрямів міжнародного співробітництва є важливим механізмом реалізації пріоритетів поліпшення стану здоров'я населення України та реформування вітчизняної медичної галузі.

Діяльність МОЗ зосереджується на активізації змістовної співпраці з ВООЗ, ЮНЕЙДС, ЮНІСЕФ, Глобальним фондом, іншими міжнародними організаціями, а також на налагодженні предметного співробітництва з іноземними партнерами на двосторонньому рівні.

Слід зазначити, що проведення ініційованої Президентом України В.Ф. Януковичем масштабної реформи галузі забезпечується в тісній співпраці з експертами ВООЗ та у контексті актуальних положень європейської політики «Здоров'я – 2020».

У 2013 р., з метою підтримки фахового діалогу з ВООЗ, Україну відвідало 37 експертних місій цієї авторитетної міжнародної організації, діяльність яких зосереджена, зокрема, на вирішенні таких важливих для нашої держави проблем, як посилення загальнонаціональної системи імунопрофілактики та ефективного управління вакцинами, боротьби з мультирезистентним туберкульозом, ВІЛ/СНІДом, неінфекційними захворюваннями, посилення комунікаційної спроможності МОЗ України.

Практичний внесок України в реалізацію європейської політики «Здоров'я – 2020» міжнародна медична спільнота визнала, коли у травні 2013 р. на Міністра охорони здоров'я України було покладено почесні та відповідальні обов'язки віце-президента Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я.

У сфері боротьби зі СНІДом Україна увійшла до кола лідерів серед країн регіону, що особливо підкреслив виконавчий директор ЮНЕЙДС, заступник Генерального секретаря

ООН Мішель Седібе, під час свого візиту до України в жовтні 2013 р. ЮНЕЙДС зацікавлене використати наш практичний досвід у цій сфері у ході реалізації відповідних програм допомоги в країнах Африканського континенту.

Ми чітко усвідомлюємо пріоритетну важливість активної співпраці з міжнародними фінансовими організаціями з метою ефективної реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я. Наприкінці 2013 р. ми фіналізували узгодження параметрів безпрецедентної за масштабами позики Світового банку, кошти якої будуть спрямовані на модернізацію закладів охорони здоров'я в 10 обраних регіонах нашої держави, а також посилення інформаційно-комунікаційної та фінансово-організаційної спроможності МОЗ України.

На постійній основі проводиться робота у сфері розширення договірно-правової бази двостороннього співробітництва у медичній галузі. За результатами цієї роботи у 2013 р. була підписана Угода про співробітництво в галузі охорони здоров'я та медичної науки між МОЗ України та Міністерством праці, охорони здоров'я та соціального захисту Грузії (червень) та Меморандум про взаєморозуміння між МОЗ України та Державною адміністрацією Китайської Народної Республіки з традиційної китайської медицини щодо співробітництва в галузі традиційної китайської медицини (грудень).

Завершується підготовка до підписання Дворічної угоди про співробітництво між МОЗ України та Європейським регіональним бюро ВООЗ на 2014–2015 роки.

Протягом 2013 р. відбулося понад 70 робочих зустрічей керівництва МОЗ України з представниками міжнародних організацій та іноземних посольств.

Міністр охорони здоров'я України взяла особисту участь у роботі п'яти міжнародних Міністерських конференцій ВООЗ з актуальних для світової медичної спільноти питань.

Міністерство підтримує предметний діалог із питань співпраці в медичній галузі з партнерами Росії, США, Франції, Китаю, ФРН, Швейцарської Конфедерації, Кувейту та багатьох інших країн.

Ми маємо великий потенціал співпраці з іноземними партнерами у сфері технічної допомоги – сьогодні МОЗ виступає бенефіціаром більш ніж десяти проектів МТД на загальну суму понад 190 млн доларів США. Водночас, необхідно наслідувати приклад інших органів виконавчої влади, котрі працюють у цій сфері значно краще. Зокрема, більш активну позицію в реалізації проектів технічної допомоги з боку ЄС та інших іноземних партнерів повинні відіграти регіони. Міністерство готове надати колегам в областях необхідну підтримку та сприяти реалізації усіх ваших корисних для розвитку галузі ініціатив.

Особливе значення в контексті допомоги українським лікарям відіграв візит Міністра охорони здоров'я України до Литви у листопаді 2013 р. У його ході досягнуто ряд важливих домовленостей щодо практичної допомоги вітчизняним медичним сестрам і представникам інших галузей української медицини, котрі будуть реалізовані в найближчі тижні. Разом із литовськими друзями планується реалізація спільних програм у сфері технічної допомоги фондів ЄС.

У 2014 р. продовжуватиметься розвиток взаємовигідної співпраці з міжнародними організаціями та іноземними партнерами, головною метою якої буде підвищення рівня здоров'я громади України, реформування медичної галузі та якісне поліпшення умов життєдіяльності українського лікаря

### **3.13. Оцінка діяльності закладів, що віднесені до сфери управління МОЗ України (за результатами аудиторських досліджень, проведених відділом внутрішнього аудиту)**

Діяльність з внутрішнього аудиту в системі МОЗ України запроваджено з 2012 р. на виконання постанови Кабінету Міністрів України від 28 вересня 2011 р. № 1001 «Деякі питання утворення структурних підрозділів внутрішнього аудиту та проведення такого аудиту в міністерствах, інших центральних органах виконавчої влади, їх територіальних органах та бюджетних установах, які належать до сфери управління міністерств, інших центральних органів виконавчої влади», яка регламентована Стандартами внутрішнього аудиту, затвердженими наказом Міністерства фінансів України від 4 жовтня 2011 р. № 1247. Під час виконання покладених завдань спеціалісти відділу внутрішнього аудиту (далі – Відділ) керуються нормами Порядку проведення внутрішнього аудиту в системі Міністерства охорони здоров'я України, затвердженого наказом МОЗ України від 27 березня 2012 р. № 207.

Відділом внутрішнього аудиту МОЗ України (із штатом 7 осіб) у 2013 р. здійснювалась робота з проведення аудиторських досліджень, основна мета яких – надання достовірної інформації та обґрунтованих висновків Міністру охорони здоров'я України з відображенням оцінки реального стану виконання покладених завдань на заклади охорони здоров'я, та практичної допомоги керівникам закладів, яка спрямована в цілому на удосконалення внутрішнього контролю.

Реалізація механізму внутрішнього аудиту здійснюється у трьох напрямках, які й визначають основні цілі і завдання: аудит ефективності, відповідності та фінансовий аудит.

Так, відповідно до Планів діяльності з внутрішнього аудиту, Відділом проведено:

#### **6 внутрішніх фінансових аудитів та аудитів відповідності, а саме:**

- ДП «Український інформаційно-обчислювальний центр МОЗ України»;
- ДУ «Центральна база спеціального медичного постачання МОЗ України»;
- Національна наукова медична бібліотека України;
- Державний заклад «Спеціалізований (спеціальний) санаторій «Косів» МОЗ України;
- Державний заклад «Дитячий спеціалізований (спеціальний) санаторій ім. О.О. Боброва» МОЗ України;
- Державний заклад «Спеціалізований (спеціальний) клінічний санаторій «Морський» МОЗ України;

#### **та 2 аудити ефективності:**

- оцінка ефективності планування та виконання державної цільової соціальної програми «Трансплантація»;
- оцінка ефективності використання бюджетних коштів на виконання заходів Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД за напрямом «Централізована закупівля медикаментів для антиретровірусної терапії дорослих, підлітків і дітей».

Окрім планової Відділом здійснюється і позапланова робота, зокрема проведено **1 позаплановий** внутрішній фінансовий аудит у Приватному акціонерному товаристві «По виробництву інсулінів «Індар», **1 позаплановий** внутрішній аудит (за напрямами –

фінансовий аудит та аудит відповідності) у Державному закладі «Клінічна лікарня Міністерства охорони здоров'я України».

Також фахівцями Відділу проведено **1 позаплановий аудит ефективності** в рамках пілотного проекту з фахівцями Державної фінансової інспекції «Оцінка ефективності планування та виконання бюджетної програми КПКВК 2301400 в частині реалізації заходів, передбачених Загальнодержавною програмою «Національний план дій щодо реалізації конвенції ООН про права дитини» на період до 2016 року за напрямом – централізована закупівля медикаментів для дітей, хворих на гемофілію».

В рамках зазначеного пілотного проекту також організовано та проведено три семінари за участі міжнародних експертів (два – в Національній науковій медичній бібліотеці України та один – у Національному музеї медицини України). Механізм та процедури проведеного аудиту ефективності знайшли своє відображення у навчальному посібнику з проведення внутрішнього аудиту ефективності в бюджетних установах – «Внутрішній аудит ефективності: методичні засади та практичні аспекти» видавництва ТОВ «Європейський інститут державного управління та аудиту».

Висновки та рекомендації, сформовані за результатами зазначених аудитів на рівні керівників структурних підрозділів МОЗ України та керівників об'єктів аудиту, викладені у 8 доповідних записках на ім'я Міністра для прийняття рішення.

Крім того, впродовж 2013 р. працівники Відділу брали участь у проведенні 11 позапланових комісійних перевірок МОЗ України, під час яких перевірено діяльність 36 установ (26 грудня 2013 р. розпочато комісійну перевірку, яка на даний час триває).

Підготовлені матеріали на засідання колегій МОЗ України, які відбулися 05.04.2013 р. («Результати діяльності галузі охорони здоров'я за 2012 рік») та 25.06.2013 р. (матеріали співдоповіді про результати перевірок та аудитів Рахункової палати України діяльності санаторно-курортних закладів, що належать до сфери управління МОЗ України) та виступу з доповіддю «Результати перевірок фінансової діяльності вищих медичних (фармацевтичного) навчальних закладів IV рівня акредитації та закладів післядипломної освіти МОЗ України» на нараді з ректорами «Підсумки проведення вступної компанії та результатів навчально-методичної діяльності» (02.09.2013 р.).

Працівниками Відділу здійснювалась також реалізація матеріалів за результатами зовнішніх аудитів, проведених Рахунковою палатою України, Державною фінансовою інспекцією України:

- результатів аналізу використання органами виконавчої влади та місцевого самоврядування Сумської та Полтавської областей повноважень у сфері охорони здоров'я (проведеного Рахунковою палатою у листопаді 2012 р.;

- результатів аналізу використання бюджетних коштів на забезпечення лікування хворих на цукровий діабет у Вінницькій, Житомирській і Хмельницькій областях (проведеного Рахунковою палатою у листопаді-грудні 2012 р.);

- аудиту використання коштів державного бюджету та гуманітарної допомоги на виконання заходів з профілактики та лікування захворювань на туберкульоз (підготовлені заперечення на Акт Рахункової палати);

- аудиту ефективності використання коштів державного бюджету, виділених державному закладу «Український госпіталь для воїнів-інтернаціоналістів «Лісова поляна» Міністерства охорони здоров'я України» (проведеного Рахунковою палатою у січні 2013 р.);

– матеріалів ревізій фінансово-господарської діяльності 18 установ, що належать до сфери управління МОЗ України, з питань використання коштів державного бюджету, виділених на спеціалізовану та високоспеціалізовану медичну допомогу, що надається загальнодержавними закладами охорони здоров'я (проведені у IV кварталі 2012 р. Державною фінансовою інспекцією України);

– перевірки забезпечення за рахунок коштів державного бюджету дітей-інвалідів санаторно-курортним лікуванням (проведеного Рахунковою палатою у травні-червні 2013 р);

– результатів аудиту ефективності використання субвенцій державного бюджету, виділених місцевим бюджетам на здійснення капітальних вкладень за об'єктами сфери охорони здоров'я (проведеного Рахунковою палатою у липні-вересні 2013 року).

За результатами внутрішніх аудитів та аудитів, здійснених Рахунковою палатою України і Державною фінансовою інспекцією України у 2012 р., направлено оглядовий лист МОЗ України від 03.01.2013 р. № 13-15/01/190 до Міністерства охорони здоров'я АР Крим, управлінь (головних управлінь) охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій, а також підприємств, установ та організації, що належать до сфери управління МОЗ України, з метою недопущення виявлених порушень та для врахування в роботі.

Крім вказаного, підготовлені та направлені також рекомендаційні листи МОЗ України від 03.01.2013 р. № 13-15/03/188 та № 13-15/02/191 до МОЗ АР Крим, управлінь (головних управлінь) охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій щодо створення структурних підрозділів або визначення відповідального спеціаліста з питань внутрішнього аудиту.

Крім цього, працівники Відділу включені до складу постійних робочих груп МОЗ України з питань профільного супроводу державних закупівель, затверджених наказом МОЗ від 26.10.2012 р. № 841, та комісій МОЗ України з розробки вихідних даних, затверджених наказом МОЗ України від 10.12.2012 р. № 1035.

Розроблено Порядок оцінки та підвищення якості внутрішнього аудиту в системі МОЗ України, що визначає механізм організації і проведення внутрішньої оцінки якості роботи Відділу, документування результатів та реалізацію заходів щодо підвищення якості внутрішнього аудиту (затверджено наказом МОЗ України від 05.06.2013 р. № 474).

Відділом з метою проведення моніторингу за введенням в експлуатацію медичного обладнання, яке закуповується за кошти державного та місцевих бюджетів відповідно до наказу МОЗ України від 08.09.2011 р. № 575, та з урахуванням матеріалів за результатами проведеної перевірки закладів охорони здоров'я м. Києва та Київської області відповідно до наказу МОЗ України від 17.07.2013 р. № 163-Адм, опрацьовано інформацію щодо стану використання медичного обладнання, придбаного за кошти державного та місцевих бюджетів (кошти субвенції), та введення його в експлуатацію підпорядкованими закладами охорони здоров'я, надану територіальними структурними підрозділами з питань охорони здоров'я станом на 08.08.2013. За результатами опрацювання підготовлено доповідну записку на ім'я заступника Міністра-керівника апарату (від 15.08.2013 р. № 13-14/26). Листом МОЗ України від 20.08.2013 р. № 13-09/02/25728 дане доручення головам ОДА щодо створення міжвідомчих комісій, у тому числі з представників МВС, Міндоходів та зборів, для проведення перевірок використання коштів на придбання обладнання. Результати перевірок запропоновано розглянути на відповідних колегіях.

Враховуючи результати роботи підрозділу внутрішнього аудиту вважаємо за доцільне виокремити наступні проблемні питання.

Відповідно до статті 26 Бюджетного кодексу, внутрішнім контролем є комплекс заходів, що застосовуються керівником для забезпечення дотримання законності та ефективності використання бюджетних коштів, досягнення результатів відповідно до встановленої мети, завдань, планів і вимог щодо діяльності бюджетної установи та її підвідомчих установ.

Таким чином, ефективність функціонування системи внутрішнього контролю, яка й забезпечує досягнення результатів відповідно до встановленої мети, завдань, планів і вимог щодо діяльності бюджетної установи, залежить безпосередньо від управлінських рішень керівника закладу.

Під час аудиторського дослідження відстежуються недоліки, прогалини у системі управлінських рішень, які й призводять до допущення порушень вимог нормативно-правових актів на різних етапах діяльності закладу і, як наслідок, втрат коштів держави, закладу, недотримання принципів єдиної системи бухгалтерського обліку, проведення господарських операцій, формування фінансової звітності бюджетних закладів, що також ускладнює здійснення належного контрольного моніторингу Міністерством (як органом управління у сфері охорони здоров'я).

Сфера застосування внутрішнього аудиту охоплює основні напрями діяльності закладів охорони здоров'я, що дозволяє надати об'єктивну аудиторську оцінку результатів їхньої роботи впродовж обраного періоду. При цьому застосування специфічних аудиторських процедур та методів дозволяє виявляти системні порушення, причини їх виникнення та визначати найбільш ефективні заходи щодо їх усунення. Крім того, результати попередніх та поточних аудиторських заходів, які систематизуються та аналізуються спеціалістами Відділу, є достатніми для формування аудиторських висновків щодо наявності ризикових ділянок у роботі в цілому в системі закладів охорони здоров'я.

Так, результати проведення внутрішніх аудитів виявили найчастіше допущення порушень вимог нормативно-правових актів: при нарахуванні та виплаті премій, матеріальної допомоги, відсутність визначених критеріїв преміювання працівників, відсутність або неподання на затвердження МОЗ України структури закладу, невідображення у штатному розписі та тарифікаційних списках самостійних структурних підрозділів закладу та недоліки у розробленні положень про структурні підрозділи і посадових інструкцій, невідповідність положень колективних договорів вимогам чинного законодавства, неналежне складання та ведення меморіальних ордерів, неналежне ведення складського обліку харчових продуктів, неналежне складання та оформлення внутрішніх нормативних актів та внесення до них змін, невідображення на позабалансовому обліку основних засобів, що знаходяться на відповідальному зберіганні закладу, окремі показники фінансової звітності не містять повної інформації щодо стану та змін у необоротних активах.

При цьому необхідно звернути увагу, що багатьох порушень та недоліків можливо було уникнути шляхом здійснення постійного моніторингу відповідальними особами закладів законодавчої бази та відстеження внесення змін до нормативних актів.

Наведене свідчить про недостатнє усвідомлення посадовими особами значення системи внутрішнього контролю, цілісності та логічного взаємозв'язку її окремих сегментів,



від чого залежить забезпечення керівниками функціонування очолюваного закладу як інструменту реалізації державної політики з визначеного напрямку.

Кінцевим результатом проведеного аудиторського дослідження є надання керівникові установи об'єктивних, незалежних висновків та рекомендацій. Так, надано **понад 30 рекомендацій** щодо покращення та удосконалення діяльності досліджених установ та звернуто увагу структурних підрозділів МОЗ України на прогалини у нормативно-правових актах, згідно з якими працюють установи та організації, що належать до сфери управління Міністерства.

Виявлені ризикові ділянки в роботі закладів охорони здоров'я потребують від відповідальних осіб вжиття заходів тривалої дії, тобто створення та запровадження інструментів внутрішнього контролю. Так, завдяки виконанню сформованих за результатами проведених внутрішніх аудитів рекомендацій у закладах запроваджено **13 контрольних механізмів**, спрямованих на вдосконалення системи внутрішнього контролю.

Водночас результати моніторингу впровадження аудиторських рекомендацій, які надаються на рівні МОЗ України та досліджуваних закладів (проведеного на підставі отриманої інформації від відповідальних осіб об'єктів аудиту), свідчать про наявність випадків невиконання наданих рекомендацій у повному обсязі.

Таким чином, керівники закладів, які не врахували у подальшій роботі факти виявлених аудитом порушень та не вжили заходів щодо їх усунення, самостійно взяли на себе ризик невиконання таких рекомендацій. А отже, такі дії або бездіяльність відповідальних осіб свідчать про свідоме перешкоджання удосконаленню внутрішнього контролю очолюваного закладу та створення передумов для незабезпечення виконання покладених завдань у сфері охорони здоров'я та ризику нанесення втрат державному бюджету.

Під час проведення внутрішніх аудитів, зокрема у частині стану виконання вимог нормативних актів МОЗ України, керуючись Положенням про Міністерство охорони здоров'я України, затвердженим Указом Президента України від 13 квітня 2011 р. № 467, приділяється увага реалізації нормативних положень у сфері охорони здоров'я Міністерством охорони здоров'я АР Крим, структурними підрозділами з питань охорони здоров'я обласних (міських) державних адміністрацій і закладами охорони здоров'я, що знаходяться у сфері їх управління.

Зокрема за результатами аудиторських заходів 2013 р. виявлені факти допущення порушень Міністерством охорони здоров'я АР Крим, структурними підрозділами з питань охорони здоров'я обласних (міських) державних адміністрацій і закладами охорони здоров'я, що знаходяться у сфері їх управління:

- при здійсненні розрахунків та формуванні потреби у лікарських засобах і виробих медичного призначення для придбання за кошти державного бюджету;
- при використанні лікарських засобів, закуплених за кошти державного бюджету;
- при оприлюдненні інформації на офіційних web-сайтах щодо залишків лікарських засобів;
- при організації роботи щодо забезпечення розподілу та використання виділених путівок санаторно-курортних закладів МОЗ України.

Вищенаведене свідчить про послаблення внутрішнього контролю та доцільність створення структурних підрозділів або визначення відповідального спеціаліста з питань внутрішнього аудиту в межах штатної чисельності працівників Міністерства охорони здоров'я АР Крим, структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних (міських) державних адміністрацій.

Відповідно до Плану діяльності з внутрішнього аудиту на I півріччя 2014 р., Відділом планується провести внутрішні аудити (з напрямків фінансовий та відповідності) діяльності чотирьох санаторно-курортних закладів, що знаходяться у сфері управління МОЗ України.

Діяльність підрозділу внутрішнього аудиту центрального органу виконавчої влади передбачає безперервний процес удосконалення методів та процедур аудиторських досліджень. Так, з метою удосконалення організації планування роботи підрозділу з питань проведення внутрішнього аудиту розроблено проект нормативного акту про забезпечення на систематичній основі отримання Відділом внутрішнього аудиту інформації від самостійних структурних підрозділів МОЗ України інформації про проблемні питання, що виникають в системі МОЗ України.

Крім того, з метою підвищення кваліфікації працівників Відділу планується направлення спеціалістів до установ, які організують та проводять навчальні заходи з державного управління та аудиту.

З метою сприяння удосконаленню функціонування системи внутрішнього контролю у закладах охорони здоров'я планується вжиття заходів щодо додаткового моніторингу виконання відповідальними особами, яким надані рекомендації за результатами проведених внутрішніх аудитів, та фіксації фактів взяття керівниками на себе ризику за невиконання рекомендацій (та врахування результатів моніторингу при здійсненні майбутніх аудиторських досліджень).

