

ЕКОНОМІКА І ПРАВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

№ 1 (1), 2015

Економіка і право охорони здоров'я

№ 1 (1), 2015

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

ПЕРІОДИЧНІСТЬ ВИХОДУ – 2 рази на рік

ЗАСНОВАНИЙ – грудень 2014 року

ЗАСНОВНИКИ

Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»
Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія»
Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет»

ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР – Слабкий Г.О.

ЗАСТУПНИКИ ГОЛОВНОГО РЕДАКТОРА – Дзюба О.М., Ждан В.М., Смоланка В.І.

ВІДПОВІДАЛЬНИЙ РЕДАКТОР – Ситенко О.Р.

ЛІТЕРАТУРНІ РЕДАКТОРИ – Ратаніна О.М., Шумило О.В.

ДИЗАЙН І ВЕРСТКА – Кривенко Є.М.

ГОЛОВА СЕКРЕТАРІАТУ – Дудник С.В.

СЕКРЕТАРІАТ – Касинець С.С. (Полтава), Бутенко І.В. (Київ), Качала Л.О. (Ужгород)

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ (голова редакційної колегії – д.мед.н., проф. Ковальова О.М.)

Голованова І.А., Істомін С.В., Карамзіна Л.А., Лазур Я.В., Мельник П.С., Мікловда В.П., Нагорна А.М.,
Приходько В.О., Рогач І.М., Рогач О.Я., Фера О.В., Чепелевська Л.А., Чопей І.В., Шатило В.Й.

РЕДАКЦІЙНА РАДА (голова редакційної ради – д.мед.н., проф. Лехан В.М. (Дніпропетровськ))

Васильєв К.К. (Одеса), Вороненко Ю.В. (Київ), Голубчиков М.В. (Київ), Грузєва Т.С. (Київ),
Децик О.З. (Івано-Франківськ), Камінська Т.М. (Харків), Клименко В.І. (Запоріжжя), Кобер Л. (Словаччина),
Коваленко О.С. (Київ), Кочет О.М. (Київ), Кудренко М.В. (Київ), Лашкул З.В. (Запоріжжя), Лобас В.М. (Красний Лиман),
Любінець О.В. (Львів), Медведовська Н.В. (Київ), Миронюк І.С. (Ужгород), Моїсеєнко Р.О. (Київ), Овоц А. (Польща),
Огнев В.А. (Харків), Ситенко О.Р. (Київ), Слабкий Г.О. (Ужгород), Станчак Я. (Польща), Тодоров І.Я. (Ужгород),
Толстанов О.К. (Київ), Шафранський В.В. (Київ)

Рекомендовано до друку Вченою радою
ДУ «Український інститут стратегічних досліджень
МОЗ України» (протокол № 7 від 24.09.2015 р.)

АДРЕСА РЕДАКЦІЇ:

провулок Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна
телефон: +380 44 576-41-19; 576-41-09
факс: +380 44 576-41-20; 576-41-09
e-mail: s.nauka@ukr.net

Свідоцтво про державну реєстрацію
КВ № 21125-10925Р від 24.12.2014 р.

Підписано до друку 1 жовтня 2015 р.
Загальний наклад 100 прим. Зам. № 10/06/01

ВИДАВЕЦЬ:

ДУ «Український інститут
стратегічних досліджень МОЗ України»
Адреса: пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна

ВИДАВНИК:

«СПД ФО «Коломіцин В.Ю.»
Свідоцтво про державну реєстрацію
В02 № 257914 від 09.12.2002 р.

Надруковано у МВЦ «Медінформ»
03179, м. Київ, вул. Котельникова, 95,
тел./факс +380 44 501-35-69

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи
до Державного реєстру видавців, виготівників
і розповсюджувачів видавничої продукції
ДК № 1194 від 15.01.2003 р.

Відповідальність за достовірність фактів та інших відомостей у публікаціях несуть автори.
Цілковите або часткове розмноження в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у цьому виданні,
допускається лише з письмового дозволу редакції.