Листом МОЗ України від 10.01.2014 р. № 13-09/01/297 до Міністерства охорони здоров'я АР Крим, структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних (міських) державних адміністрацій направлено запит з метою моніторингу врахування рекомендацій ними щодо створення структурних підрозділів з питань внутрішнього аудиту відповідно до пункту 5 постанови Кабінету Міністрів України від 28 вересня 2011 р. № 1001. У разі створення таких структурних підрозділів або визначення відповідального спеціаліста з питань внутрішнього аудиту Відділом внутрішнього аудиту МОЗ України буде надаватись консультаційна та методична допомога Міністерству охорони здоров'я АР Крим, структурним підрозділам з питань охорони здоров'я обласних (міських) державних адміністрацій.

Надання під час проведення внутрішніх аудитів практичної та консультативної допомоги відповідальним особам закладів охорони здоров'я, зокрема шляхом формування обґрунтованих висновків та надання рекомендацій з метою покращення результатів їх діяльності та удосконалення системи внутрішнього контролю.

Також на постійному контролі знаходиться дотримання вимог нормативно-правових актів МОЗ України з питань використання лікарських засобів, виробів медичного призначення та обладнання, виділених в рамках централізованого постачання за рахунок коштів державного бюджету, крім того, здійснюється моніторинг результатів зовнішніх контрольних заходів діяльності МОЗ України та підпорядкованих закладів охорони здоров'я

### **3.14. Аналіз звернень громадян, які надійшли до МОЗ України**

Відповідно до вимог Конституції України, Закону України «Про звернення громадян», актів Президента України, Кабінету Міністрів України в МОЗ України протягом 2013 р. проведено роботу щодо забезпечення реалізації громадянами конституційного права на звернення.

Протягом 2013 р. до МОЗ України надійшло 16 930 звернень громадян (2012 р. – 17 882; 2011 р. – 14 812), тобто на 952 звернення, або на 5,3% менше, ніж за відповідний період минулого року.

Кількість письмових звернень на адресу МОЗ зменшилася завдяки модернізації роботи телефонної «гарячої лінії» Міністерства відповідно до наказу МОЗ України від 10.04.2013 р. № 292. Телефонна лінія працює ефективно, надається допомога в оперативному вирішенні питань, з якими звертаються громадяни. Звернення, що потребують опрацювання на місцях, надсилаються засобами електронного листування відповідальним посадовим особам МОЗ АР Крим, структурних підрозділів із питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій. Керівництву МОЗ щоденно надається аналіз звернень на телефонну «гарячу лінію».

Протягом березня–грудня 2013 р. на телефонну «гарячу лінію» МОЗ України надійшло 21 283 звернення (2012 р. – 5000). У липні 2013 р. за результатами громадського моніторингу якості роботи телефонних «гарячих» ліній органів виконавчої влади, «гаряча лінія» МОЗ України отримала схвальну оцінку. Досвід роботи телефонної «гарячої лінії» МОЗ України був презентований на нараді-семінарі 13.11.2013 р. за участю посадових осіб Кабінету Міністрів України, Урядового контактного центру і центральних органів виконавчої влади.

Протягом 2013 р. МОЗ України вживало додаткових заходів щодо поліпшення організації роботи зі зверненнями громадян, а саме у період 29–30 серпня 2013 р. було здійснено перевірку знань державних службовців центрального апарату МОЗ України стосовно розгляду звернень громадян відповідно до Закону України «Про звернення громадян». Питання упорядкування роботи зі зверненнями громадян, усунення недоліків і недопущення надання відповідей із порушенням строків розглянуто 04.10.2013 р. на засіданні Колегії МОЗ України за підсумками роботи зі зверненнями громадян протягом 9 місяців 2013 р. (рішення Колегії МОЗ України № 13)

### **3.15. Щодо організації розробки та впровадження проекту реформування системи охорони здоров'я України за рахунок гранту та інвестиційної позики Світового банку**

Стратегія партнерства Міжнародного банку реконструкції та розвитку (МБРР) з Україною на 2012–2016 роки передбачає співпрацю у сфері охорони здоров'я. У ході діалогу МОЗ України з фахівцями МБРР визначено напрями і першочергові завдання реформування системи охорони здоров'я.

На початку 2013 р. МОЗ України і МБРР розпочали підготовку спільного проекту «Підтримка реформування системи охорони здоров'я України», джерелами фінансування якого будуть кошти позики Світового банку та кошти державного і місцевих бюджетів (у пропорції відповідно 90 і 10 % від загального обсягу видатків).

Загальні інвестиційні потреби на реалізацію проекту попередньо оцінюються в сумі 335,6 млн дол США, у т.ч.:

- на підтримку реформування охорони здоров'я в 10 обраних регіонах – 267,2 млн дол США;

- на поліпшення управління системою охорони здоров'я та контроль на рівні МОЗ України – 53,2 млн дол США;

- на координацію впровадження проекту – 15,2 млн дол США.

Із загального обсягу видатків за рахунок коштів позики Світового банку передбачається фінансування у розмірі до 298,5 млн дол США.

З метою продовження реформування системи охорони здоров'я, для забезпечення максимальної віддачі від проекту та з урахуванням орієнтовних обсягів фінансування проекту, Комісія, до складу якої увійшли представники МОЗ України, Міністерства фінансів України, Міністерства економічного розвитку і торгівлі України, Світового банку, відібрала регіони для реалізації проектів модернізації галузі охорони здоров'я у рамках співпраці зі Світовим банком. Так, у рамках пропонованого проекту прийнято рішення реалізувати основні заходи в 10 регіонах (АР Крим, Вінницька, Волинська, Дніпропетровська, Донецька, Закарпатська, Запорізька, Львівська, Луганська, Полтавська і Рівненська області), а також на національному рівні (МОЗ України).

Реформування охорони здоров'я в 10 обраних регіонах планується за напрямками:

- а) підвищення результативності медичних послуг з точки зору доцільності, ефективності та якості;

- б) впровадження сучасних управлінських рішень і підходів до управління галуззю, методів та інструментів;

- в) раціоналізація структури та функціональної здатності медичних установ.

Метою другого компоненту проекту на рівні МОЗ України є зміцнення стратегічного управління системою охорони здоров'я, забезпечення належної координації діяльності галузі на регіональних рівнях з боку МОЗ України, яке буде підтримувати реформування охорони здоров'я за напрямками:

- а) впровадження інформаційних технологій у галузі охорони здоров'я на центральному рівні для моніторингу ефективності функціонування мережі закладів охорони здоров'я всіх рівнів, показників стану здоров'я населення та епідеміологічного нагляду, координації управлінських рішень у галузі охорони здоров'я;

- б) запровадження нового механізму фінансування закладів охорони здоров'я на основі діагностично-споріднених груп;

- в) розвиток потенціалу галузі у сфері епідеміологічного нагляду та боротьби з хворобами, технічна допомога і навчання персоналу з акцентом на запобіганні неінфекційним захворюванням на національному та регіональних рівнях;

- г) підтримка нормативної роботи, спрямованої на впровадження Проекту реформування системи охорони здоров'я України;

- д) інформаційно-комунікаційний супровід реформи охорони здоров'я.

Очікується, що проект сприятиме створенню більш ефективного планування, реалізації та моніторингу процесів у системі охорони здоров'я, а також оптимізації мережі лікарень, запровадженню моделі фінансового забезпечення у сфері охорони здоров'я, що передбачає перехід від утримання державних та комунальних закладів охорони здоров'я до

оплати наданих ними послуг за договорами про медичне обслуговування населення, підвищенню ефективності використання наявних матеріальних, трудових і фінансових ресурсів галузі.

Це приведе до підвищення рівня самостійності постачальників медичних послуг щодо управління фінансовими ресурсами, створення механізму оцінки та моніторингу ефективності використання ресурсів системи охорони здоров'я.

Реалізація проекту дасть змогу за рахунок оптимізації мережі лікувальних установ вивільнити частину наявних фінансових ресурсів галузі для збільшення фінансування видатків на придбання медикаментів та перев'язувальних матеріалів, на впровадження інноваційних методів лікування.

У рамках реалізації проекту буде створено інноваційні моделі надання ПМД, засновані на інформаційно-роз'яснювальній діяльності.

Враховуючи значущість проекту для населення України, а також те, що його реалізація сприятиме імплементації Національної стратегії реформ, на стадії завершення знаходяться необхідні організаційні заходи щодо підписання грантової Угоди між Урядом України і МБРР на фінансування заходів із підготовки проекту.

#### 4. ПІДСУМКИ ДІЯЛЬНОСТІ ДЕРЖАВНОЇ САНІТАРНО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ УКРАЇНИ

Держсанепідслужба України як центральний орган виконавчої влади утворена Указом Президента від 09.12.2010 р. № 1085 «Про оптимізацію системи центральних органів виконавчої влади» і є невід'ємною складовою системи охорони здоров'я.

Протягом 2012–2013 рр. згідно з Національним планом дій щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» відбувалось реформування Держсанепідслужби України.

Указом Президента України від 06.04.2011 р. № 400 «Про Положення про Державну санітарно-епідеміологічну службу України» затверджено відповідне положення.

Зазначеним положенням на Держсанепідслужбу покладено завдання з реалізації державної політики у сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення.

На виконання зазначеного завдання діяльність Держсанепідслужби України у 2013 р. здійснювалась за такими напрямками:

- реалізація Національного плану дій на 2013 рік щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава»;

- внесення Міністерству охорони здоров'я України пропозицій щодо формування державної політики у сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення, продовження роботи щодо удосконалення національного законодавства з питань забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення і діяльності Держсанепідслужби;

- добір кадрів в апарат Держсанепідслужби України та на керівні посади в її територіальних органах, в установи і підприємства, що належать до сфери її управління, формування в установленому порядку кадрового резерву на відповідні посади, організація роботи з підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації державних службовців та працівників апарату Держсанепідслужби України та її територіальних органів;

- державний санітарно-епідеміологічний нагляд за дотриманням вимог санітарного законодавства та соціально-гігієнічного моніторингу;

- реалізація першочергових заходів щодо профілактики інфекційних хвороб, професійних захворювань, масових неінфекційних захворювань (отруєнь), радіаційних уражень людей, запобігання шкідливому впливу на стан здоров'я і життя людини факторів середовища життєдіяльності;

- проведення санітарних заходів щодо охорони території України від занесення та поширення особливо небезпечних (у т.ч. карантинних) і небезпечних інфекційних хвороб;

- реалізація вимог Законів України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення», «Про безпечність та якість харчових продуктів», «Про адміністративні послуги», «Про дозвільну систему у сфері господарської діяльності», «Про перелік документів дозвільного характеру у сфері господарської діяльності», актів Президента України та Кабінету Міністрів України щодо видачі документів дозвільного характеру та надання адміністративних послуг;

- організація та проведення наукових досліджень із пріоритетних напрямів розвитку медичної науки у сфері забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення;
- міжнародне співробітництво у сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення та ін.

***Реалізація Національного плану дій на 2013 рік щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава»***

Національним планом дій на 2013 роки щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава», затвердженим Указом Президента України від 12.03.2013 р. № 128 передбачено реформування системи державного управління у сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення.

На виконання пункту 223 зазначеного Плану розроблено проект Закону України «Про внесення змін до Закону України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» (нова редакція) та деяких законодавчих актів України», проект постанови Кабінету Міністрів України «Про внесення змін до **постанови Кабінету Міністрів України від 27.08.2003 р. № 1351** «Про затвердження тарифів (прейскурантів) на роботи і послуги, що виконуються і надаються за плату установами та закладами державної санітарно-епідеміологічної служби».

Прийняття зазначених актів дасть змогу удосконалити діяльність Держсанепідслужби щодо державного санітарно-епідеміологічного нагляду, надання адміністративних послуг і документів дозвільного характеру у сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення.

Держсанепідслужбою України підготовлено і листом від 18.05.2013 р. № 05.03-08-4106/17 направлено до Мінекономрозвитку пропозиції до проекту Закону України про внесення змін до деяких законодавчих актів України, які регулюють відносини, пов'язані з одержанням документів дозвільного характеру, передбачених Переліком документів дозвільного характеру у сфері господарської діяльності щодо їх приведення у відповідність із нормами Законів України «Про адміністративні послуги» та «Про дозвільну систему у сфері господарської діяльності» стосовно видачі документів дозвільного характеру.

Зазначені пропозиції враховано у проекті Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України, які регулюють відносини, пов'язані з одержанням документів дозвільного характеру, щодо їх приведення у відповідність із нормами Законів України «Про адміністративні послуги» і «Про дозвільну систему у сфері господарської діяльності», підготовленому Мінекономрозвитку.

Держсанепідслужбою України опрацьовано і погоджено проект Закону України «Про перелік адміністративних послуг та плату (адміністративний збір) за їх надання», до якого включено послуги, надання яких законами України та Указом Президента України від 06.04.2011 р. № 400 «Про Положення про Державну санітарно-епідеміологічну службу України» закріплено за Держсанепідслужбою України.

Крім того, раніше з метою узгодження положень Законів України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення», «Про Перелік документів дозвільного характеру у сфері господарської діяльності» та «Про дозвільну систему у сфері

господарської діяльності» Держсанепідслужбою та МОЗ підготовлено проект Закону України «Про внесення змін до деяких законів України щодо вдосконалення дозвільних процедур у сфері забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення».

Зазначений законопроект Кабінетом Міністрів України внесено на розгляд до Верховної Ради України (реєстр. № 9378 від 01.11.2011 р.) і 10.01.2012 р. прийнято за основу.

### ***Удосконалення нормативно-правової бази у сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення***

Протягом 2013 р. Держсанепідслужбою України переглянуто нормативно-правові акти у сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення з метою оптимізації їх кількості та забезпечено їх розміщення на офіційному веб-сайті Держсанепідслужби України.

Розроблено 23 проекти нормативно-правових актів, зокрема:

– наказу МОЗ України від 25.01.2013 р. № 56 «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я від 10 січня 2006 року № 1», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 28.03.2013 р. за № 507/23039;

– Державних санітарних норм і правил «Санітарно-протиепідемічні вимоги до закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу», затверджених наказом МОЗ України від 02.04.2013 р. № 259, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 08.04.2013 р. за № 570/23102;

– Державних санітарних норм та правил «Влаштування, обладнання, утримання дошкільних навчальних закладів та організації життєдіяльності дітей», затверджених наказом МОЗ України від 01.08.2013 р. № 678 «Про затвердження», зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 09.08.2013 р. за № 1370/23902;

– наказу Міністерства охорони здоров'я України від 10.04.2013 р. № 287 «Про затвердження уніфікованих форм актів, які складаються за результатами перевірок суб'єктів господарювання у частині дотримання вимог санітарного законодавства», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 19.04.2013 р. за № 651/23183;

– наказу МОЗ України від 29.11.2013 р. № 1040 «Про затвердження Методики розрахунку розподілу рівнів електромагнітного поля», зареєстрованого в Мін'юсті від 17.12.2013 р. за № 2130/24662;

– наказу МОЗ «Про затвердження Державних санітарних норм та правил для підприємств, що виробляють кондитерські вироби»;

– наказу МОЗ України «Про затвердження Гігієнічної класифікації праці за показниками шкідливості та небезпечності факторів виробничого середовища, важкості та напруженості трудового процесу для гігієнічної оцінки умов праці працівників та атестації робочих місць»;

– наказу МОЗ України «Про внесення Змін до Державних санітарних правил та норм «Гігієнічні вимоги щодо поводження з промисловими відходами та визначення їх класу безпеки для здоров'я населення»;

– наказу МОЗ України «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 12 травня 2010 року № 400 «Про затвердження Державних санітарних норм та правил «Гігієнічні вимоги до води питної, призначеної для споживання людиною»;



– проект Указу Президента України «Про внесення змін до Указу Президента України від 06.04.2011 р. № 400» тощо.

Опрацьовано 171 проект нормативно-правових актів, розроблених іншими центральними органами виконавчої влади, у т.ч. 50 проектів постанов Кабінету Міністрів України, 24 проекти розпоряджень Кабінету Міністрів України, 4 проекти указів Президента України, 34 законопроекти, 59 наказів центральних органів виконавчої влади та ін.

У 2013 р. Головним державним санітарним лікарем України видано 28 постанов:

№ з/п	Дата	Назва постанови
1.	10.01.2013 р.	Про внесення змін до Порядку видачі Сертифікату Здоров'я на імпортовану до Європейського Співтовариства соняшникову олію, що виробляється або відправляється з України
2.	24.01.2013 р.	Про затвердження значень гігієнічних нормативів і регламентів безпечного використання хімічних речовин
3.	05.02.2013 р.	Про попередження епідемічних ускладнень внаслідок надзвичайних ситуацій, викликаних повеннями
4.	06.03.2013 р.	Про погодження методичних вказівок із визначення хімічних речовин
5.	06.03.2013 р.	Про погодження методики виконання вимірювання хімічних речовин у повітрі робочої зони
6.	06.03.2013 р.	Про погодження методики виконання вимірювань хімічних речовин у воді
7.	06.03.2013 р.	Про погодження методики виконання вимірювання хімічних речовин у ґрунті
8.	21.03.2013 р.	Про визнання такою, що втратила чинність, постанову Головного державного санітарного лікаря України від 24.09.2012 р. № 28 «Про посилення контролю за алкогольною продукцією чеського виробництва»
9.	15.04.2013 р.	Про затвердження значень гігієнічних нормативів хімічних речовин в атмосферному повітря населених місць
10.	17.04.2013 р.	Про затвердження значень гігієнічних нормативів і регламентів безпечного використання хімічних речовин
11.	17.04.2013 р.	Про санітарне та епідемічне забезпечення оздоровлення та відпочинку дітей у 2013 р.
12.	17.06.2013 р.	Про затвердження значень гігієнічних нормативів і регламентів безпечного використання хімічних речовин
13.	17.06.2013 р.	Про погодження методик виконання вимірювань хімічних речовин у повітрі робочої зони
14.	17.06.2013 р.	Про погодження методик виконання вимірювань хімічних речовин в атмосферному повітрі
15.	17.06.2013 р.	Про затвердження значень гігієнічних нормативів та регламентів застосування хімічних речовин у повітрі робочої зони
16.	30.07.2013 р.	Про проведення державної санітарно-епідеміологічної експертизи діючого об'єкту: полігон ТПВ № 5 ВАТ «Київспецтранс» у с. Підгірці Обухівського району Київської області
17.	05.08.2013 р.	Щодо забезпечення дотримання вимог санітарного законодавства в ході підготовки до нового 2013–2014 навчального року
18.	05.08.2013 р.	Про погодження методик виконання вимірювань речовин в повітрі робочої зони
19.	06.09.2013 р.	Про погодження методик прискореного визначення ентерококів та синьогнійної палички у воді
20.	16.09.2013 р.	Про забезпечення заходів щодо профілактики грипу та гострих респіраторних вірусних інфекцій в епідсезон 2013–2014 рр.
21.	10.10.2013 р.	Про призупинення дії висновку державної санітарно-епідеміологічної експертизи від 03.04.2013 р. № 05.03.02-03/22360

№ з/п	Дата	Назва постанови
22.	20.11.2013 р.	Про погодження методик виконання вимірювань концентрацій хімічних речовин у повітрі робочої зони
23.	20.11.2013 р.	Про погодження методик виконання вимірювань хімічних речовин в атмосферному повітрі
24.	20.11.2013 р.	Про проведення повторної Державної санітарно-епідеміологічної експертизи
25.	26.11.2013 р.	Про затвердження значень гігієнічних нормативів і регламентів безпечного використання хімічних речовин
26.	18.12.2013 р.	Про затвердження значень гігієнічних нормативів і регламентів безпечного використання хімічних речовин
27.	30.12.2013 р.	Про реалізацію статей 6, 44 та 46 Закону України «Про безпечність та якість харчових продуктів»

Тексти зазначених нормативно-правових актів та постанов розміщені на офіційному сайті Держсанепідслужби України, надруковані в журналі «Санітарний лікар України».

### ***Кадрове та правове забезпечення діяльності Держсанепідслужби***

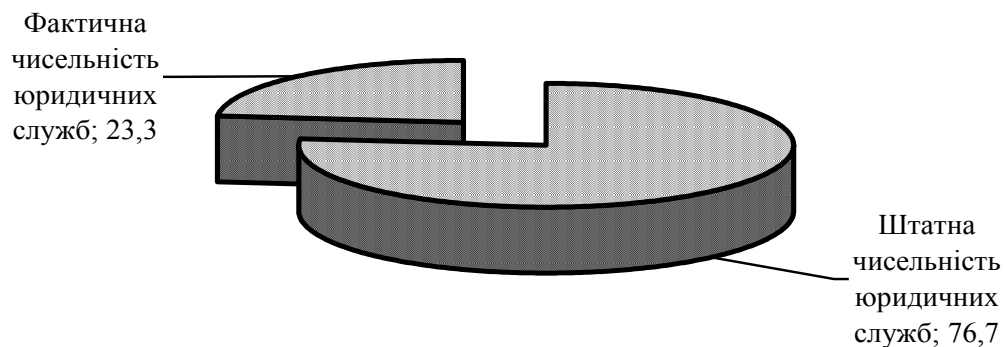
Формування структури та чисельності Держсанепідслужби здійснювалося у рамках виконання Національного плану дій щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010–2014 роки.

Сформовано центральний апарат. Продовжується заповнення вакантних посад до затвердженої граничної чисельності – 70 осіб.

Утворено територіальні органи – 30 Головних управлінь Держсанепідслужби в АР Крим, областях і видах транспорту з чисельністю 7500 осіб, у т.ч. 2500 держслужбовців.

З метою проведення лабораторних досліджень, необхідних для діяльності служби, утворено систему державних установ – лабораторних центрів Держсанепідслужби. Гранична чисельність працівників – 22 098 осіб.

Слід зауважити, що станом на початок 2014 р. виявлено сталу тенденцію недоукомплектування територіальних органів Держсанепідслужби України державними службовцями та персоналом, зокрема, недоукомплектування: державними службовцями – на 25,12%, лікарями гігієністами та епідеміологами – на 36,96%, помічниками лікарів – на 3,21%, іншими фахівцями – на 20,05%, зокрема, штатна чисельність юридичних служб у регіонах – 142 особи, фактично зайнято 109, що становило 76,7% (рис. 4.1).



**Рис. 4.1. Чисельність юридичних служб (%)**

Викликає занепокоєння питання щодо працевлаштування випускників вищих навчальних закладів IV рівня акредитації за спеціальністю «Медико-профілактична справа».

Станом на 10.01.2014 р. не працевлаштовані 9 випускників цільового набору у Вінницькій області (з 10 осіб), 10 випускників у Чернігівській області (з 12 осіб), 4 випускники в Рівненській області (з 6 осіб).

### ***Здійснення державного санітарно-епідеміологічного нагляду за дотриманням вимог санітарного законодавства та соціально-гігієнічного моніторингу***

#### *Захворюваність населення (за даними соціально-гігієнічного моніторингу)*

Держсанепідслужба постійно проводить державний соціально-гігієнічний моніторинг за показниками захворюваності, у т.ч. інфекційної, станом довкілля та об'єктів підвищеного епідризику, які реєструються згідно з державними статистичними формами № 1–2, 18, галузевою статистичною формою № 40-здоров, чинним наказом МОЗ від 23.05.2002 р. № 190 «Про позачергові подання повідомлень Міністерству охорони здоров'я України», проводить оцінку можливого ризику і прогнозування санітарно-епідемічної ситуації для прийняття управлінських рішень і контролю за їх виконанням.

В Україні офіційно реєструється 55 нозологічних форм інфекційних хвороб, щорічно на них по медичну допомогу звертаються 8–10 млн осіб.

Переважно це обумовлюється зростанням соціальних захворювань унаслідок значних соціально-економічних проблем, недостатнього бюджетного фінансування галузі охорони здоров'я.

В умовах зростаючого антропогенного впливу на навколишнє середовище, збільшення резистентності збудників інфекційних хвороб до лікарських препаратів і дезінфекційних засобів, різноманітності природних зон і біоценозів території України, що створюють сприятливі умови для довготривалого існування природно-вогнищевих інфекцій, таких як туляремія, лептоспіроз, лістеріоз, гарячка КУ, кліщовий енцефаліт, виявлення нових нозологічних форм, що раніше не зустрічались на території країни, – вірусні геморагічні гарячки Кримська, Західного Нілу, Каліфорнійський енцефаліт, підвищення міграції населення, зростання міжнародної торгівлі продуктами харчування, а також стихійних лих і катастроф, з'явилися об'єктивні передумови для швидких змін епідемічної ситуації на окремих територіях.

Погіршення соціальної, економічної та екологічної ситуації позначається на рівні медичної допомоги населенню, стані імунoproфілактики, у т.ч. на рівні інфекційної захворюваності.

Завдяки виваженій науково-обґрунтованій системі організації державного санітарно-епідеміологічного нагляду, унікальній фаховій підготовці санітарних лікарів, епідеміологів, бактеріологів в Україні вдається утримувати епідемічну ситуацію на відносно стабільному рівні.

Серед усіх інфекційних хвороб, що реєструються в країні, найбільше на стан здоров'я населення впливають: грип та інші інфекційні хвороби дихальних шляхів, а також вірусний гепатит, гострі кишкові захворювання, туберкульоз, ВІЛ/СНІД, інфекції, керовані засобами специфічної профілактики.

Захворюваність на інфекційні хвороби за 11 міс. 2013 р. в цілому зросла на 7,33%, у т.ч. серед дітей до 17 років – на 7,89%. Зареєстровано 7149 454 випадки інфекційних

хвороб (15 729,24 на 100 тис. населення), у т.ч. 4648 369 серед дітей (58 311,34 на 100 тис. дитячого населення).

Збільшилась захворюваність на черевний тиф, паратифи, інші сальмонельозні інфекції, гострі кишкові інфекційні хвороби зі встановленими і невстановленими збудниками, дифтерію, менінгококову інфекцію, вірусний менінгіт, вірусні гострі гепатити А, С, вірусні хронічні гепатити В, С.

У 2013 р. найбільше зріс рівень захворюваності (у 2,1 разу) на гострий вірусний гепатит А, вірусний менінгіт – 24,2%, гострий вірусний гепатит С – 5,7%, гострі кишкові інфекції не встановленої етіології – 10,3%, а також гострі кишкові інфекції встановленої етіології – 4,9%.

Щорічно в Україні реєструються спалахи захворювань на кишкові інфекції (рис. 4.2).



Рис. 4.2.

У 2013 р. зареєстровано 48 спалахів інфекційних хвороб, під час яких постраждало 822 особи, у т.ч. 243 (29,6%) діти. У 2012 р. на території України зареєстровано 34 спалахи гострих кишкових інфекційних хвороб, під час яких постраждало 673 особи, у т.ч. 346 (51,4%) дітей (рис. 4.3).

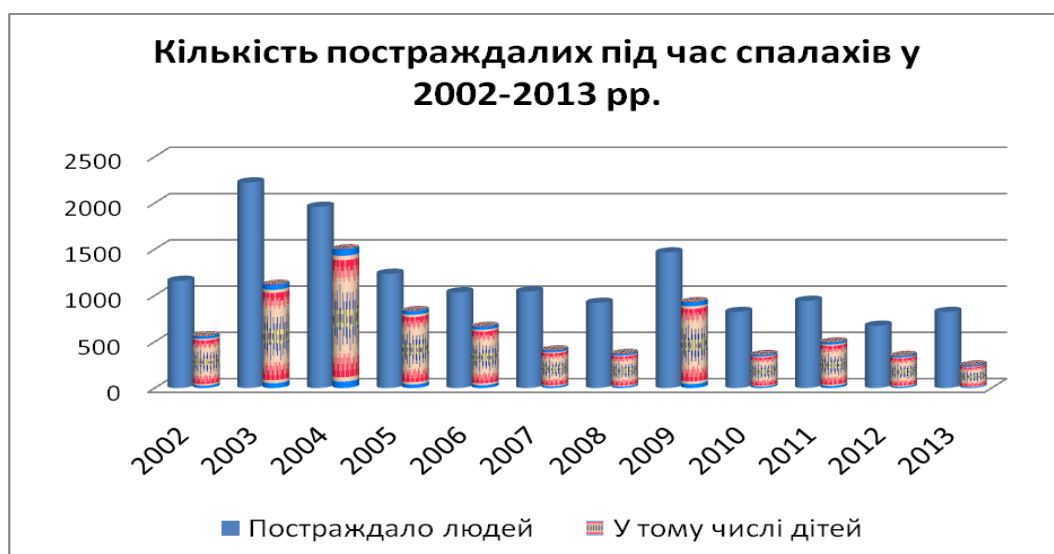


Рис. 4.3.

За етіологічним фактором у 2013 р. 27 (56,3%) спалахів викликані сальмонелами, 6 (12,5%) – ротавірусами, 12 (38,2%) – іншими збудниками.

Результати епідеміологічного аналізу свідчать, що кількість спалахів в організованих дитячих колективах та побуті є сталою протягом останніх років, однак майже у 2,5 разу збільшилась кількість спалахів, пов'язаних із реалізацією харчових продуктів у закладах ресторанного господарства (громадського харчування). Основними причинами спалахів порушення правил особистої гігієни, порушення технології приготування їжі, зберігання харчових продуктів без належного температурного режиму, вживання неякісних продуктів харчування.

Гострі кишкові інфекції наносять значні економічні збитки, пов'язані з лікуванням хворих, їх реабілітацією, тимчасовою втратою працездатності, витратами на проведення профілактичних та протиепідемічних заходів.

Спалахи зареєстровані на 19 адміністративних територіях: м. Київ – 8, Миколаївська – 5, Волинська, Львівська, Черкаська – по 4, Житомирська, Чернівецька – по 3, Івано-Франківська, Київська, Хмельницька, Херсонська, Одеська (м. Іллічівськ) – по 2, Донецька, Дніпропетровська, Луганська, Полтавська, Рівненська та Сумська області – по 1 спалаху.

За останні роки захворюваність населення на гострі кишкові інфекції, особливо серед дітей, є найбільш поширеною. Зростає кількість випадків гострих кишкових інфекцій з не встановленим збудником, джерелом інфікування та факторами передачі інфекції. За 11 місяців показник захворюваності зріс на 10,3%. Вищий за середній (77,62 на 100 тис. нас.) по Україні зареєстровано показник захворюваності у м. Севастополі – 170,0, Миколаївській області – 231,5, Одеській – 322,5, Запорізькій – 138,8, Івано-Франківській – 105,7.

Рівень захворюваності на ентерити, коліти, гастроентерити, харчові токсикоінфекції, спричинені встановленими збудниками, становить 116,66 на 100 тис. населення. Неблагополучна епідемічна ситуація спостерігається на більшості адміністративних територіях. Стабільно високі рівні захворюваності на ротавірусний ентерит виявлені в АР Крим – 46,2, Запорізькій – 116,5, Дніпропетровській – 32,9, Одеській – 34,6, Херсонській областях – 36,3 при середньому по Україні – 23,09 на 100 тис. населення.

Щороку в Україні реєструються високі рівні захворюваності на інші сальмонельозні інфекції, у т.ч. серед дітей – в АР Крим, Харківській, Миколаївській, Хмельницькій, Черкаській областях, містах Києві та Севастополі. Показник захворюваності зріс на 7,8% та становить у цілому 21,1 на 100 тис. населення.

За останні два роки значно поширилися шигельози (4,9 на 100 тис. нас.), особливо серед дітей. Вищі рівні захворюваності у АР Крим – 12,1 на 100 тис. нас., Миколаївській області – 10,8 на 100 тис. нас., Одеській – 25,8 на 100 тис. нас., Харківській – 18,0 на 100 тис. нас., Закарпатській – 8,5 на 100 тис. населення.

З метою своєчасного розслідування причин виникнення спалахів, адекватної профілактики та лікування осіб, що постраждали, лабораторні підрозділи санепідзакладів щорічно проводять понад 700 тис. досліджень проб харчових продуктів, питної води, об'єктів довкілля за мікробіологічними показниками.

Залишається проблемним питання попередження виникнення інфекційних та неінфекційних захворювань, пов'язаних із харчовим фактором передачі. Різке погіршення екологічної ситуації практично в усіх регіонах світу, пов'язане з антропогенною діяльністю людини, впливає на якісний склад їжі.

Харчовий ланцюг охоплює всі етапи сільськогосподарського і промислового виробництва продовольчої сировини і харчових продуктів, а також їх зберігання, пакування і маркування. У зв'язку з цим гарантування безпеки і якості харчових продуктів є одним з основних завдань сучасного суспільства, від вирішення якого залежить здоров'я населення і збереження його генофонду.

Тому й особливе занепокоєння викликає ситуація щодо забезпечення державного контролю та нагляду за харчовими продуктами і харчуванням взагалі.

Сьогодні існують протиріччя в законодавчих та підзаконних нормативно-правових актах, які регулюють перерозподіл контрольних функцій у цій сфері. Згідно з «Положенням про Державну ветеринарну та фітосанітарну службу України» (Указ Президента України від 13.04.2011 р. № 464) та «Положенням про Державну санітарно-епідеміологічну службу України» (Указ Президента України від 06.04.2011 р. № 400) функції державного ветеринарно-санітарного контролю за безпечністю та якістю всіх харчових продуктів покладені на Держветфітослужбу.

Водночас, чинним залишається Закон України «Про якість та безпечність харчових продуктів», який відносить ці функції до повноважень Держсанепідслужби.

Таким чином, правова колізія між законодавчими та підзаконними нормативно-правовими актами ускладнює контроль за об'єктами харчової промисловості, громадського харчування і торгівлі харчовою продукцією, які є потенційними джерелами поширення інфекційних захворювань.

Можливе повне усунення Держсанепідслужби від контролю за харчуванням може привести до ускладнення епідемічної ситуації в країні.

У 2013 р., як і у 2012 р., Україна значилась у списку неблагополучних країн щодо загрози виникнення спалаху поліомієліту. Громадська недовіра до щеплень і недостатнє забезпечення вакцинами в кінцевому результаті створили небезпечну ситуацію щодо захисту дітей від поліомієліту, знизивши рівень охоплення щепленнями до критичного. Розуміючи, які можуть бути наслідки та загрози для здоров'я передусім дитячого населення, наша установа, в рамках виконання міжнародної програми глобальної ліквідації поліомієліту, посилила контроль та підвищила вимоги до епідеміологічного нагляду за гострими в'ялими паралічами/поліомієлітом. Незважаючи на кадрові та організаційні зміни, в цілому ми втримали ситуацію під контролем. Міжнародні експерти ВООЗ, які працювали в Україні з використанням стандартного протоколу, високо оцінили систему епідеміологічного нагляду за ГВП/поліомієлітом та визнали її спроможність виявляти дикі або вакциноспоріднені поліовіруси у випадках завезення та запобігати їх поширенню. Аналогічну оцінку представив експерт ВООЗ у 2012 році.

Сьогодні продовжується відповідна робота в цьому напрямку. У зв'язку з неблагополучною епідемічною ситуацією у світі щодо поліомієліту, з метою раннього виявлення та попередження поширення, запроваджується додатковий епідеміологічний нагляд за ентеровірусною інфекцією. Усі регіони України здійснюють моніторинг за циркуляцією ентеровірусів у зовнішньому середовищі, серед хворих осіб і здорових дітей. Аналіз результатів цієї роботи за останні місяці 2013 р. свідчить про нестійку епідемічну ситуацію щодо захворюваності на ентеровірусну інфекцію, яка потребує проведення відповідних профілактичних заходів. Зважаючи на те, що фактори передачі ентеровірусної інфекції здебільшого мають фекально-оральний механізм реалізації, характерний для

гострих кишкових інфекцій, успіх подолання проблеми залежить від багатьох чинників: соціальних і природних факторів, життєвого рівня, гігієнічної поведінки населення тощо.

За результатами внутрішньотипової диференціації, проведеної в референс-лабораторії ВООЗ із діагностики поліомієліту (м. Москва), всі виділені в Україні штами поліовірусів віднесено до вакцинних. Таким чином, циркуляції «диких» штамів збудника поліомієліту в Україні не виявлено.

З метою поліпшення рівня знань фахівців Держсанепідслужби та медичних працівників із питань діагностики ентеровірусних інфекцій серед людей та в об'єктах довілля проводяться спільні заняття та семінари.

Актуальною залишається проблема захворюваності на кір. Так, тільки в Рівненській області протягом року зареєстровано три спалахи в організованих колективах, причинами яких стала велика кількість відмов від проведення профілактичних щеплень і недостатня кількість вакцини.

Одним із найважливіших заходів у попередженні інфекційних захворювань, керованих засобами специфічної імунопрофілактики, є профілактичні щеплення.

Для подальшого забезпечення та підтримання епідемічного благополуччя в країні щодо інфекцій, керованих засобами специфічної імунопрофілактики, необхідно забезпечити достатній обсяг охоплення профілактичними щепленнями, рекомендований ВООЗ і закладений у Загальнодержавній програмі з імунопрофілактики на рівні не менше 95,0%. Це можливо лише за умови повного забезпечення потреб закладів охорони здоров'я в імунобіологічних препаратах для вакцинації та безперебійного і ритмічного їх постачання в регіони.

Проте за 11 місяців 2013 р. виконання плану профілактичних щеплень серед дітей першого року життя було недостатнім, а саме: відсоток охоплення профілактичними щепленнями у вказаній віковій групі становив проти туберкульозу 79,5%, проти поліомієліту – 62,0%, проти дифтерії – 59,9%, Ніб-інфекції – 38,8%, кору, епідемічного паротиту та краснухи – 39,0%, гепатиту В – 24,1% (рис. 4.4).

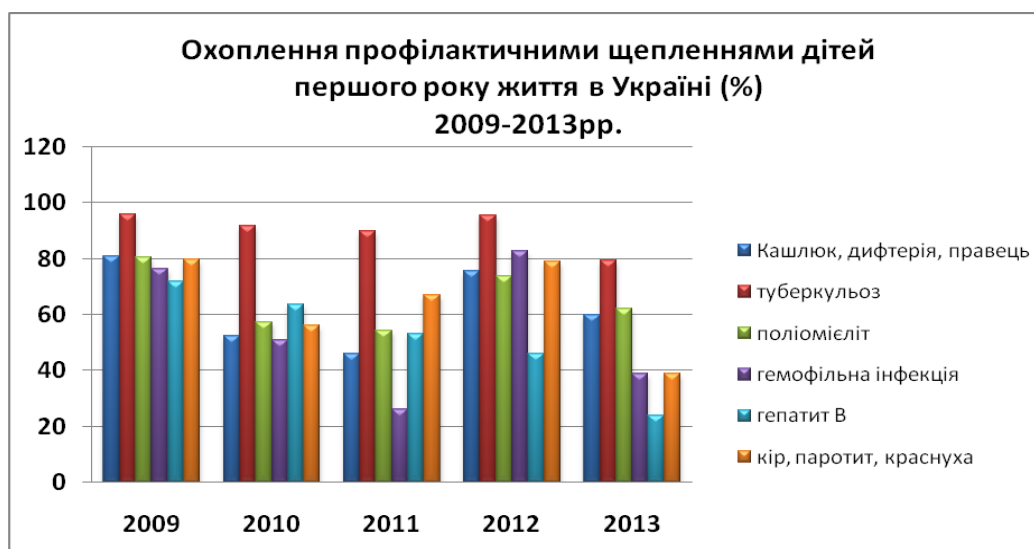


Рис. 4.4.

За останні роки зріс рівень захворюваності на «керовані» інфекції, епідемічний процес яких ще на кінець 2010 р. перебував у стані спаду, що було запорукою ефективної роботи з

імунопрофілактики у минулі роки, коли завдяки високим показникам охоплення населення щепленнями: 97,0–99,0% було досягнуто достатньо напружений рівень популяційного імунітету, що дало змогу протягом певного часу стримати поширення інфекційних хвороб, керованих засобами специфічної профілактики.

Останніми роками рівень захворюваності на краснуху, епідемічний паротит, а також кашлюк набули нестабільного некерованого характеру, про що засвідчило чергування періодів підйому і спаду захворюваності, зменшення міжепідемічних проміжків часу. Слід звернути увагу, що на фоні нестабільності та наростання епідемічного процесу з коклюшу та правцю знизилася захворюваність на дифтерію. Зменшилися обсяги виявлення бактеріоносіїв, як токсигенних, так і нетоксигенних штамів дифтерії.

Високий рівень захворюваності спостерігався серед незахищених дорослих, в яких серйозною загрозою був тератогенний вплив, переривання вагітності, смерть плода, народження дітей з синдромом вродженої краснухи і та ін. Подолання саме цих ускладнень стало основою стратегії ВООЗ, покладеної у програму елімінації краснухи і попередження випадків вродженої краснушної інфекції в країнах Європейського регіону.

Пріоритетними сьогодні залишаються питання прийняття концепції щодо обліку, реєстрації та профілактики внутрішньолікарняних інфекцій, які не всі піддаються обліку та реєструються. Необхідно визначитися у переліку нозокоміальних інфекцій, підходах їх встановлення та статистичного обліку. Важливим концептуальним питанням є розподіл функцій між лікувально-профілактичними закладами та органами санепідслужби щодо нагляду за внутрішньолікарняними інфекціями та забезпеченням санітарно-епідемічного благополуччя в лікувально-профілактичних закладах. У 2013 р. зареєстровано спалах пухирчатки новонароджених у пологовому відділенні Сокирянської центральної районної лікарні Чернівецької області, в результаті якого захворіло 6 новонароджених (золотистий стафілокок).

З початку епідемічного сезону (з 01.10.2012 р. по 19.05.2013 р.) зареєстровано 6198 877 випадків захворювань на грип та ГРВІ серед населення України. Рівень захворюваності (13 594,6 на 100 тис. нас.) на 11,0% перевищив показники за аналогічний період минулого сезону (5584 518 випадків; 12 247,2 на 100 тис. нас.). Найвища захворюваність була у м. Києві, Київській та Дніпропетровській областях із перевищенням середнього показника по Україні на 56,9%;30,6% і 17,7% відповідно.

Питома вага дітей віком до 17 років хворих на грип та ГРВІ (4 061 551 випадку) – 65,5% від загальної кількості захворілих, за минулий епідсезон – 65,1%. У віковій структурі захворілих превалювала захворюваність дітей віком 5–14 років (46%), активне спілкування яких сприяє поширенню інфекції в дитячих колективах.

Усього по Україні госпіталізовано з діагнозом «грип та ГРВІ» 226 995 осіб (показник госпіталізації – 3,6%), із них 76,5% дітей віком до 17 років.

За даний епідсезон перехворіло 13,6% населення України, 51,0% дітей. Найвища захворюваність на грип та ГРВІ спостерігалася серед населення м. Києва та Київської області – близько 21,0%. Найменше ця патологія реєструвалась у Харківській області, де перехворіло 5,5% населення.

Захворюваність на грип та ГРВІ мала 2-хвильовий характер із максимальними підйомами на 48–49-му тижні 2012 р. та 11–12-му тижнях 2013 р. без перевищення епідемічних порогів. Лише в декількох регіонах (Кіровоградській, Луганській,



Миколаївській, Сумській та Херсонській областях) відмічалось незначне перевищення епідпорогів у межах 1,1–16,0%.

Домінуючим етіологічним фактором у першу хвилю захворюваності були РС-віруси та парагрипу, в другу хвилю – віруси грипу типу А та В.

Ситуація з грипу та ГРВІ в епідемічний сезон 2012–2013 рр. знаходилась на середньорічному рівні для відповідної пори року.

Фахівцями Держсанепідслужби регіонів контролювалося виконання постанови Головного державного санітарного лікаря України від 16.09.2013 р. № 20 «Про забезпечення заходів щодо профілактики грипу та гострих респіраторних вірусних інфекцій». З метою недопущення епідемічних ускладнень видано спільні накази головних управлінь охорони здоров'я обласних державних адміністрацій та обласних, районних, міських санітарно-епідеміологічних закладів щодо заходів із підготовки до роботи в епідемічний сезон із грипу та ГРВІ на 2013–2014 роки.

Рішеннями надзвичайних протиепідемічних комісій (надалі – НПК) при обласних, міських державних адміністраціях затверджено плани заходів щодо попередження виникнення епідемічних ускладнень із захворюваності на грип та ГРВІ в епідсезон 2013–2014 рр. На засіданнях НПК обласних, районних і міських держадміністрацій регіонів заслуховувались питання щодо стану захворюваності населення на грип та ГРВІ, а також виділення коштів на проведення вакцинації проти грипу. Проведено засідання колегій Держсанепідслужби в регіонах та адміністративних територіях регіонів.

Задіяно «Комплексний план підготовки до боротьби з грипом та захисту населення від пандемії грипу на 2010–2015 роки» в частині заходів, передбачених першим міжепідемічним періодом.

Головам районних, міських державних адміністрацій, керівникам підприємств, установ та організацій направлено прогнози епідемічної ситуації та рекомендації щодо недопущення епідемічних ускладнень.

В епідемічний сезон 2012–2013 рр. вакциновано проти грипу 230 981 особу, що на 57,35% менше, ніж минулого епідсезону. Незначна кількість проведених щеплень забезпечувала лише індивідуальний захист щеплених осіб, проте не забезпечувала загального імунного прошарку. Імунізація проти грипу проводилась переважно за рахунок коштів підприємств і місцевих бюджетів.

Аналіз щодо епідемічної ситуації з грипу та ГРВІ проводився щотижнево. Інформація подавалася до вільного доступу в Інтернет-мережі, а також розміщувалася на сайті Держсанепідслужби України.

У сезон 2012–2013рр. в Україні переважно циркулювали віруси грипу А (H1N1), а саме штаму А(California/7/2009) pdm09-подібний вірус, а також вірусів А(H3N2)/Victoria/361/2011 подібний вірус та В/Wisconsin/1/2010-like вірусу (Ямагата лінії).

Як і раніше, головною соціально-економічною проблемою, яка несе загрозу національній безпеці країни, залишається захворюваність населення на туберкульоз та ВІЛ інфекцію/СНІД.

За оперативними даними за січень-листопад 2013 р. зареєстровано 19 406 (42,7 на 100 тис. нас.) нових випадків захворювання на ВІЛ-інфекцію, у т.ч. 3553 дітей, та 9080 (20,0 на 100 тис. нас.) випадків на СНІД, у т.ч. в 62 дітей. Померла від СНІДУ 3151 особа, у т.ч. 9 дітей.

Порівняно з відповідним періодом 2012 р. захворюваність на ВІЛ-інфекцію та СНІД практично залишилася на тому ж рівні. Кількість нових випадків ВІЛ-інфекції становила 19 019, СНІДу – 9272.

За період січень-листопад 2013 р. питома вага шляхів інфікування ВІЛ-інфекцією була такою: статевий – 53,95%, парентеральний – 27,1%, діти, народжені ВІЛ-інфікованими матерями, – 18,2%, шлях інфікування не визначено – 0,75%.

У 2013 р. зареєстровано 2 випадки інфікування ВІЛ дітей при переливанні компонентів крові (Рівненська та Сумська області).

Найбільша кількість захворювань на ВІЛ-інфекцію та СНІД зареєстрована в Дніпропетровській (відповідно 3 152 та 1 900) і Донецькій областях (відповідно 3585 та 1897).

У 2013 р. рівень захворюваності на активний туберкульоз органів дихання був практично на рівні 2012 р. – знизився на 1,55% і становив 56,44 на 100 тис. нас. (25 653 випадків), проти 57,14 на 100 тис. нас. (26 057 вип.) у 2012 р. Зниження захворюваності зареєстровано у 16 областях і м. Севастополі, підвищився рівень у 9 областях і АР Крим, найбільш суттєво у Хмельницькій – на 23,02%, Волинській – на 16,54% областях і м. Києві – на 20,93%. Найвищий рівень захворюваності зафіксовано в Херсонській – 80,32%, Дніпропетровській – 77,81%, Одеській – 77,48%, Кіровоградській – 71,99%, Чернігівській областях – 65,0%, АР Крим – 64,88%.

Рівень захворюваності на підтверджений бактеріологічно та гістологічно туберкульоз перевищив рівень 2012 р. на 18,0% і становив 29,23 на 100 тис. нас. (13 287 випадків) проти 27,19 на 100 тис. нас. (12 397 випадків) у 2012 р. Найбільш високий рівень захворюваності зареєстровано в Чернігівській (44,91%), Кіровоградській (40,46%), Одеській (40,34%), Херсонській (39,0%), Миколаївській (35,41%) і Дніпропетровській областях (34,67%).

За період 1995–2013 рр. в Україні зафіксовано 193 випадки захворювань на туляремію, у т.ч. у 2013 р. 3 випадки, що на 50,0% менше, ніж у 2012 р. Поодинокі випадки захворювання зареєстровано серед населення, яке проживало на територіях із природними вогнищами туляремії переважно серед осіб, не щеплених проти цієї інфекції.

У зв'язку з відсутністю вітчизняного виробництва туляремійної вакцини, щеплення населення практично припинено, що приводить до зниження імунного прошарку і реально загрожує виникненню епідемічних ускладнень.

Виявлено 1 випадок захворювання на бруцельоз у Луганській області. (така ж захворюваність була і у 2012 р.).

Зареєстровано 1 випадок захворювання на хворобу Брілла, у Херсонській області (у 2012 р. випадки не реєструвалися).

За період 1995–2013 рр. в Україні зареєстровано 41 випадок захворювань на сказ, у т.ч. 3 випадки в 2013 р. (по 1 випадку в Донецькій, Київській та Харківській областях), у 2012 р. випадки не реєструвалися. Захворюваність у 2011 р. дорівнювала 0,013 (6 випадків), у 2010 р. – 0,007 (3 випадки) і у 2009 р. – 0,004 на 100 тис. нас. (1 випадок) при 0,004 на 100 тис. нас. (2 випадки) у 2008 р., 0,015 (7 випадків) у 2007 р.

Останніми роками залишається вкрай неблагополучною епізоотична ситуація щодо сказу. Основними резервуарами сказу в дикій природі є червоні лиси, в населених пунктах – коти та собаки. Ризик захворювання людей на сказ ускладнюється тим, що щорічно по

медичну допомогу у зв'язку з нападами тварин звертається значна кількість населення, з них понад 20 тис. щепляться проти сказу.

Зареєстровано 5 випадків вірусних геморагічних гарячок (0,011 на 100 тис. нас.) – 3 у Полтавській області, по 1 – у Закарпатській і Житомирській областях. У 2012 р. зафіксовано 33 випадки (0,072 на 100 тис. нас.), у т.ч. 4 випадки захворювань на гарячку Західного Нілу (0,002 на 100 тис. нас.), в Полтавській області – 3, у Житомирській – 1. У 2012 р. – 31 випадок (0,068 на 100 тис. нас.).

Виявлено 1 випадок захворювання на геморагічну гарячку з нирковим синдромом (0,002 на 100 тис. нас.) – у Закарпатській області. У 2012 р. – 2 випадки (0,004 на 100 тис. нас.).

Зафіксовано 1 випадок захворювання на Ку-гарячку (0,002 на 100 тис. нас.) – в Одеській області. У 2012 р. – 4 випадки (0,009 на 100 тис. нас.).

Встановлено 17 випадків захворювання на пляmistу (марсельську) гарячку (0,037 на 100 тис. нас.), у м. Севастополі – 5 (1,32 на 100 тис. нас.), в АР Крим – 12 (0,61 на 100 тис. нас.), у 2012 р. – 13 випадків (0,03 на 100 тис. нас.).

Захворюваність, як і раніше, реєструвалася лише в АР Крим та м. Севастополі. Останніми роками спостерігалася тенденція до зниження рівня захворюваності.

Зареєстровано 7 випадків захворювань на лістеріоз (0,015 на 100 тис. нас.), 3 випадки – у Харківській (0,11 на 100 тис. нас.), 2 – у Донецькій (0,05 на 100 тис. населення), по 1 випадку – в Закарпатській (0,08 на 100 тис. населення) та Івано-Франківській (0,07 на 100 тис. нас.) областях, у 2012 р. – 11 випадків (0,024 на 100 тис. нас.).

Залишається актуальною проблема боротьби із зооантропонозними, природновогнищевими інфекціями та їх профілактики.

Нестійка епідемічна ситуація відмічається з лептоспірозу, активізуються природні та антропоургічні вогнища. Зареєстровано 348 випадків захворювань на лептоспіроз (0,76 на 100 тис. нас.). У 2012 р. – 316 (0,69 на 100 тис. населення).

Основною з причин захворюваності на лептоспіроз є зменшення обсягів проведення дератизаційних заходів. Через недостатнє виділення коштів практично призупинено проведення весняної та осінньої суцільної дератизації на всій території України.

У 2013 р. рівень захворюваності на хворобу Лайма становив 3,99 на 100 тис. нас. (1 814 випадків) і перевищив рівень 2012 р. на 15,91% (1 565 випадків (3,43 на 100 тис. нас.).

Епідемічна та епізоотична ситуація з сибірки останніми роками є нестійкою.

Прогноз щодо сибірки в Україні несприятливий. На території країни налічується 13,5 тис. стаціонарно-неблагополучних пунктів, їх існування створює потенційну загрозу епізоотичних та епідемічних ускладнень.

Рівень захворюваності на рикетсіози по країні у 2013 р. збільшився на 3 випадки порівняно з 2012 р. та становив 0,04 на 100 тис. населення.

Щорічно виявляється 33 нозології паразитозів і реєструється до 250 тис. нових випадків, що не відображає істинної інвазованості та сприяє появі можливих спалахів. А це потребує посилення санепіднагляду за водними, харчовими, комунальними об'єктами.

Останнім часом особливу увагу привертають трансмісивні паразитарні хвороби: малярія, дирофіляріоз, лейшманіоз.

Глобальною проблемою у світі, як і в попередні роки, залишаються кишкові паразитози – гельмінтози та протозоози. На думку експертів ВООЗ, причини значної

поширеності ентеропаразитозів полягають у тому, що 25% населення світу не має доступу до якісної епідемічно-безпечної питної води, а 66% позбавлені нормальних санітарно-гігієнічних зручностей.

Враховуючи те, що «дегельмінтизація» робить вагомий внесок у поліпшення здоров'я населення, ВООЗ закликала всі країни, які реєструють геогельмінтози, знизити рівень ураженості населення аскаридозом у найближчі 10 років на 80%. При ураженості населення геогельмінтозами понад 15% слід проводити тотальне його лікування без попередніх лабораторних досліджень протягом 3–5 років, із подальшим контролем ефективності заходів, що з 1992 р. майже не проводиться в країні через брак державних коштів.

ВООЗ проголосила боротьбу з малярією своїм пріоритетним завданням. Із 1998 р. успішно функціонує проект кабінету ВООЗ «Обратить малярию вспять». У рамках цього проекту об'єднані зусилля ендемічних із малярії країн, низки організацій системи ООН, агентств із міжнародного співробітництва багатьох країн, Всесвітнього і Регіональних банків реконструкції та розвитку, неурядових організацій і приватного сектору. Стратегія проекту ВООЗ «Обратить малярию вспять» базується на сучасних наукових досягненнях багатьох країн, що реалізуються на території ендемічних із малярії країн.

Крім країн, охоплених епідемією малярії, високий ризик повернення малярії існує в інших країнах Центральної Азії, Закавказзя, Чорноморських і Середземноморських держав, що входять в Європейський регіон ВООЗ.

Регіональне бюро при підтримці штаб-квартири ВООЗ планує здійснити швидкий перехід від стадії надання екстреної допомоги і гуманітарної підтримки країн, охоплених епідемією, у фазу довгострокової постійної стратегії попередження повернення і прискорення малярії на звільнених від неї територіях.

Ситуація з малярії в Україні у 2009–2013 рр. дещо змінилася в бік зростання захворювань, проте у 2013 р. зареєстровано їх збільшення на 14 випадків порівняно з минулим роком. Завіз малярії в нашу країну відбувається щорічно і знаходиться на рівні 0,07–0,16 на 100 тис. нас. Групами ризику є пілоти, моряки, військовослужбовці, трудові мігранти, біженці, нелегали, туристи, які повертаються в Україну з країн ендемічних із малярії. Завіз малярії супроводжується епідеміологічними і клінічними наслідками.

У 2013 р. в Україну завезено 80 випадків малярії на 22 адміністративні території країни (в т.ч. 4 летальні випадки від тропічної малярії) проти 65 випадків у 2012 р. Найбільше випадків зареєстровано в м. Києві, АР Крим, Харківській, Житомирській, Запорізькій областях та ГУ ДСЕС на водному транспорті. Завіз малярії супроводжувався епідеміологічними і клінічними наслідками: летальність від тропічної малярії останніми роками зросла у 3,8 разу, що пов'язано з пізнім зверненням хворих по медичну допомогу і неналежним рівнем діагностики малярії та її лікуванням. Епідемічним наслідком завозу малярії є поява трьох місцевих (вторинних від завізних) випадків малярії – вівакс, які не реєструвалися в країні з 1990 р., а також збільшення числа міхт-малярії – на 13,1%, рецидивів – у 1,9 разу, 1 випадку «шприцевої» малярії, у м. Севастополі – у 2011 р. У 2012 р. в Україні зареєстровано 57 випадків (0,13 на 100 тис. нас.), 2011 р. – 71 випадок (0,16 на 100 тис. нас.), 2010 р. – 51 випадок (0,11 на 100 тис. нас.).

Проблемою є зростання дирофіляріозу місцевого характеру серед населення країни (майже в усіх регіонах країни). У 2013 р. в Україні зареєстровано 214 випадків дирофіляріозу. З 1997 р. захворюваність людей на дирофіляріоз зросла у 59 разів. Це

потребує сумісних зусиль зацікавлених міністерств, відомств, передусім ветслужби в боротьбі та профілактиці цієї інвазії.

Викликає занепокоєння щодо паразитарних хвороб в Україні відсутність вітчизняних протималярійних, імунодіagnostичних препаратів і дезінсектантів, незадовільне забезпечення країни протипаразитарними імпорнтними препаратами, а також сприятливі клімато-географічні, екологічні, біологічні умови для циркуляції збудників паразитозів на території України, припинення масової дегельмінтизації населення з 1992 року.

Таким чином, для успішного вирішення проблеми комплексної охорони і оздоровлення навколишнього середовища від збудників паразитозів, підвищення ефективності заходів щодо профілактики паразитарних хвороб і боротьби з ними, передусім у частині швидкого реагування на появу «нових» особливо небезпечних паразитозів, необхідно й надалі проводити динамічний паразитологічний моніторинг за епідемічно важливими об'єктами довкілля.

Враховуючи те, що у світі зберігається неблагополучна епідемічна ситуація з цілого ряду особливо небезпечних хвороб, таких як холера, чума, контагіозні вірусні геморагічні лихоманки, малярія, грип, викликаний новими підтипами вірусу, тощо, а також у зв'язку зі значними міграційними процесами серед населення і збільшенням вантажопотоків товарів, харчових продуктів, тварин існує загроза завозу й поширення вищезазначених захворювань на території країни.

### ***Санітарна охорона території України***

Держсанепідслужба України, відповідно до Положення, затвердженого Указом Президента України від 06.04.2011 р. № 400, здійснює необхідні санітарні заходи щодо охорони території України від занесення та поширення особливо небезпечних (у т.ч. карантинних) і небезпечних інфекційних хвороб, державний санітарно-епідеміологічний нагляд і контроль у пунктах пропуску через державний кордон.

У 2013 р. у пунктах пропуску через державний кордон країни функціонувало 96 санітарно-карантинних підрозділів, з них 68 санітарно-карантинних пунктів (СКП) і 28 санітарно-карантинних відділів (СКВ), у т.ч. у міжнародних аеропортах – 16, у міжнародних морських, річкових портах та на поромних переправах – 29, на міжнародних автомобільних шляхах – 22, на міжнародних залізницях – 29.

Аналіз роботи вказаних підрозділів показав, що порівняно з 2012 р. обсяг медико-санітарних заходів, проведений санітарно-карантинними підрозділами у 2013 р. в пунктах пропуску через державний кордон країни збільшився.

За оперативними даними, кількість транспортних засобів, що прибули з неблагополучних щодо особливо небезпечних інфекцій країн, становила 44 959 одиниць, із них неблагополучних по: чумі – 19 200, холері – 3 178, жовтій гарячці – 173, контагіозних вірусних геморагічних гарячках – 728, малярії – 14 778, інших особливо-небезпечних інфекціях – 6 902. Виявлено 366 осіб із підозрою на інфекційні захворювання, але хвороб, які мають міжнародне значення, зареєстровано не було.

Проте сьогодні питання функціонування санітарно-карантинних підрозділів, які проводять медичний (санітарний) огляд пасажирів, транспортних засобів, багажу, вантажів, не вирішено. При проведенні реорганізації Держсанепідслужби чітко не визначено питання санітарної охорони території України, не передбачено штатний розпис СКП/СКВ у

відповідних наказах МОЗ України «Про затвердження примірних штатних нормативів головних територіальних управлінь та лабораторних центрів Державної санітарно-епідеміологічної служби України». Частково ці функції покладено на фахівців територіальних управлінь Держсанепідслужби України. У деяких регіонах призупинено функціонування окремих санітарно-карантинних підрозділів. Зазначене приводить до того, що Правила санітарної охорони території України виконуються не в повному обсязі.

На сьогодні питання впорядкування роботи щодо санітарної охорони території країни потребує нагального вирішення.

З метою відпрацювання алгоритму дій при виникненні надзвичайних ситуацій санітарно-епідеміологічного характеру, які мають міжнародне значення, в рамках Угоди про співробітництво в галузі санітарної охорони території держав-учасниць Співдружності Незалежних Держав (Мінськ, 31 травня 2001 р.), відповідно до наказу Держсанепідслужби України від 23.09.2013 р. № 171 «Про проведення тактико-спеціального міжвідомчого навчання в пункті пропуску – морському порту Одеса, Іллічівськ» 16–18 жовтня 2013 р. проведено тактико-спеціальне міжвідомче навчання, а також круглий стіл щодо підведення підсумків навчання, обговорення питань організації санітарної охорони території країн-учасників.

За результатами зазначеного заходу на практиці відпрацьовано алгоритм дій при виникненні надзвичайних ситуацій санітарно-епідеміологічного характеру, що мають міжнародне значення, начальникам Головних управлінь Держсанепідслужби на водному, повітряному та залізничному транспорті доручено підготувати обґрунтовані пропозиції до проектів змін чинних нормативно-правових документів, які регулюють питання санітарної охорони території.

#### *Характеристики виконаних у 2013 р. профілактичних заходів із запобігання виникненню надзвичайних ситуацій*

Головним державним санітарним лікарем України видано постанову головного державного санітарного лікаря України від 05.02.2013 р. № 3 «Про попередження епідемічних ускладнень внаслідок надзвичайних ситуацій викликаних повеннями», якою передбачено конкретні заходи для Держсанепідслужби та надано рекомендації органам виконавчої влади, місцевого самоврядування щодо попередження гострих кишкових інфекційних хвороб серед населення, пов'язаних із водним фактором, передачі збудника інфекції.

Держсанепідслужбою посилено державний санітарно-епідеміологічний нагляд на територіях населених пунктів, які можуть бути підтоплені або затоплені внаслідок повені та паводків, особливо за об'єктами підвищеного епідемічного ризику.

В областях розроблено місцеві «Плани дій...», карти-схеми зон можливого виникнення надзвичайних ситуацій, пов'язаних із паводком і несприятливими погодними умовами, визначено населені пункти з джерелами централізованого та децентралізованого водопостачання, очисними спорудами каналізації, яким загрожує підтоплення, визначено сили і засоби реагування для оперативного проведення протиепідемічних заходів.

Держсанепідслужбою областей проведено моніторинг за санітарною та епідемічною ситуаціями, станом довкілля та об'єктів підвищеного епідризику, а також оцінку та прогнозування санітарно-епідемічної ситуації. Лабораторними центрами Держсанепідслужби

в АР Крим, областях, м. Києва та Севастополя згідно зі складеними графіками проведено лабораторний контроль за якістю питної води в місцях водозаборів, на водопровідних спорудах і мережах централізованого господарсько-питного водопостачання зі вживанням відповідних заходів у разі виявлення порушень.

Адміністративні території забезпечено дезінфекційними засобами, закупленими централізовано за кошти резервного фонду державного бюджету відповідно до наказу МОЗ України від 05.05.2010 р. № 381 з метою раціонального використання.

Через засоби масової інформації проведено санітарно-освітню та роз'яснювальну роботу серед населення з питань профілактики гострих кишкових інфекційних хвороб, харчових отруєнь, необхідності дотримання правил особистої гігієни в надзвичайних умовах перебування.

Не виявлено ускладнень санітарно-гігієнічної та епідемічної ситуацій на території України у зв'язку з підтопленнями територій та несприятливими погодними умовами.

#### *Діяльність Держсанепідслужби з проведення інших заходів державного санітарно-епідеміологічного нагляду*

За оперативною інформацією, у 2013 р. територіальними органами Держсанепідслужби України здійснено 33 628 планових і 82 967 позапланових перевірок суб'єктів господарювання, із них: фізичних осіб підприємців, які не зареєстровані платниками податку на додану вартість, 3 125 високого, 2 354 середнього та 14 157 незначного ступенів ризику (з урахуванням вимог Закону України від 23.02.2012 р. № 4448), а також юридичних осіб, які застосовують спрощену систему оподаткування, обліку та звітності, що передбачає включення податку на додану вартість до складу єдиного податку, 5 165 високого, 4 199 середнього та 9 051 незначного ступенів ризику.

За 11 місяців 2013 р. проведено 131 069 перевірок об'єктів держсанепіднагляду, у т.ч. за зверненнями фізичних та юридичних осіб – 49 008, за дорученням правоохоронних органів – 547, за дорученням органів прокуратури, за зверненням інших державних органів – 10 435 тощо.

За результатами проведеної роботи за порушення вимог санітарного законодавства накладено 4 368 штрафних і фінансових санкцій на суму 801 963 грн, до адміністративної відповідальності притягнуто 30 439 осіб, призупинено (припинено) діяльність 2 879 об'єктів, видано 210 розпоряджень і приписів про усунення порушень ліцензійних умов.

Держсанепідслужбою країни проведено постійний лабораторний контроль за якістю питної води у місцях водозаборів, на водопровідних спорудах і мережах централізованого господарсько-питного водопостачання з вживанням відповідних заходів у разі встановлення порушень. Під наглядом Держсанепідслужби близько 17 522 джерела централізованого водопостачання, у т.ч. водопроводів та інших водопровідних споруд, з них не відповідали нормативам 634 (3,6%), проведено 1 157 обстежень водопровідних споруд.

За бактеріологічними показниками досліджено близько 13 947 проб питної води централізованого водопостачання, відхилення від санітарних норм встановлено у 303 (2,2%) пробах.

На відповідальних осіб об'єктів водопостачання накладено 287 штрафів; тимчасово припинено роботу 37 об'єктів водопостачання. У випадках встановлення порушень санітарного законодавства застосовано адекватні до ситуацій заходи адміністративного впливу.

Протягом оздоровчої кампанії відкрито майже 18 тис. (17 865) закладів оздоровлення та відпочинку для дітей, з них 830 (4,6%) закладів оздоровлення. Протягом оздоровчої кампанії посадовими особами територіальних органів Держсанепідслужби України взято участь у проведенні близько 24,8 тис. перевірок дотримання вимог санітарного законодавства у закладах оздоровлення та відпочинку дітей, у т.ч. 76% (19 тис.) комплексних, порушення вимог санітарного законодавства встановлено у 12% (2968) закладах, найбільшу кількість порушень виявлено у Херсонській – 35%, Харківській – 25% і Житомирській – 29,4% областях.

За порушення вимог санітарного законодавства до адміністративної відповідальності притягнуто 2 907 відповідальних осіб.

Винесено 97 постанов головних державних санітарних лікарів про припинення експлуатації закладів оздоровлення. З них закрито 1 заклад в АР Крим. Надано понад 3,2 тис. приписів (розпоряджень).

Винесено 25 постанов про обмеження асортименту та 95 – про заборону реалізації неякісної продукції, накладено 74 фінансові санкції.

Відсторонено від роботи 729 працівників.

До прокуратури передано 3 справи (АР Крим – 2, Львівська область – 1), про порушення вимог санітарного законодавства направлено 109 листів до територіальних органів прокуратури.

Протягом оздоровчої кампанії під час перевірок закладів оздоровлення посадові особи Держсанепідслужби вимагали від їх власників виконання у повному обсязі заходів щодо забезпечення гігієнічних умов оздоровлення та відпочинку дітей.

Як і в минулі роки, у 2013 р. існували проблеми в питаннях створення елементарних умов перебування в закладах дітей, а саме: водопостачання і каналізування.

Так, у 2013 р. працювало на привізній воді – 339 (2012 р. – 257) закладів (Запорізька область – 77, Миколаївська – 74, Одеська – 59).

Гарячим водопостачанням не забезпечені 1,6 тис. (9%) закладів, а не мали централізованого або локального каналізування (каналізовані на вигріб) 7,2 тис. (41%). Це переважно заклади відпочинку, відкриті на базі загальноосвітніх навчальних шкіл.

Зазначена ситуація підтверджена результатами моніторингу якості питної води, яка надходила до закладів оздоровлення та відпочинку для дітей. Питома вага проб із відхиленнями від гігієнічних нормативів за бактеріологічними показниками становила 4,0% (порівняно з 2012 р. – 3,1%), за санітарно-хімічними – 6,9% (2012 р. – 5,7%). Відхилення від гігієнічних нормативів проб води відкритих водойм за бактеріологічними показниками становили 2,2% (2012 р. – 2,6%).

Хоча порушення щодо проведення ефективності оздоровлення не були виявлені, однак відмічалась висока ефективність оздоровлення за результатами першої та другої зміни у закладах (АР Крим – 73–86%, Житомирська область – 85%), проте через скорочення тривалості змін (менше 21–24 днів) оздоровчі заклади для дітей перетворилися фактично в заклади відпочинку, в яких неможливо досягти оздоровчого ефекту.



Протягом оздоровчого сезону функціонувало лише 707 закладів із тривалістю зміни 21 доба і більше. У всіх інших (17,1 тис. закладів) тривалість змін дорівнювала 14–18 діб. Таким чином, повноцінно оздоровилися лише 406 тис. дітей.

Проблема забезпечення повноцінного харчування залишалася не вирішеною. Виконання норм харчування в середньому у закладах оздоровлення становило 98%. Найнижчий відсоток виконання норм харчування у закладах оздоровлення встановлено в Донецькій, Сумській, Харківській, Херсонській областях – по 90%. У закладах відпочинку в середньому по країні норми виконувались на 80%. Найнижчий відсоток виконання норм харчування у закладах відпочинку виявлено у Рівненській – 66%, Одеській – 70% областях, у м. Севастополі та Івано-Франківській області – по 75%.

Спостерігалися випадки порушення організації харчування щодо використання заборонених продуктів у Запорізькій області та АР Крим.

Порушувались вимоги щодо профілактичних медичних оглядів працівників харчоблоків. Через це спостерігалася доволі висока питома вага позитивних змивів з обладнання, інвентарю, рук і санітарного одягу кухарів закладів оздоровлення на умовно патогенну мікрофлору (3,5%). У минулу оздоровчу кампанію цей показник дорівнював 2,7%.

Виявлялися порушення щодо постачання продуктів харчування та продовольчої сировини, транспортування, зберігання продуктів харчування з врахуванням термінів реалізації продуктів, перспективних меню, перевірки своєчасності проходження обов'язкових профілактичних медичних оглядів працівників закладів і харчоблоків у Київській, Донецькій та Луганській областях.

Питання попередження виникнення спалахів гострих кишкових інфекційних хвороб знаходилося на особливому контролі Держсанепідслужби. У цілому епідемічна ситуація щодо інфекційної захворюваності відповідала середньорічному рівню. Завдяки цілеспрямованій роботі Держсанепідслужби та координації дій із працівниками інших сфер медичної галузі епідемічна ситуація була керованою. Протягом останніх двох років спалахи у закладах оздоровлення та відпочинку не виявлялися.

При проведенні держсанепіднагляду за місцями рекреаційного водокористування (пляжами) протягом року, особливо в літній оздоровчий період, Держсанепідслужба постійно контролювала якість морської та річкової води. Усього в поточному оздоровчому сезоні мало діяти 742 пляжі та рекреаційні зони в АР Крим, Донецькій, Запорізькій, Миколаївській, Одеській, Херсонській областях, м. Севастополі, які мають вихід на морське узбережжя, з них 688 морських (93%) і 54 річкових, у т.ч. в м. Києві на р. Дніпро.

Станом на 06.09.2013 р. працювало 504 (67,9%) пляжі – 483 на морському та 21 на річковому узбережжі. Були закриті 10 пляжів у АР Крим, Запорізькій і Миколаївській областях, Кілійському районі Одеської області та м. Києві; решта або вже припинили свою роботу, або не відкривались через непідготовленість до сезону та відсутність дозвільних документів.

Проводився постійний лабораторний контроль за якістю морської та річкової води. За звітний період (із 30 серпня по 05 вересня) досліджено 353 проби води, з них 300 (85%) проб морської та 53 – річкової. При цьому 0,3% (1) проб води, що були досліджені, не відповідали вимогам стандарту на мікробне забруднення по індексу ЛКП (лактозопозитивні кишкові палички), колі-фагам тощо. Найбільша кількість невідповідних проб приходилася на річкову воду – 1,9% із 53 досліджених проб (морська вода – 0% із 300).

Через засоби масової інформації постійно проводилась санітарно-освітня та роз'яснювальна робота серед населення з питань профілактики гострих кишкових інфекційних хвороб, харчових отруєнь, необхідності дотримання правил особистої гігієни в надзвичайних умовах перебування.

Постійно проводилася цілеспрямована санітарно-освітня та роз'яснювальна робота серед населення, у т.ч. із застосуванням засобів масової інформації. Із питань стосовно профілактики гострих кишкових інфекцій та харчових отруєнь проведено 384 виступи по радіо та 142 – на телебаченні, 2 439 лекцій та 12 прес-конференцій, підготовлено та опубліковано 177 публікацій у пресі; роз'яснювальної роботи щодо необхідності дотримання норм і правил поведінки у місцях організованого масового відпочинку – відповідно 166 і 46, 6244 і 9, 111; щодо ситуації на пляжах та щодо їх стану – відповідно 38 і 14, 64 і 5, 33.

Організовувалися та здійснювалися профілактичні заходи з метою попередження епідемічних ускладнень із найбільш поширених інфекційних захворювань людей з урахуванням сезонних і регіональних особливостей. При виявленні порушень санітарного законодавства на відповідальних осіб накладались штрафи, матеріали передавалися до органів прокуратури тощо. На всіх рівнях проводився моніторинг за інфекційною захворюваністю, на підставі якого здійснювався аналіз її стану та розроблялися конкретні додаткові заходи. У разі виникнення епідускладнення складаються плани, де передбачається необхідний комплекс організаційних, профілактичних і протиепідемічних заходів.

На сьогодні найбільш вразливим залишається радіологічний стан довкілля на теренах України. В окремих регіонах України ситуація погіршилася настільки, що Урядом України затверджено спеціальні програми соціального та радіаційного захисту населення, яке проживає в цих регіонах. Ці програми стосуються, зокрема, регіонів зосередження підприємств уранодобувної та уранопереробної промисловості. Водночас, потребує контролю радіоекологічний стан довкілля також у регіонах розташування підприємств видобутку, переробки та використання неуранової сировини, діяльність яких супроводжується техногенним підсиленням природних джерел іонізуючого випромінювання.

Дослідження поверхневих вод проводилися відповідно до «Комплексної програми радіаційного контролю об'єктів довкілля і харчових продуктів, об'єктів держсаннагляду, здійснення індивідуального дозиметричного контролю (ІДК) установами санітарно-епідеміологічної служби і науково-дослідницькими інститутами Міністерства охорони здоров'я України на 2005–2010 роки», «Програми спостережень за радіологічними показниками на транскордонних водних об'єктах із Росією та Білорусією» та «Тимчасовою програмою моніторингу якості води басейнів рік Південний Буг, Дніпро, Дністер і Сіверський Донець у межах України».

Щорічно проводилося близько 5 тис. досліджень води господарсько-питного водопостачання та близько 2 тис. досліджень поверхневих вод на вміст радіонуклідів. Аналіз результатів моніторингу показав, що перевищень контрольних рівнів за останні роки не встановлено.

Держсанепідслужба здійснювала радіологічний контроль за будівельними матеріалами, продуктами харчування, питною водою.

Переважна більшість перевищень ДР-97 виявлена в харчовій продукції приватного сектору, з власниками якої проводиться роз'яснювальна робота щодо безпечного її вживання, результати досліджень надаються місцевим органам

виконавчої влади. Однак забруднена продукція з обігу не вилучається через відсутність механізму компенсації збитків.

Інформація щодо діяльності Держсанепідслужби України постійно висвітлюється на офіційних веб-сайтах МОЗ України і Держсанепідслужби України.

### ***Надання адміністративних послуг та документів дозвільного характеру, ведення відповідних реєстрів***

Питання надання документів дозвільного характеру у сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення регулюється спеціальним Законом України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» і Законом України «Про безпечність та якість харчових продуктів».

Держсанепідслужба України відповідно до вимог пункту 26 статті 6 Закону України «Про безпечність та якість харчових продуктів», статей 9, 10–12, 25 Закону України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» та підпункту 20 пункту 4 Положення про Державну санітарно-епідеміологічну службу України, затвердженого Указом Президента України від 06.04.2011 р. № 400, здійснює гігієнічну регламентацію та державну реєстрацію небезпечних факторів, харчових продуктів для спеціального дієтичного споживання і функціональних харчових продуктів, дієтичних добавок, дезінфекційних засобів, веде Державний реєстр харчових продуктів для спеціального дієтичного споживання і функціональних харчових продуктів, дієтичних добавок, реєстр висновків Держсанепідслужби, реєстр дезінфекційних засобів, реєстр небезпечних факторів, реєстр експлуатаційних дозволів.

Електронні реєстри адміністративних послуг, у т.ч. документів дозвільного характеру, які видає Держсанепідслужба, розміщуються на сайті Мінекономрозвитку та Держсанепідслужби України.

Доступ до зазначених реєстрів безкоштовний.

Інформація з зазначених реєстрів використовується територіальними органами Держсанепідслужби України при здійсненні державного санітарно-епідеміологічного нагляду, у т.ч. в пунктах пропуску через державний кордон та на митниці території, лабораторними центрами з метою отримання інформації щодо запроваджених санітарних заходів тощо.

Відповідно до Угоди про інформаційне співробітництво між Державною митною службою України (Міндоходів) та Держсанепідслужбою України від 31.10.2011 р. інформація з реєстрів постійно передається до Міндоходів для попереднього документального контролю в пунктах пропуску через державний кордон України.

Крім того, інформація з реєстрів використовується органами прокуратури, Державної податкової служби, Антимонопольного комітету України, правоохоронними органами, громадянами.

Протягом 2013 р. зареєстровано 4073 найменування харчових продуктів для спеціального дієтичного споживання і функціональних харчових продуктів, дієтичних добавок, 321 дезінфекційний засіб.

Видано 3984 експлуатаційні дозволи, 121 679 висновків державної санітарно-епідеміологічної експертизи, 853 дозволи (санітарного паспорта) на роботу з радіоактивними речовинами та іншими джерелами іонізуючого випромінювання (рис. 4.5, 4.6).

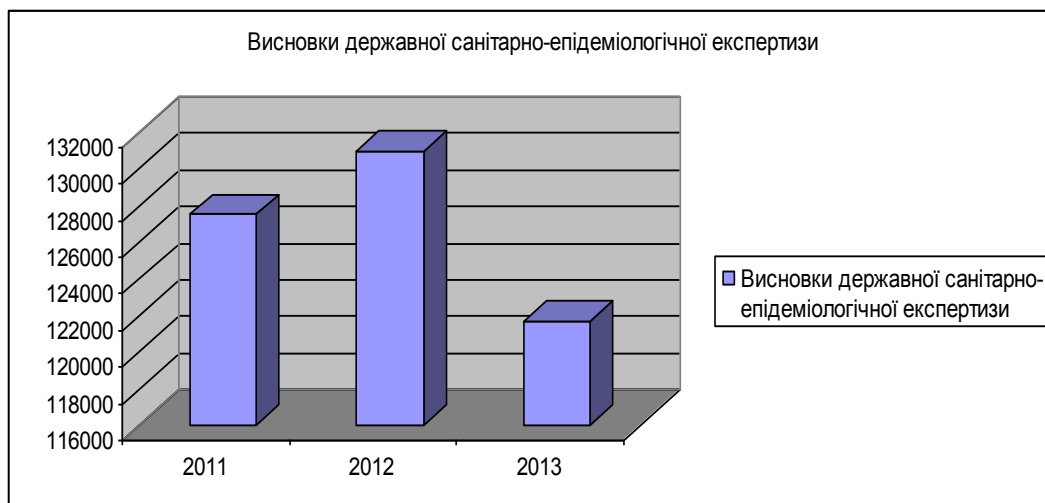


Рис. 4.5.

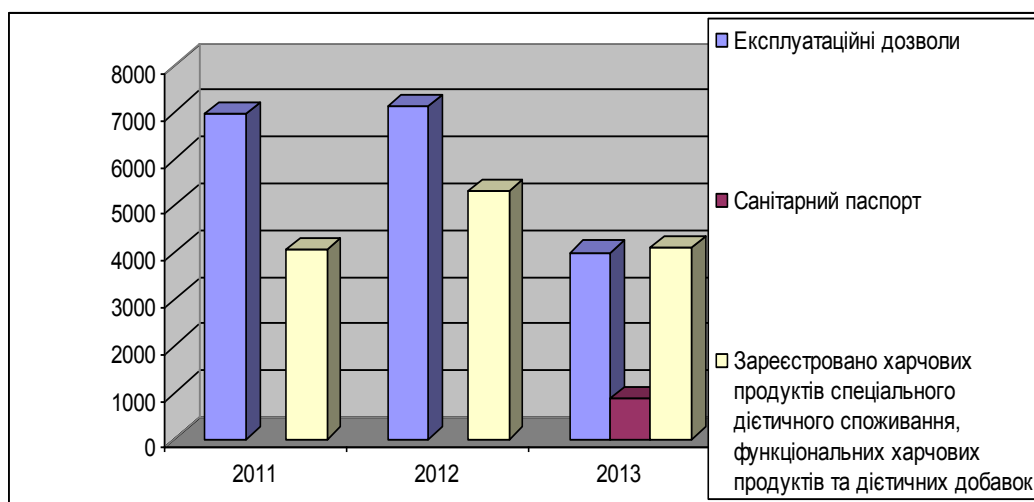


Рис. 4.6. Інші адміністративні послуги

Відповідно до вимог законодавства, документи дозвільного характеру територіальними органами Держсанепідслужби видаються через державні адміністратори або безпосередньо згідно із затвердженими регламентами (інформаційними картками).

На кінець 2013 р. до Державного реєстру небезпечних факторів включено 338 потенційно небезпечних факторів хімічного та біологічного походження. Комітетом із питань гігієнічного регламентування Держсанепідслужби України підготовлено 2 296 карт даних небезпечного фактору.

Видано 116 свідоцтв санітарним лабораторіям підприємств і організацій, атестованих на право проведення санітарно-гігієнічних досліджень факторів виробничого середовища та трудового процесу з метою атестації робочих місць за умовами праці.

***Організація і проведення наукових досліджень із пріоритетних напрямів розвитку медичної науки у сфері забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення***

Гігієнічна регламентація здійснюється 17 науково-дослідними установами МОЗ України та Національної академії медичних наук України. Розроблені нормативи і

регламенти розглядаються в установленому порядку Комітетом із питань гігієнічного регламентування Держсанепідслужби України та Національною комісією України з Кодексу Аліментаріус.

У 2013 р. затверджено 622 гігієнічні нормативи та 762 гігієнічні регламенти безпечного використання хімічних речовин.

Розглянуто та погоджено 158 методик визначення хімічних речовин в об'єктах навколишнього середовища, зокрема, 133 методичні вказівки з визначення залишкових кількостей діючих речовин пестицидів у сільськогосподарській продукції та об'єктах навколишнього природного середовища, 25 методик виконання вимірювань хімічних речовин у повітрі робочої зони, атмосферному повітрі, води.

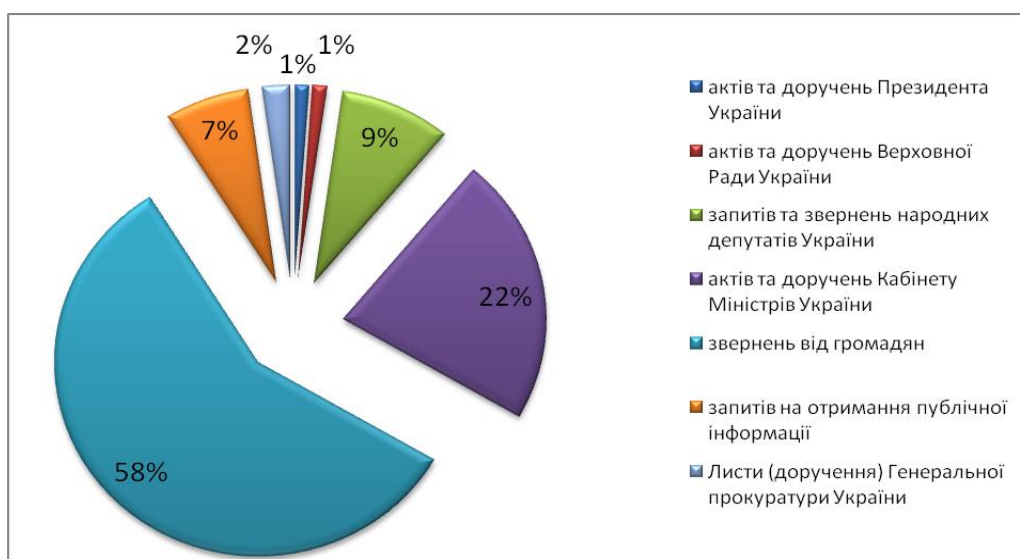
### ***Робота зі зверненнями громадян***

Організація роботи з документами в центральному апараті Держсанепідслужби України здійснюється відповідно до Примірної інструкції з діловодства у міністерствах, інших центральних органах виконавчої влади, яка затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 30.11.2011 р. № 1242.

Усі документи реєструються в електронних журналах вхідної та вихідної кореспонденції. Крім того, окремо ведеться облік звернень громадян і запитів на публічну інформацію згідно із Законами України «Про звернення громадян» і «Про доступ до публічної інформації».

У 2013 р. на адресу Держсанепідслужби України надійшло всього 17 193 документи (рис. 4.7), з них:

- акти та доручення Президента України – 41 (0,2%);
- акти та доручення Верховної Ради України – 44 (0,3%);
- запити та звернення народних депутатів України – 335 (1,9%);
- акти та доручення Кабінету Міністрів України – 844 (4,9%).



**Рис 4.7. Документи, які надійшли на адресу Держсанепідслужби України**

У тому числі отримано 2189 звернень від громадян, що на 747 більше, ніж у 2012 р., та 254 запити на отримання публічної інформації (порівняно з 2012 р. на 75 запитів більше) (рис. 4.8).



**Рис. 4.8. Кількість звернень від громадян та запитів на отримання публічної інформації**

Порівняно з 2012 р. загальний обсяг документообігу в центральному апараті Держсанепідслужби України в 2013 р. збільшився на 7 165 документів.

За характером листів і причин звернень громадян найпоширенішими причинами в регіонах були:

- порушення санітарно-епідеміологічного законодавства – 585 (26,7%);
- щодо підприємств із шкідливим для навколишнього середовища виробництвом – 311 (14,2%);
- питання щодо реформування Держсанепідслужби та оплати праці – 315 (14,4%);
- незадовільні житлово-побутові умови проживання заявників – 296 (13,5%), у т.ч. погіршення житлових умов у зв'язку з експлуатацією розміщених у житлових будинках об'єктів ресторанного бізнесу та побутового обслуговування населення – 48 (2,2%), встановлення радіотехнічних об'єктів біля житлових будинків – 118 (5,4%);
- діяльність (бездіяльність) працівників територіальних органів Держсанепідслужби – 178 (8,1%);
- якість продуктів харчування – 139 (6,3%).

Проведений аналіз стану виконання актів законодавства, доручень Президента України, Кабінету Міністрів України, розпорядчих документів міністерств, інших центральних органів виконавчої влади, розпоряджень і доручень Міністра охорони здоров'я України дає змогу зробити висновок, що стан виконавської дисципліни в центральному апараті Держсанепідслужби України в цілому відповідає вимогам діючої Інструкції з діловодства та чинного законодавства.

#### *Міжнародна діяльність*

Відповідно до Плану заходів із виконання у 2013 р. Загальнодержавної програми адаптації законодавства України до законодавства ЄС, у період з 28 січня по 1 лютого 2013 р. МОЗ України та Держсанепідслужбою України спільно з експертами країн ЄС організовано роботу Експертної місії з питань законодавства та практик ЄС у сфері громадського здоров'я та санітарно-епідемічного благополуччя населення.

Цей інструмент інституційної розбудови ТАІЕХ дав змогу підвищити професійну спроможність державних службовців і надання короткострокової технічної допомоги з конкретних питань наближення національного законодавства до норм і стандартів ЄС.

За результатами роботи, Експертною місією надано висновки та рекомендації, які Держсанепідслужбою України взято до уваги при підготовці проекту закону України «Про внесення змін до Закону України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення».

У рамках Угоди між МОЗ України та Міністерством оборони США, укладеної в 2005 р., підведено підсумки за результатами завершення реалізації дії проекту «Зменшення біологічної загрози в Україні». Так, у травні 2013 р. завершено будівельно-монтажні роботи та поставлено лабораторне обладнання до Тернопільського, Харківського, Херсонського та Львівського обласних лабораторних центрів. Центральною режимною комісією МОЗ України надано дозволи (акредитація) на роботу з патогенними мікроорганізмами у лабораторіях особливо небезпечних інфекцій Тернопільського, Харківського та Херсонського обласних лабораторних центрів.

Держсанепідслужба України на підставі статті 3 «Соглашения о сотрудничестве в области санитарной охраны территорий государств – участников Содружества Независимых Государств (Минск, 31 мая 2001 г.)» продовжує роботу в напрямку постійного обміну інформацією щодо стану інфекційної та паразитарної захворюваності в Україні та, в рамках виконання Міжнародних медико-санітарних правил, щодо попередження виникнення надзвичайних ситуацій. Також, у межах повноважень продовжується співпраця у міждержавних комісіях і підкомітетах із питань економічного, міжрегіонального та прикордонного співробітництва.

Фахівці Держсанепідслужби України беруть участь у конференціях, нарадах, семінарах і міжнародних заходах на різних рівнях, які сприяють підвищенню міжнародного іміджу України, забезпеченню її національних інтересів у процесі розробки принципів міжнародної політики щодо вирішення ключових питань охорони здоров'я населення, санітарного та епідеміологічного благополуччя і шляхів їх реалізації на національному рівні.

Зокрема, за 2013 р. здійснено 12 закордонних відряджень із питань забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення.

Виконано значну роботу на засіданнях групи експертів ВООЗ щодо профілактики та зниження поширення захворювань, пов'язаних із водою. Вектор зустрічі експертів держав-учасниць Конвенції про заборону бактеріологічної та токсичної зброї в м. Женеві спрямований на захист та просування національних інтересів України, підвищення її авторитету як європейської держави, яка робить значний внесок у забезпечення міжнародного миру та безпеки.

За результатами візиту до Російської Федерації, у серпні 2013 р. за участю Голови Держсанепідслужби України, головного державного санітарного лікаря України А.М. Пономаренка досягнуто ряд домовленостей щодо зняття торгівельного ембарго на харчову продукцію вітчизняного виробництва та поновлення співпраці з економічних питань між нашими державами.

### ***Проблемні питання***

– як і раніше, серйозною проблемою залишається відсутність у країні власного виробництва імунобіологічних препаратів для діагностики й профілактики інфекційних хвороб, поставки препаратів не завжди відповідають потребам. Так, зокрема, у країні відсутні туляремійна вакцина та тулярин, через що практично не проводяться щеплення

контингентам епідризику, хоча вся територія країни є ензоотичною по туляремії. Відмічаються вкрай нерівномірні поставки антирабічних вакцини та імуноглобуліну, що не дає змоги дати сприятливий епідпрогноз щодо захворюваності на сказ. З цієї ж причини незадовільна діагностика Ку гарячки та інші;

- потребує значної уваги стан заходів щодо санітарної охорони території країни, збільшення кількості санітарно-карантинних підрозділів і чисельності фахівців у пунктах пропуску через кордон;

- необхідна розробка Національної програми з паразитарних хвороб, спільних для людей і тварин, сумісно з ученими, фахівцями зацікавлених міністерств та затвердження її Урядом України, проект концепції якої розроблений і поданий на розгляд міністерств;

- потрібне створення Національного центру з лікування особливо небезпечних паразитарних хвороб;

- необхідне поновлення масової дегельмінтизації дітей від паразитарних хвороб та оздоровлення вогнищ (населених пунктів) і мікроепідемій від найпоширеніших паразитозів;

- вкрай важливе фінансове забезпечення системи електронного документообігу і автоматизованого обміну даними між державними адміністраторами та дозвільними, ведення електронної бази реєстрів, придбання комп'ютерного обладнання, зокрема власного серверу



## 5. РЕЗУЛЬТАТИ ДІЯЛЬНОСТІ ДЕРЖАВНОЇ СЛУЖБИ УКРАЇНИ З ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

### 1. Організація державного контролю якості лікарських засобів

1. Контроль якості лікарських засобів Держлікслужбою України

#### 1.1. Контроль серій під час ввезення

Назва показника	Станом на 01.01.2014	Станом на 01.01.2013
Кількість ввезених унікальних серій	26 391	33 068
Кількість ввезень лікарських засобів	92 519	114 504
- підлягало лабораторному аналізу	9 744	12 922
- не підлягало лабораторному аналізу	44 012	52 527
З них повторних ввезень лікарських засобів	47 598	53 715
Видано позитивних висновків про якість	60 899	65 954
Видано негативних висновків про якість	34	100

#### 1.2. Структура наданих розпоряджень

Станом на 01.01.2014						
	Надано всього ропоряджень	Надано ропоряджень на одну серію	Заборонено найменувань на одну серію	Заборонено серій ЛЗ	Надано розпоряджень на всі серії	Заборонено найменувань ЛЗ на всі серії
Розпорядження про заборону обігу ЛЗ	819	434	353	603	385	882
Закінчення терміну тимчасової заборони (90 дн.)	213	213	175	249	-	-
Закінчення терміну придатності	15	15	12	25	-	-
Незарєстровані	306	-	-	-	306	753
Неякісні	201	152	124	261	49	99
Фальсифіковані	84	54	42	68	30	30
Розпорядження про тимчасову заборону обігу ЛЗ	681	610	441	1038	71	71
Ввезений з порушенням ЗУ	31	30	29	46	1	1
Підозрілі щодо фальсифікації	132	64	91	228	68	68
У зв'язку з повідомленням про побічну реакцію	65	65	57	65	-	-
Неякісні	453	451	264	699	2	2
Розпорядження про заборону обігу ЛЗ	507	187	142	201	320	376
Незарєстровані	262	-	-	-	262	325
Субстандартні	180	121	101	138	58	51
Фальсифіковані	66	66	41	63	-	-

## 1.2. Структура наданих розпоряджень (продовження)

Станом на 01.01.2014						
	Надано всього розпоряджень	Надано розпоряджень на одну серію	Заборонено найменувань на одну серію	Заборонено серій ЛЗ	Надано розпоряджень на всі серії	Заборонено найменувань ЛЗ на всі серії
Розпорядження про тимчасову заборону обігу ЛЗ	1253	1241	893	1538	12	13
Ввезений з порушенням ЗУ	54	52	41	55	2	2
Підозрілі щодо фальсифікації	608	608	493	899	-	-
У зв'язку з повідомленням про побічну реакцію	99	99	84	99	-	-
Неякісні	492	482	275	485	10	11

## 2. Контроль якості лікарських засобів територіальними органами Держлікслужби України

### 2.1. Кількість перевірок

	Станом на 01.01.2014	Станом на 01.01.2013
Здійснено перевірок щодо контролю якості ЛЗ	25 248	29 083
З них планових	22 703	23 257
З них позапланових	2244	5826
З них здійснено спільних перевірок з правоохоронними органами	387	666
З представниками терит. відділень МВС	57	122
З представниками терит. відділень СБУ	93	20
З представниками терит. від. Генпрокуратури	228	524
Адмінстягнення:		
Складено протоколів	4238	4558
Винесено постанов	4153	4366
Застосовано штрафів (грн)	1635 330	1592 257

### 2.2. Надано приписів та розпоряджень

	Станом на 01.01.2014	Станом на 01.01.2013
Кількість наданих приписів та розпоряджень (всього)	15 827	16 218
З них про усунення порушень	8736	8890
З них про заборону ЛЗ	7091	7328
Кількість серій, що підлягали лабораторному аналізу в лабораторіях територіальних органів Держлікслужби України	34 355	32 046
З них не відповідали вимогам АНД	6367	6684

Результатом такої роботи за 12 місяців 2013 р. є недопущення до споживача (знищено, утилізовано, повернуто постачальникам) суб'єктами господарювання близько 1,7 млн упаковок лікарських засобів неналежної якості на загальну суму близько 56 млн гривень.

Державне регулювання оптової та роздрібною торгівлі лікарськими засобами

## II. Ліцензування господарської діяльності з оптової та роздрібною торгівлі лікарськими засобами

Розподіл ліцензіатів — суб'єктів господарювання за формою власності

	Станом на 01.01.2014	Станом на 01.01.2013	Динаміка, %
Всього	6740	6581	2,42

Структура місць провадження діяльності

	Станом на 01.01.2014			Станом на 01.01.2013			Динаміка, %		
	Місто	СМТ Село+	Всього	Місто	СМТ Село+	Всього	Місто	СМТ Село+	Всього
Аптеки	12108	3723	15831	11496	3511	15007	5,3	6,0	5,5
Аптечні пункти	3781	1383	5164	3848	1401	5249	-1,7	-1,3	-1,6
Аптечні склади	386	80	466	409	85	494	-5,6	-5,9	-5,7
Всього	16275	5186	21461	15753	4997	20750	3,3	3,8	3,4

Структура місць провадження діяльності за формами власності

	Станом на 01.01.2014			Станом на 01.01.2013			Динаміка, %		
	та комун. Державна	Приватна	Колективна	та комун. Державна	Приватна	Колективна	та комун. Державна	Приватна	Колективна
Аптеки	1818	12298	1715	1922	11342	1743	-5,41	8,43	-1,61
Аптечні пункти	1431	3066	667	1469	3074	706	-2,59	-0,26	-5,52
Аптечні склади	28	351	87	27	351	116	3,70	0,00	-25,00
Всього	3277	15715	2469	3418	14767	2565	-4,13	6,42	-3,74

Кількість населення, яку обслуговує структурний підрозділ

	Станом на 01.01.2014			Станом на 01.01.2013			Динаміка, %		
	Місто	СМТ Село+	Всього	Місто	СМТ Село+	Всього	Місто	СМТ Село+	Всього
Аптеки та аптечні пункти	1972	2763	2165	2045	2886	2249	-3,57	-4,26	-3,73

## III. Контроль дотримання ліцензійних умов господарської діяльності з оптової та роздрібною торгівлі лікарськими засобами

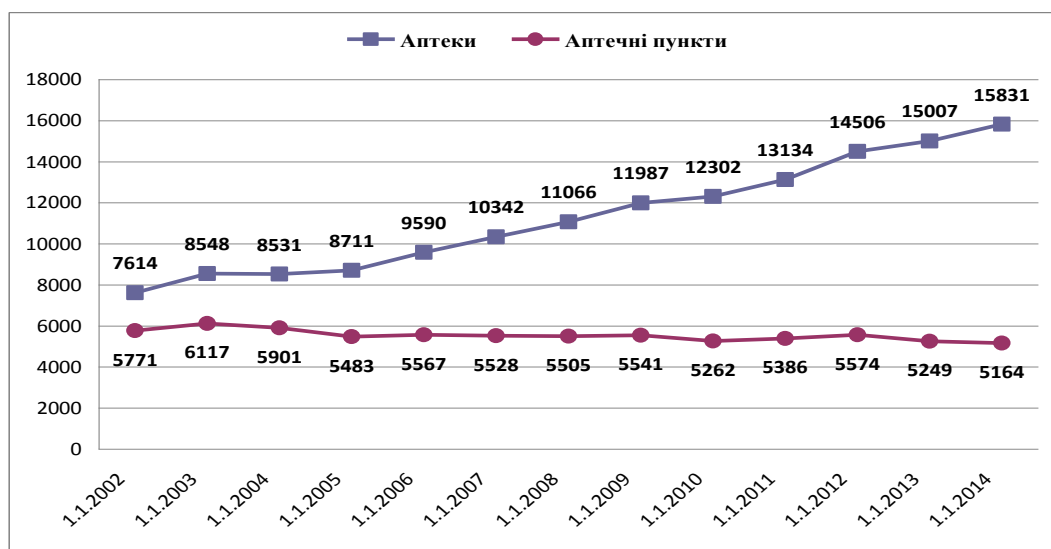
Кількість перевірок (за суб'єктами)			
	Станом на 01.01.2014	Станом на 01.01.2013	Динаміка, %
Суб'єктів господарювання	3253	3515	-7,5
Місць провадження	8143	8767	-7,1
Кількість перевірок (планових/поzapланових)			
	Станом на 01.01.2014	Станом на 01.01.2013	Динаміка, %
Планових	3161	3381	-6,5
Поzapланових	706	981	-28,0
Всього	3867	4362	-11,3

*Підстави для рішення про анулювання ліцензій, прийняті за результатами перевірок*

	Станом на 01.01.2014	Станом на 01.01.2013	Динаміка, %
Виявлені недостовірні відомості у документах	3	39	-92,3
Неможливість ліцензіатів забезпечити виконання ліцензійних умов	131	205	-36,1
Відмова ліцензіатів у проведенні перевірок	104	221	-52,9
У зв'язку з невиконанням розпорядження про усунення порушень ЛУ	40	83	-51,8
Повторне порушення	1	1	0,0
Всього	279	549	-49,2

**IV. Забезпечення доступності ЛЗ та динаміка зміни кількості аптечних закладів**

Станом на 01.01.2014 р. 6740 суб'єктів господарювання мали ліцензії на здійснення господарської діяльності з оптової та роздрібною торгівлі ЛЗ, яку проваджували через 21 461 аптечний заклад. Порівняно з аналогічним періодом минулого року кількість ліцензіатів збільшилась на 2,32% (станом на 01.01.2013 р. їх нараховувалось 6587):



Зберігається тенденція до збільшення кількості аптек. Станом на 01.01.2014 р. їх кількість в державі становила 15 831 заклад, рік тому – 15 007 аптек. Важливо, що їх кількість зросла не тільки в містах (на 5,3% – з 11 496 до 12 108 аптек), але й в селах та СМТ (на 6,0% – з 3511 до 3723 аптек).

Відповідно, станом на 01.01.2014 р., порівняно з аналогічним періодом минулого року, на 3,73% зменшилось навантаження на аптечний заклад (з 2249 до 2165 осіб): в містах на 3,57% (з 2045 до 1972 осіб), в селах та СМТ – на 4,26% (з 2886 до 2763 осіб).

З метою покращення забезпечення сільського населення лікарськими засобами МОЗ України у затвердженій новій редакції Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібною торгівлі лікарськими засобами (наказ МОЗ України від 31.10.2011 р. №723, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 07.12.2011 р. за № 1420/20158), послаблено вимогу до загальної площі сільських аптек – зменшено її з 40 кв. м. до 30 кв. м. Також введена нова норма щодо забезпечення сільського населення ЛЗ: у разі відсутності аптеки або структурного підрозділу аптеки у

сільській місцевості роздрібна торгівля лікарськими засобами за переліком, встановленим наказом МОЗ України, здійснюється у приміщеннях фельдшерських, фельдшерсько-акушерських пунктів, сільських, дільничних лікарень, амбулаторіях загальної практики-сімейної медицини працівниками цих закладів, які мають медичну освіту.

З метою поліпшення ситуації із забезпечення сільського населення основними, доступними за ціною та якісними лікарськими засобами, Держлікслужбою України було розроблено, а МОЗ України прийнято наказ від 17 жовтня 2012 р. № 813 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 4 листопада 2011 р. № 755», згідно з яким фельдшерським, фельдшерсько-акушерським пунктам, центрам первинної медичної допомоги (медико-санітарної) та амбулаторіям надаються повноваження щодо здійснення роздрібною торгівлі лікарськими засобами у випадках і у спосіб, передбачений чинним законодавством.

Фельдшерські та фельдшерсько-акушерські пункти забезпечують населення лікарськими засобами і виробами медичного призначення, мінімальний обов'язковий асортимент яких затверджено наказом МОЗ України від 27.09.2005 р. № 495, зареєстрованим в Мін'юсті України 31.10.2005 р. за № 1303/11583.

*Нормативно-правові акти, розроблені та прийняті в 2013 р.*

Протягом 2013 р. в сфері ліцензування виробництва лікарських засобів (в умовах аптеки), оптової та роздрібною торгівлі лікарськими засобами з метою забезпечення закладів охорони здоров'я та громадян доступними лікарськими засобами, виробленими (виготовленими) в умовах аптеки із дозволених до застосування діючих та допоміжних речовин, розроблено наказ, який затверджено МОЗ України 24.05.2013 р. за № 427 «Про затвердження Змін до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібною торгівлі лікарськими засобами», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 10.06.2013 р. за № 923/23455.

Розроблено проект наказу МОЗ України щодо внесення змін до Порядку контролю за додержанням Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібною торгівлі лікарськими засобами, яким запропоновано у новій редакції затвердити акти, що складаються за результатами перевірок додержання Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів (в умовах аптеки), оптової, роздрібною торгівлі лікарськими засобами.

З метою забезпечення доступності населенню якісних лікарських засобів індивідуального виготовлення Держлікслужбою України розроблено проект наказу МОЗ України «Про внесення змін до Правил виробництва (виготовлення) та контролю якості лікарських засобів в аптеках».

Здійснено перегляд настанови «Належна практика дистрибуції лікарських засобів», затвердженої наказом МОЗ України від 16.02.2009 р. № 95, з метою її гармонізації з директивами ЄС.

Держлікслужбою України здійснено перегляд критеріїв оцінки ступеня ризику від здійснення господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, імпорту лікарських засобів, оптової торгівлі лікарськими засобами з метою звуження кола суб'єктів господарювання, які за затвердженими критеріями належать до високого ступеню ризику, шляхом впровадження критерію оцінки ступеня ризику щодо відповідності вимогам належних практик (виробничої, дистрибуторської).

Проект постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження критеріїв, за якими оцінюється ступінь ризику від провадження господарської діяльності, пов'язаної з виробництвом лікарських засобів, імпортом лікарських засобів, оптовою та роздрібною торгівлею лікарськими засобами, і визначається періодичність здійснення планових заходів державного нагляду (контролю) Державною службою України з лікарських засобів» направлено до МОЗ України.

#### V. Ліцензування та сертифікація виробництва лікарських засобів

##### Ліцензування виробництва лікарських засобів

##### Кількість ліцензіатів з виробництва лікарських засобів

Показник	Станом на 01.01.2014	Станом на 01.01.2013	Динаміка, %
Кількість ліцензіатів	111	114	-3%

##### Виробники лікарських засобів, які мають ліцензії на їх промислове виробництво

Показник	Станом на 01.01.2014	Станом на 01.01.2013	Динаміка, %
Виробництво субстанцій	5	5	
Виробництво медичних газів	22	20	10%
Виробництво стерильних ЛЗ	8	8	
Виробництво нестерильних ЛЗ, в т.ч. традиційних ЛЗ	44	46	-4%
Виробництво ГЛЗ (стерильних та нестерильних ЛЗ)	8	10	-20%
Виробництво ГЛЗ (субстанцій та нестерильних ЛЗ)	15	15	
Виробництво ГЛЗ (субстанцій, стерильних та нестерильних ЛЗ)	9	10	-10%
Всього	111	114	-3%

##### Узагальнені відомості щодо ліцензування суб'єктів господарювання, що здійснюють виробництво лікарських засобів

Результат розгляду заяви. Прийнято рішень про:	Станом на 01.01.2014	Станом на 01.01.2013	Динаміка, %
Видачу ліцензій на виробництво ЛЗ	10	37	-73
Переоформлення ліцензій на виробництво ЛЗ	13	8	+63
Анулювання ліцензій на виробництво ЛЗ (за заявою)	8	6	+33
Анулювання копій ліцензій на виробництво ЛЗ (за заявою)	2	4	-50
Відмова або залишення без розгляду (для всіх типів заяв)	32	95	-66

##### Узагальнені відомості щодо перевірок дотримання Ліцензійних умов виробниками лікарських засобів

Показник	Станом на 01.01.2014		Станом на 01.01.2013		Динаміка (кількість перевірок), %
	Кількість перевірок	% перевірок від загальної кількості ліцензіатів	Кількість перевірок	% перевірок від загальної кількості ліцензіатів	
Планові	37	33%	31	27%	+19,3
Позапланові	38	34%	35	31%	+8,5
Всього	75	67%	66	58%	+13,6

*Кількісні показники щодо результатів перевірок дотримання Ліцензійних умов виробниками лікарських засобів*

Заходи, вжиті Держлікслужбою України	Станом на 01.01.2014	Станом на 01.01.2013	Динаміка, %
Видано розпоряджень про усунення порушень	41	35	+17,1
з них розпоряджень з призупиненням діяльності з виробництва ЛЗ у зв'язку з наявністю критичних порушень, які можуть завдати шкоду здоров'ю та життю людини	30	19	+57,8
Прийнято рішень про анулювання ліцензій на виробництво ЛЗ за результатами перевірок	7	7	
Поновлено діяльність з виробництва ЛЗ у зв'язку з усуненням критичних порушень	2	0	
	25	24	+4,1
Результати перевірок взяті до відома	2	0	-

**Сертифікація виробництва лікарських засобів**

*Щодо видачі підприємствам-нерезидентам сертифікатів GMP*

Показник	Всього за 2012 р.	Всього за 2013 р.
Зареєстровано заяв щодо видачі сертифіката відповідності вимогам Належної виробничої практики (GMP)	211	122
Проведено інспекцій виробників лікарських засобів на відповідність вимогам Належної виробничої практики	152	60
Видано сертифікатів відповідності вимогам GMP	61	15
Відмовлено у видачі Сертифікату відповідності вимогам GMP за результатами інспектування	91	45
Відкликано заявником	26	4

*Щодо видачі висновків відповідності вимогам GMP*

Показник	Всього за 2011 р.	Всього за 2012 р.	Всього за 2013 р.
Зареєстровано заяв щодо видачі висновку відповідності вимогам GMP	14	1125	626
• з них країни PIC/S	4	998	519
• з них країни не PIC/S	10	127	107
Видано висновків відповідності вимогам GMP	12	1022	422
Заяв залишено без розгляду	2	96	46

**Ліцензування імпорту лікарських засобів**

*Узагальнені відомості щодо ліцензування суб'єктів господарювання, що здійснюють імпорт лікарських засобів*

Результат розгляду заяви. Прийнято рішень про:	Всього за 2013 р.
видачу ліцензій з імпорту ЛЗ	175
видачу копій ліцензій з імпорту ЛЗ	15
переоформлення ліцензій з імпорту ЛЗ	7
видачу дублікату ліцензій з імпорту ЛЗ	1
про анулювання ліцензій на імпорт ЛЗ (за заявою)	2
анулювання копій ліцензій на імпорт ЛЗ (за заявою)	11
відмову або залишення без розгляду (для всіх типів заяв)	5

*Нормативно-правові акти, розроблені та прийняті в 2013 р.:*

- Указ Президента України від 26.02.2013 р. № 89/2013. Внесено зміни до Положення про Державну службу України з лікарських засобів;
- постанова КМУ від 11.02.2013 р. № 103 «Про внесення зміни до пункту 5 переліку органів ліцензування», якою визначено, що органом ліцензування господарської діяльності з імпорту лікарських засобів є Держлікслужба України;
- постанова КМУ від 13.02.2013 р. № 112 «Про внесення змін до пункту 5 переліку документів, які додаються до заяви про видачу ліцензії для окремого виду господарської діяльності»;
- Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з імпорту лікарських засобів, затверджені наказом МОЗ України від 20.02.2013 р. № 143, зареєстровані в Міністерстві юстиції України 22.02.2013 р. за № 307/22839;
- Зміни до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з імпорту лікарських засобів, затверджені наказом МОЗ України від 30.05.2013 р. № 453, зареєстровані в Міністерстві юстиції України 17.06.2013 р. за № 976/23508 (скасовані наказом МОЗ України від 08.11.2013 р. № 960);
- Зміни до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з імпорту лікарських засобів, затверджені наказом МОЗ України від 08.11.2013 р. № 960, зареєстровані в Міністерстві юстиції України 12.11.2013 р. за № 1933/24465;
- Порядок перевірки перед видачею ліцензії на провадження господарської діяльності з імпорту лікарських засобів, затверджений наказом МОЗ України від 27.02.2013 р. № 168, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 05.03.2013 р. за № 58/22890;
- Порядок контролю за додержанням Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з імпорту лікарських засобів, затверджений наказом МОЗ України від 26.09.2013 р. № 835, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 05.03.2013 р. за № 58/22890.

На виконання наказу МОЗ України від 14.12.2012 р. № 1055 «Про затвердження Плану діяльності Міністерства охорони здоров'я України з підготовки проектів регуляторних актів на 2013 рік» Держлікслужбою України разом із МОЗ України розроблено проект наказу МОЗ України «Про затвердження Змін до Порядку контролю за додержанням Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібною торгівлі лікарськими засобами».

У 2013 р. Держлікслужбою України разом із МОЗ України розроблено наступні настанови:

- «Лікарські засоби. Належна практика культивування та збирання вихідної сировини рослинного походження. СТ-Н МОЗУ 42-4.5:2012», затверджена наказом МОЗ України від 14.02.2013 р. № 118;
- «Лікарські засоби. Якість води для застосування у фармації. СТ-Н МОЗУ 42-3.7:2013», затверджена наказом МОЗ України від 18.05.2013 р. № 398;
- «Лікарські засоби. Фармацевтична якість препаратів для інгаляції та назальних препаратів. СТ-Н МОЗУ 42-3.8:2013», затверджена наказом МОЗ України від 18.05.2013 р. № 398;
- «Лікарські засоби. Належна виробнича практика. СТ-Н МОЗУ 42-4.0:2013», затверджена наказом МОЗ України від 18.07.2013 р. № 617.



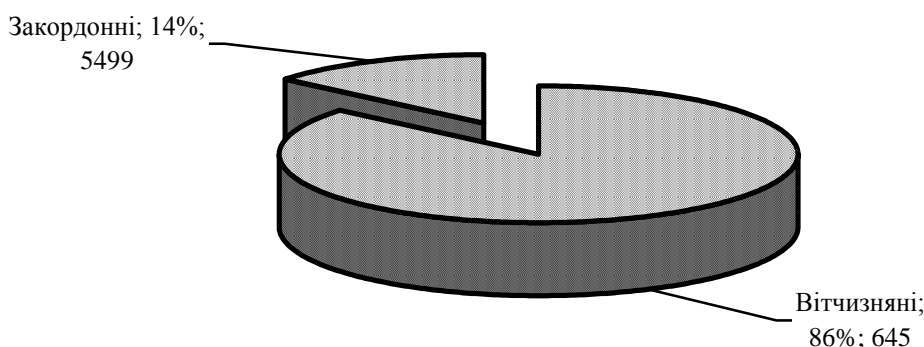
*Нормативно-правові акти, які плануються до розробки у 2014 р.:*

єз наказ МОЗ України «Про внесення Змін до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібною торгівлі лікарськими засобами» (стосовно спрощення процедури переоформлення ліцензії у разі наявності змін, пов'язаних з провадженням господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, шляхом переоформлення відповідного додатку до ліцензії без необхідності в переоформленні самої ліцензії) (термін: I-II квартал 2014 р.);

єз наказ МОЗ України «Про внесення Змін до Порядку контролю за додержанням Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з імпорту лікарських засобів» (у зв'язку з набуттям чинності наказу МОЗ України від 08.11.2013 № 960 «Про затвердження Змін до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з імпорту лікарських засобів» необхідно внести відповідні зміни до наказу МОЗ України від 26.09.2013 № 835 «Про затвердження Порядку контролю за додержанням Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з імпорту лікарських засобів») (термін: I квартал 2014 р.).

## **VI. Організація державного контролю якості та безпеки медичних виробів**

Станом на 01 січня 2014 р. в Україні зареєстровано 6344 позиції медичних виробів, з них 5499 (86%) закордонного виробництва та 845 (14%) вітчизняного:

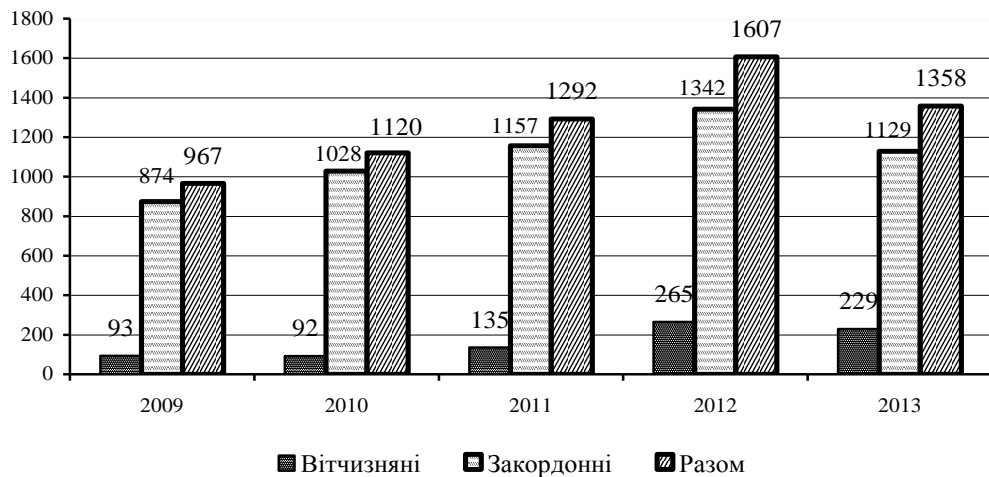


*Дані щодо кількості свідоцтв про державну реєстрацію медичних виробів, зареєстрованих в Україні (2008–01.01.2014 р.)*

	Станом на:						
	01.01. 2008 р.	01.01. 2009	01.01. 2010	01.01. 2011	01.01. 2012	01.01. 2013	01.01. 2014
Вітчизняні	871	886	871	898	864	827	845
Іноземні	4382	4820	4966	5140	5409	5498	5499
Динаміка	+8,6%	+2,29%	+3,44%	+3,89%	+0,83%	+0,62%	+0,3%
Всього	5253	5706	5837	6038	6273	6325	6344

*Розподіл зареєстрованих медичних виробів за роками (вітчизняного та закордонного виробництва) станом на 01.01.2014 р.*

Найчастіше реєструються медичні вироби за країнами-виробниками: Німеччина, США, Україна. Слід зазначити, що виробництво медичних виробів цих зарубіжних країн характеризується залученням виробничих потужностей інших країн, зокрема Південно-Східної Азії:



У період 2007–01.01.2014 рр. припинено дію 149 свідоцтв про державну реєстрацію медичних виробів (за результатами перевірки додержання умов виробництва, незадовільної якості за результатами вилучення медичних виробів з аптечної мережі, за повідомленнями щодо негативних властивостей медичних виробів); відмовлено у державній реєстрації (перереєстрації) 84 медичних виробів; відмовлено у прийомі документів на державну реєстрацію 19 медичних виробів.

У період з 01.01.2013 по 01.01.2014 припинено дію 68 свідоцтв про державну реєстрацію медичних виробів; анульовано – 5; надано 973 підтвердження про державну реєстрацію медичних виробів; надано 92 листи-повідомлення щодо ввезення на митну територію України зареєстрованих медичних виробів.

*Нормативно-правові акти, прийняті та розроблені у 2013 р.:*

Кабінетом Міністрів України 02.10.2013 р. прийнято постанови:

сз № 753 «Про затвердження Технічного регламенту щодо медичних виробів»;

сз № 754 «Про затвердження Технічного регламенту щодо медичних виробів для діагностики in vitro»;

сз № 755 «Про затвердження Технічного регламенту щодо активних медичних виробів, які імплантують».

сз Затвержені технічні регламенти відповідають європейським нормам та стандартам щодо безпечності медичних виробів, які реалізуються на території України, а також встановлюють вимоги до виробників та уповноважених представників медичних виробів.

сз Затвержені технічні регламенти потребують розроблення таких наказів МОЗ України:

сз «Про затвердження Порядку введення в обіг та експлуатацію окремих медичних виробів, стосовно яких не виконані вимоги технічних регламентів щодо медичних виробів, щодо активних медичних виробів, які імплантують та щодо медичних виробів для діагностики in vitro, але використання яких необхідне в інтересах охорони здоров'я та життя конкретної особи»;

сз «Про затвердження Порядку введення реєстрації осіб, відповідальних за введення медичних виробів в обіг»;

сз «Про затвердження Порядку проведення, тимчасового припинення або відмови клінічних досліджень».

***VII. Питання реалізації пілотного проекту щодо запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою***

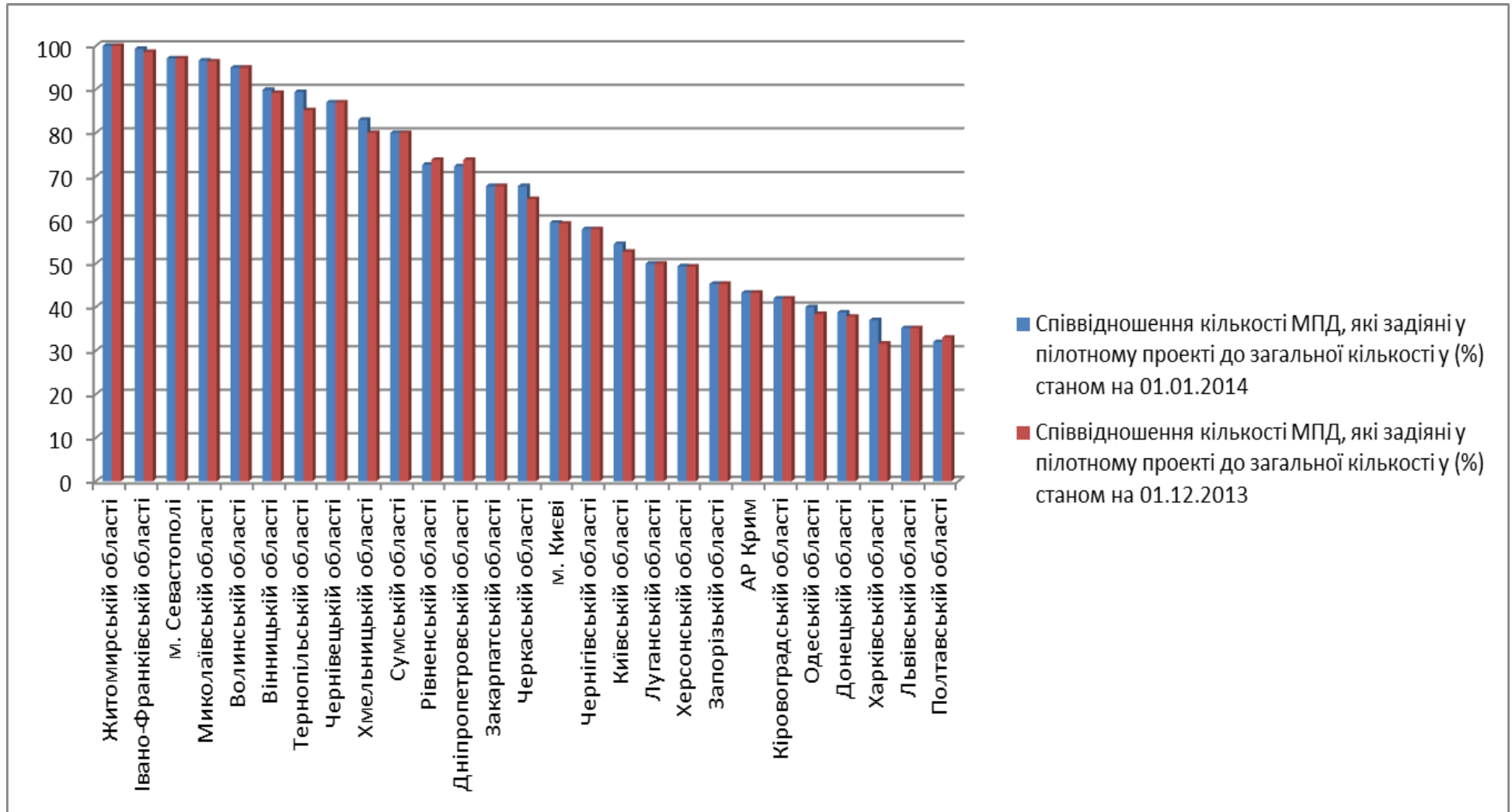
Держлікслужба України, відповідно до постанов Кабінету Міністрів України від 25.04.2012 р. №340 «Про реалізацію пілотного проекту щодо запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою» (далі – Пілотний проект), від 12.06.2013 р. №554 «Питання удосконалення реалізації пілотного проекту щодо запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою», здійснює державний контроль за дотриманням суб'єктами господарювання ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібною торгівлі лікарськими засобами встановлених вимог щодо рівня цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою та їх наявністю в аптечній мережі.

Інформація щодо кількості аптек та аптечних пунктів, які беруть участь у Пілотному проекті, у розрізі регіонів станом на 01.01.2014 р. наведена у таблиці та діаграмі.

*Кількість місць провадження діяльності (аптек та аптечних пунктів), які беруть участь у Пілотному проекті, у розрізі регіонів станом на 01.01.2014 р.*

№ п/п	Державна служба з лікарських засобів	Загальна кількість аптек та аптечних пунктів	Кількість аптек та аптечних пунктів, які задіяні у пілотному проекті
1	Житомирська область	563	563
2	Івано-Франківська область	693	688
3	м. Севастополь	174	169
4	Миколаївська область	559	540
5	Волинська область	418	398
6	Вінницька область	721	648
7	Тернопільська область	499	446
8	Чернівецька область	427	374
9	Хмельницька область	659	547
10	Сумська область	539	431
11	Рівненська область	487	354
12	Дніпропетровська область	1573	1138
13	Закарпатська область	656	445
14	Черкаська область	649	440
15	м. Київ	1313	780
16	Чернігівська область	420	243
17	Київська область	739	403
18	Луганська область	1143	571
19	Херсонська область	496	244
20	Запорізька область	803	364
21	АР Крим	824	357
22	Кіровоградська область	553	232
23	Одеська область	1195	478
24	Донецька область	1778	689
25	Харківська область	1258	466
26	Львівська область	1115	393
27	Полтавська область	692	224

Порівняння співвідношень кількості місць провадження діяльності (аптек та аптечних пунктів), які беруть участь у Пілотному проекті, у розрізі регіонів станом на 1 грудня 2013 р. та 1 січня 2014 р.:



Територіальними органами Держлікслужби України постійно здійснюється контроль за дотриманням суб'єктами господарювання вимог чинного законодавства щодо наявності в аптечних закладах лікарських засобів для лікування осіб з гіпертонічною хворобою.

Протягом 2012 р. було здійснено 8144 перевірки аптечних закладів різних форм власності, різних суб'єктів господарювання, у 2013 р. (станом на 26.12.2013 р.) – 17 530. За весь час проведення моніторингу (з 1 серпня 2012 р. по 26 грудня 2013 р.) було здійснено 25 674 перевірки (в т.ч. повторних) аптечних закладів. Відсутність, принаймні, одного із ЛЗ Пілотного проекту була відмічена в 3546 випадках, що становить 13,81% від загальної кількості перевірених роздрібних точок. На початку моніторингу (в серпні 2012 р.) цей показник становив більше 20%.

У 2012 р. середній показник відсутності принаймні одного із ЛЗ Пілотного проекту становив 13,8% від загальної кількості перевірених роздрібних точок, в 2013 р. – 13,6%. При цьому слід зазначити, що протягом січня-серпня 2013 р. була відмічена стійка динаміка до зменшення показника відсутності. Так, на початку вересня 2013 р. його середнє річне значення складало 11,57%.

22 серпня 2013 р. набула чинності постанова КМУ від 12.06.2013 р. № 554 «Питання удосконалення реалізації пілотного проекту щодо запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою», а в вересні 2013 р., відповідно до наказу МОЗ України від 10.09.2013 р. № 794, були внесені зміни в наказ МОЗ України від 01.06.2012 р. № 419 «Про затвердження реєстру граничного рівня оптово-відпускних і порівняльних (референтних) цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою станом на 22 серпня 2013 року», в результаті чого до Пілотного проекту були включені нові гіпотензивні препарати, в т.ч. комбіновані. Після цього результати моніторингу засвідчили збільшення показника відсутності в аптечних закладах принаймні одного із ЛЗ Пілотного проекту. Так, з вересня і до кінця минулого року середнє його значення становило 18,36%. Це пов'язано з тим, що протягом вересня-грудня 2013 р. відбувалась адаптація аптечними закладами свого асортименту відповідно до вимог вищевказаних нормативно-правових актів щодо Пілотного проекту.

Результати моніторингу також засвідчили, що відсутність гіпотензивних лікарських засобів Пілотного проекту в аптечних закладах має тимчасовий характер, оскільки дистриб'юторські компанії оперативно здійснюють їх поставки. Як правило, в аптечних закладах в наявності є декілька взаємозамінних препаратів Пілотного проекту – з однаковою МНН, які містять однакові дози аналогічних діючих речовин або їх комбінацій.

У торговельних залах аптечних закладів на видному місці наявні інформаційні плакати щодо реалізації Пілотного проекту. Це сприяє покращенню поінформованості населення.

Для оперативного вирішення питань, пов'язаних з реалізацією Пілотного проекту, на сайті Держлікслужби України розміщено контактні телефони та інформацію про відповідальних осіб, які в межах компетенції мають опрацьовувати звернення від громадян щодо наявності в аптечних закладах та рівня цін на препарати Пілотного проекту

## 6. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА ЗДІЙСНЕННЯ ДЕРЖАВНИХ ЗАКУПІВЕЛЬ

Третій рік поспіль система державних закупівель демонструє помітне підвищення ефективності. Як свідчить аналіз централізованих закупівель, у 2013 р.і не лише підтримано прогресивні тенденції і досягнення останніх років, але й зроблено іще більший крок уперед. Серед головних досягнень – покращення показників ефективності здійснення державних закупівель, оперативність проведення закупівельного процесу, вжиття організаційних заходів щодо поліпшення стану забезпеченості закладів охорони здоров'я, а також загальне підвищення стандартів публічності і відкритості процесу закупівель і забезпечення.

Як наслідок, із урахуванням поступового збільшення обсягів бюджетного фінансування, цього року заклади охорони здоров'я забезпечені порівняно краще, ніж торік. Як свідчить щорічний порівняльний аналіз, рівень забезпеченості щороку зростає.

На виконання бюджетних програм у 2013 р. МОЗ України здійснило централізованих закупівель лікарських засобів, виробів медичного призначення, медичного обладнання і автотранспорту на загальну суму 3181,0 млн грн, що складає 99,6% від річного плану фінансування. Закупівлі здійснено у повному обсязі.

Зокрема здійснено централізованих закупівель лікарських засобів, виробів медичного призначення і медичного обладнання на 2257,0 млн грн, спеціалізованого автотранспорту для розвитку служби екстреної медичної допомоги – на 921,4 млн грн, бланків листків непрацездатності для закладів охорони здоров'я – на 2,6 млн гривень.

Вперше за останні роки основні закупівлі на виконання державних цільових програм та комплексних заходів програмного характеру було здійснено до травня-червня місяця поточного року. Фактично за перші 5–6 місяців поточного року завдяки наполегливій роботі проведені основні державні централізовані закупівлі поточного року.

У подальшому протягом року здійснювалися додаткові закупівлі в межах заощаджених бюджетних коштів, проводилися закупівлі за новими напрямками забезпечення, на які протягом року виділено фінансування (автотранспорт, обладнання і препарати по дитячій онкології, ювенільний ревматоїдний артрит, вірусні гепатити, маршрутизація тощо).

За результатами здійснених державних закупівель досягнуто значної економії бюджетних коштів: заощаджено бюджетних коштів понад 200 млн гривень. Загалом за період 2011–2013 рр. заощаджено понад півмільярд гривень державних коштів при здійсненні централізованих закупівель. Це означає, що орієнтовно на цю суму МОЗ України закупило предметів закупівлі дешевше, ніж передбачалося. При цьому зауважимо, що економія супроводжувалася лише підвищенням якості закуплених препаратів і виробів.

Ціни централізованих закупівель знижено порівняно з 2012 роком у середньому на 5–8% за різними напрямками забезпечення. Переглянуто підходи у забезпеченні закупівель якісних препаратів, що відображається у заміні генеричних препаратів на оригінальні. Заощаджені кошти за рахунок зниження закупівельних цін дозволили здійснювати додаткові закупівлі за найбільш соціально важливими напрямками державного забезпечення.

Позитивні досягнення і тенденції зокрема полягають у наступному.

### ***1. Продовжено оптимізацію номенклатури централізованих закупівель.***

Поряд із закріпленням позитивних тенденцій попередніх років, урахувано передовий міжнародний досвід і світову практику застосування препаратів із неодмінною адаптацією їх

до українських реалій. Забезпечення умов для повноцінної профілактики і лікування за основними схемами.

Громадські і пацієнтські організації, а також провідні спеціалісти галузі, беруть усе активнішу участь у процесі формування номенклатури закупівель і здійснення супроводу процедур державних закупівель: вони входять до складу профільних номенклатурних комісій і постійних робочих груп.

### ***2. Запроваджено сучасні методики розрахунку потреби у лікарських засобах і виробих медичного призначення.***

Забезпечено всеохоплююче поширення тенденції до розробки прогресивних і удосконалення існуючих методик (методичних рекомендацій) до формування потреби у закупівлі з метою якомога повного і повноцінного забезпечення потреби пацієнтів в умовах обмеженого державного фінансування.

Для забезпечення методологічного інструментарію планування та розрахунку кількості лікарських засобів, що закуповуються за рахунок бюджетних коштів, розроблено та затверджено наказами МОЗ відповідні методики і рекомендації за 30 напрямками, з них затверджено у 2013 р. 25 методик, у т.ч. за 9 програмами.

### ***3. Збільшено обсяги бюджетного фінансування на виконання програм і заходів, а також забезпечено фінансування нових напрямів забезпечення у межах централізованих закупівель.***

Завдяки активній позиції МОЗ України фінансування виконання бюджетних програм (державних цільових програм і комплексних заходів програмного характеру) поступово щорічно поліпшується. Втім динаміка збільшення обсягів державного фінансування поки не дозволяє на сьогодні у повній мірі задовольнити зростаючу потребу закладів охорони здоров'я регіонів країни у необхідних лікарських засобах і виробих медичного призначення. При річній потребі у лікарських засобах і виробих 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%.

Якщо у 2012 р. бюджетні асигнування на централізовані закупівлі лікарських засобів і виробів медичного призначення становили 1833,9 млн грн, то на 2013 р. передбачалось 2227,6 млн гривень. Порівняно з минулим роком у поточному році бюджетне фінансування збільшилося на 21,5%.

Зокрема збільшено бюджетне фінансування на закупівлю лікарських засобів, виробів медичного призначення і медичного обладнання для лікування онкохворих дітей до 312,2 млн грн (+222,2 млн грн порівняно з минулим роком), виробів медичного призначення для дитячого діалізу (нефрологія дитяча) до 8,04 млн грн (+5,0 млн грн порівняно з минулим роком), виробів медичного призначення для перитонеального діалізу (нефрологія доросла) до 12,0 млн грн (+5,0 млн грн порівняно з минулим роком), медикаментів для лікування хворих дітей на хворобу Гоше до 15,3 млн грн (+10,0 млн грн порівняно з минулим роком).

Також виділено кошти на фінансування нових напрямів державного забезпечення, таких як лікування мукополісахаридозу, аутизму, ювенільного ревматоїдного артрити, вірусного гепатиту тощо.

У 2013 р. передбачалось фінансування закупівлі за такими новими напрямками забезпечення:

- 1) закупівля препаратів для онкологічних хворих на хронічний мієлоїдний лейкоз – 64,0 млн грн;
- 2) закупівля препаратів для лікування дітей, хворих на мукополісахаридоз, – 40,0 млн грн;
- 3) закупівля препаратів для лікування дітей, хворих на розлади психіки та поведінки із спектру аутизму, – 10,0 млн грн;
- 4) закупівля лікарських засобів для лікування ювенільного ревматоїдного артриту – 16,8 млн грн;
- 5) закупівля лікарських засобів для лікування вірусного гепатиту С – 22,2 млн грн;
- 6) закупівля лікарських засобів для лікування вірусного гепатиту В – 11,1 млн гривень.

#### ***4. Економія бюджетних коштів за здійсненими закупівлями.***

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 державних закупівель. Високий рівень конкуренції у системі централізованих закупівель стає запорукою зниження цін.

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 гривень. Загалом за період 2011–2013 рр. заощаджено державних коштів при здійсненні централізованих закупівель понад півмільярда гривень.

Серед напрямів забезпечення, де за результатами здійснених закупівель у 2013 р. відмічається найбільше економії бюджетних коштів, закупівля лікарських засобів і медичних виробів по туберкульозу та ВІЛ/СНІДу, імунобіологічних препаратів для імунопрофілактики, препаратів для лікування онкологічних і онкогематологічних захворювань, закупівля тест-смужок для діагностики цукрового діабету, автомобілів швидкої медичної допомоги для служби екстреної медичної допомоги тощо.

Другий рік поспіль найбільша пряма і опосередкована економія коштів досягається на закупівлі протитуберкульозних препаратів. У 2013 р. за напрямом заощаджено понад 26 млн гривень. Майже не поступається за обсягами заощадження напрям закупівлі антиретровірусних препаратів – понад 25 млн грн у минулому році. Стабільно помітне зниження цін і, відповідно, суттєві обсяги економії коштів досягаються на закупівлі онкологічних і онкогематологічних препаратів для лікування дорослих і дітей, а також імунобіологічних препаратів для вакцинації населення. Так, за підсумками минулого року обсяги зекономлених коштів по онкології становили майже 25 млн грн, по імунопрофілактиці – близько 24 млн гривень. Традиційно значні обсяги економії досягаються за напрямами закупівлі препаратів для лікування розсіяного склерозу – понад 15 млн грн, тест-смужок для діагностики цукрового діабету – понад 7 млн гривень. Чимало коштів зекономлено на закупівлі автомобілів швидкої медичної допомоги – близько 7 млн. грн. МОЗ України минулого року спромігся закупити «карети» швидкої медичної допомоги за економними, середньоринковими, цінами. За іншими напрямами централізованого забезпечення відмічаються також чималі обсяги економії бюджетних коштів.



На зекономлені кошти вдалося здійснити додаткові закупівлі за найбільш соціально важливими напрямками централізованого забезпечення і поліпшити стан забезпеченості закладів охорони здоров'я необхідними лікарськими засобами і медичними виробами. За три останні роки по системі централізованих закупівель загалом заощаджено близько півмільярда гривень.

#### **5. Зниження цін централізованих закупівель.**

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 два і більше разів. У 2012 р. ціни ще знижено приблизно на 5–6%. У середньому по 2013 р. закупівельні ціни нижче, ніж у 2012 р., приблизно на 5–8%.

Серед напрямів забезпечення, де відмічається найбільше зниження цін при здійсненні державних закупівель, – туберкульоз, ВІЛ/СНІД, онкологія, імунопрофілактика, розсіяний склероз, цукровий діабет, автомобілі швидкої медичної допомоги тощо.

Серед перших напрямів по зниженню цін закупівель – закупівлі протитуберкульозних і антиретровірусних препаратів для лікування туберкульозу і ВІЛ/СНІДу.

Так, останніми роками відмічається помітне зниження закупівельних цін на протитуберкульозні препарати. З 2009 по 2013 рр. ціни закупівель на протитуберкульозні препарати знижено на 47%, тобто майже вдвічі. За підсумками 2013 р. середнє зниження цін відмічається на рівні 13,4% порівняно з попереднім роком.

У 2013 р. ціни закупівель помітно знижено. Так, у поточному році ціна протитуберкульозного препарату «Циклосерин» (250 мг) знизилась на 30,6%, внаслідок чого економія склала понад 18 млн грн, на препарат «Левофлоксацин» (500 мг) закупівельна ціна у поточному році на 42% нижча, ніж у минулому, що дозволило зекономити 2,8 млн грн порівняно з 2012 р., на «Моксифлоксацин» (400 мг) – на 15,3%, економія 1,4 млн гривень.

Не меншими темпами знижуються ціни на антиретровірусні препарати. За останні 5 років ціни на них знижено майже вдвічі – загалом на 48,1%. За підсумками 2013 р. ціни знижено на 9,6%. Так, наприклад, якщо препарат «Зидовудин/Ламівудин» (300 мг/150 мг) обходився державному бюджету у 2009 р. у 2,09 грн за таблетку, то на сьогодні закупівельна ціна складає 1,24 грн. Аналогічні паралельні відмічаються і по іншим препаратам.

У 2013 р. лише на закупівлі АРВ-препарату «Ефавіренз» (600 мг) зекономлено 12,8 млн грн, ціну знижено на 48,0%, а на закупівлі препарату «Зидовудин/Ламівудин» (300 мг/150 мг) заощаджено 5,3 млн грн, падіння ціни на 20,5%. Цього року «Ламівудин» (150 мг) закуплено за ціною на 22,8% нижче, ніж торік, препарат «Тенофовір+Емтрицитабін» (300 мг/200 мг) – на 28,9% дешевше від минулорічної ціни, а «Тенофовір/Емтрицитабін/Ефавіренз» (300 мг/200 мг/600 мг) – на 29% нижче очікуваної, минулорічної, ціни.

#### **6. Поліпшено конкурентне середовище закупівель, а також сформовано прозорі і недискримінаційні умови закупівель для всіх учасників процесу закупівель.**

Порівняно з 2009 р. кількість оскаржень процедур закупівель у 2013 р. зменшилась у 13 разів. Якщо у 2009 р. було 102 оскарження процедур закупівель, то цього року поки до МОЗ України надійшло 8 скарг. У 2011 р. було 10 скарг, у 2012 р. – 5 скарги. Така динаміка

свідчить про дотримання основних принципів здійснення державних закупівель – забезпечення рівних умов для учасників торгів, а також підвищення конкурентного поля і прозорості закупівель.

Посилено неупереджене і забезпечено справедливе ставлення до всіх учасників ринку при розміщенні державних замовлень та здійснення закупівель за принципом «одне найменування – один лот».

***7. Поліпшено відкритість і публічність процесу закупівель, забезпечено широке висвітлення інформації щодо закупівель і забезпечення закладів охорони здоров'я.***

Інформація щодо здійснення закупівель публікується на офіційному сайті МОЗ України, розміщуються численні прес-релізи та інформаційні матеріали. На офіційному web-сайті МОЗ України громадяни можуть бачити, які препарати закуплені, які поставлені (у т.ч. за якими серія – критерій виокремлення державних закупівель безкоштовного забезпечення), які препарати надійшли до регіонів і які наявні залишки (наказом МОЗ України від 27.06.2013 р. № 561). До процедур закупівель на усіх стадіях їх здійснення мають доступ громадські, пацієнтські організації і асоціації. Усі охочі могли пересвідчитися у публічності і відкритості МОЗ України у питанні державних закупівель на прикладі проведення процедур конкурсних закупівель автомобілів швидкої медичної допомоги для розвитку служби екстреної медичної допомоги.

***8. Впроваджено практику інформування населення щодо наявності препаратів для лікування онкохворих дитячого віку.***

З метою інформування населення, МОЗ України доручило територіальним органам управління забезпечити розміщення на інформаційних стендах у відділеннях закладів охорони здоров'я інформації щодо наявних в закладах охорони здоров'я лікарських засобів для лікування дітей, хворих на онкологічні та онкогематологічні захворювання, що закуплені за кошти державного бюджету. У подальшому передбачається поширення позитивного досвіду інформування за іншими напрямками забезпечення.

***9. Удосконалено системи контролю за регіональними закупівлями за кошти місцевих бюджетів і субвенцій з державного бюджету місцевим.***

МОЗ України, як центральний орган виконавчої влади, завданням якого є забезпечення формування та реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я, для забезпечення контролю за ефективним використанням державних коштів при здійсненні регіональних закупівель запроваджено звітування ТООЗ через інформаційну автоматизовану систему щодо використання коштів місцевого бюджету, за субвенціями з державного бюджету із виконання процедур закупівель лікарських засобів та виробів медичного призначення, укладання та виконання договорів за рахунок коштів місцевого бюджету / за субвенціями з державного бюджету місцевим.

У рамках виконання субвенцій на 2013 р. МОЗ України погоджує номенклатуру закупівель, контролює стан здійснення закупівель, цінову політику закупівель регіонів, систему конкурентного середовища регіональних закупівель. Завдяки проведеній роботі МОЗ України вдається здійснювати контроль за цільовим та ефективним використанням коштів територіальними органами охорони здоров'я.

**10. Розроблено і впроваджено нормативно-правові основи контролю за цільових використання матеріальних цінностей, отриманих централізовано за бюджетними програмами та заходами.**

З метою здійснення планування та удосконалення розрахунку кількості лікарських засобів, що закупаються за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів для забезпечення визначених груп населення, на підставі відповідних реєстрів, МОЗ України видано наказ від 22.03.2013 р. № 232 «Про організацію контролю за цільовим та раціональним використанням матеріальних цінностей, отриманих централізовано за бюджетними програмами та заходами». Наказом передбачено необхідність на регіональному рівні формування цілісної та ефективної системи забезпечення предметами закупівлі за державні кошти. Система включає усі етапи процесу забезпечення – від визначення головних спеціалістів і відповідних комісій, формування потреби у закупівлі, до питань розподілу, організації зберігання, використання і обліку товарів централізованого забезпечення.

**11. Удосконалюється система моніторингу дотримання належних умов зберігання лікарських препаратів (холодовий ланцюг).**

Передбачається провадження системи моніторингу забезпечення дотримання режиму «холодового ланцюга» на усіх етапах місцезнаходження медичних імунобіологічних препаратів (МІБП), при транспортуванні і зберіганні, до моменту їх використання пацієнтами шляхом створення електронної бази даних інформації щодо температурного режиму стану МІБП – створення програмного комплексу, який дозволить у режимі реального часу отримувати та аналізувати інформацію щодо температурних показників по кожному місцю фактичного зберігання препаратів.

**12. Покращено стан забезпечення за найбільш соціально важливими програмами і централізованими заходами.**

За рахунок оптимізації номенклатури закупівель, зниження рівня цін, впровадження нової методики розрахунку потреби у протитуберкульозних препаратах, здійснення комплексного перерозподілу препаратів між регіонами, істотно збільшено охоплення лікуванням хворих з мультирезистентним туберкульозом.

За рахунок заощаджених бюджетних коштів за підсумками здійснених закупівель передбачається додаткове забезпечення АРВ-препаратами близько 6,7 тис. нових пацієнтів.

Вперше завдяки збільшенню обсягів фінансування на виконання заходів із забезпечення онкохворих дітей планується забезпечити дітей на 100% необхідними препаратами. Майже усі закуплені препарати є оригінальними. Жодна дитина не повинна залишитися без безкоштовного лікування за рахунок держави.

Встановлено новий ціновий тренд у системі централізованих закупівель на препарати для лікування вірусного гепатиту. За підсумками закупівель ціни на пегільовані інтерферони знижено у 2–2,5 рази.

**13. Щодо вдосконалення системи здійснення державних закупівель і перспектив на майбутнє.**

Одним з основних напрямів розвитку системи державних закупівель у сфері охорони здоров'я є удосконалення нормативно-правової бази, запровадження прогресивного та інноваційного міжнародного досвіду.

Правове регулювання системи державних закупівель передбачено Законом України «Про здійснення державних закупівель», метою якого є створення конкурентного середовища у сфері державних закупівель, запобігання проявам корупції у цій сфері, розвиток добросовісної конкуренції, забезпечення раціонального та ефективного використання державних коштів.

Базою для розвитку «здорової» конкуренції у сфері державних закупівель є впровадження передових та ефективних міжнародних методів реалізації політики в цій сфері. Одним з таких методів є запровадження системи електронних торгів.

«Електронізація» державних закупівель дозволить об'єднати в єдиному інформаційному просторі всіх суб'єктів закупівель, сприятиме прозорості та відкритості закупівельного процесу, економії державних коштів, знизить фінансові та трудові витрати на організацію та проведення процедур закупівель. Прозорість та відкритість ґрунтуватиметься, передусім, на безперешкодному доступі до інформації в режимі «онлайн» безпосередньо бізнес-сектору, контролюючих органів та суспільства в цілому. Попри те, що можливість впровадження процедури електронного реверсного аукціону передбачена законодавством ще з липня 2012 р., проведення електронних торгів досі здійснюється через відсутність підзаконних нормативно-правових актів, необхідних для повноцінного функціонування закону. Таким чином, застосування процедури електронного реверсивного аукціону в Україні неможливе через неврегульованість нормативно-правової бази.

Також заслуговує особливої уваги та потребує впровадження міжнародний досвід застосування рамкових угод.

З метою впровадження ефективних та новітніх міжнародних методів державних закупівель, удосконалення закупівельного процесу лікарських засобів і виробів медичного призначення, зокрема в частині врегулювання питання впровадження прогресивного механізму закупівлі лікарських засобів, медичної техніки та виробів медичного призначення за рамковими угодами, МОЗ України розроблено проект Закону України «Про особливості здійснення закупівель у сфері охорони здоров'я».

Метою прийняття зазначеного проекту Закону є законодавче впровадження певних особливостей при здійсненні державних закупівель у сфері охорони здоров'я: надання МОЗ України права на виконання функцій генерального замовника в інтересах закладів охорони здоров'я державної та комунальної форм власності, встановлення порядку визначення очікуваної ціни предмету закупівлі, формування лотів, виконання договорів про закупівлю лікарських засобів, медичної техніки та виробів медичного призначення тощо.

Таким чином, система державних закупівель МОЗ України демонструє прогресивні і позитивні тенденції. В умовах обмеженого державного фінансування ефективно здійснення державних закупівель МОЗ України стає запорукою реалізації державних програм і заходів з охорони здоров'я та визначальним шляхом до поліпшення стану забезпечення системи охорони здоров'я.