ЗМІСТ / CONTENT

Привітання Президента Національної академії медичних наук України А.М. Сердюка Greeting from President of the National Academy of Sciences of Ukraine A.M. Serdyuk	5
---	----------

Привітання заступника Міністра охорони здоров'я України В.В. Шафранського Greeting from Deputy of Minister of Health of Ukraine V.V. Shafransky	6
--	----------

ЕКОНОМІКА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я / HEALTH CARE ECONOMICS

Белікова І.В. Концептуальні підходи до оптимізації інформаційно-аналітичного забезпечення системи охорони здоров'я з точки зору інформаційної логістики	7
--	----------

Belikova I.V. Conceptual approaches to the optimization of information analysis support of the health system from the perspective of the principles of the logistics information	
---	--

Вовк С.М., Шутов М.М., Арцатбанова Е.В. Процесс системной трансформации здравоохранения в переходный период	11
--	-----------

Vovk S.M., Shutov M.M., Artsatbanova Ye.V. Process of systemic transformation of health in the period of transition	
--	--

Голованова І.А., Краснова О.І. Актуальні проблеми розвитку медичного страхування в період ринкового реформування	16
---	-----------

Golovanova I.A., Krasnova O.I. Actual problems of development medical insurance during the period market reforming	
---	--

Жилка Н.Я., Орлова О.О. Медико-соціальна та економічна ефективність профілактики небажаної вагітності у ВІЛ-інфікованих жінок	22
--	-----------

Zhylka N.Ya., Orlova O.O. Medical and social and economic efficiency of prevention of unwanted pregnancies in HIV-infected women	
---	--

Лашкул З.В. Економічні збитки від захворюваності населення на артеріальну гіпертензію та асоційовані з нею хвороби у Запорізькій області	26
---	-----------

Lashkul Z.V. The economic costs of morbidity due to hypertension and diseases associated with it in the Zaporozhye region	
--	--

Ріга О.О., Ковальова О.М., Коробка О.В., Гончарь М.О., Похилько В.І., Артьомова Н.С. Паліативна допомога у новонароджених: медико-етичні та фінансово-економічні аспекти	31
---	-----------

Riga O.O., Kovaliova O.M., Korobka O.V., Gonchar M.O., Pokhylko V.I., Artiomova N.S. Palliative care in the newborn: medical, ethical, financial and economic aspects	
--	--

Шафранський В.В., Дудник С.В. Профілактика як провідний аспект економічного зростання держави	36
--	-----------

Shafransky V.V., Dudnyk S.V. Prophylaxis as a leading aspect of economic growth of the state	
---	--

Шевченко М.В. Рекомендації щодо зміни окремих функцій для системи фінансування охорони здоров'я в Україні	42
--	-----------

Shevchenko M.V. Recommendations for change definite functions for the system of financing health care in Ukraine	
---	--

МЕДИЧНЕ ПРАВО / MEDICAL LAW

<i>Анталовці О.В., Сухан В.С., Блага О.С. Механізм забезпечення та правового регулювання прав пацієнтів в Україні</i>	49
<i>Antalovtsi O.V., Sukhan V.S., Blaga O.S. Mechanism of maintenance and law regulation of patients' rights in Ukraine</i>	
<i>Горачук В.В. Міжнародні інструменти підвищення якості менеджменту медичної допомоги</i>	54
<i>Horachuk V.V. Reserves innovation quality management of health care</i>	
<i>Децик О.З., Мельник Р.М., Похмурський В.В. Правові засади функціонування системи екстреної медичної допомоги в Україні та Польщі: схожість і відмінності</i>	58
<i>Detsyk O.Z., Melnyk R.M., Pokhmursky V.V. Legal basis of emergency medical care in Ukraine and Poland: similarities and differences</i>	
<i>Дудіна О.О., Волошина У.В. Нормативно-правове забезпечення регіоналізації перинатальної допомоги в Україні</i>	64
<i>Dudina O.O., Voloshyna U.V. Normative and legal ensuring of perinatal care regionalization in Ukraine</i>	
<i>Жаховський В.О., Лівінський В.Г., Кудренко М.В., Мельник І.П. Воєнно-медична доктрина України як основа системи військово-медичних стандартів</i>	70
<i>Zhakhovsky V.O., Livinsky V.G., Kudrenko M.V., Melnyk I.P. Medical Military Doctrine of Ukraine as the basis of military medical standards</i>	
<i>Жилка Н.Я., Кудря А.В. Дискусія: права та відповідальність сімейного лікаря щодо ефективної професійної діяльності</i>	77
<i>Zhylka N.Ya., Kudria A.V. Discussion: rights and responsibilities of family doctor for effective professional activities</i>	
<i>Лехан В.М., Крячкова Л.В., Канюка Г.С., Романова О.В. Управлінські обмеження як індикатор здатності і готовності керівників закладів охорони здоров'я до реформи системи охорони здоров'я</i>	81
<i>Lekhan V.M., Kryachkova L.V., Kanyuka G.S., Romanova O.V. Management blockages as an indicators of the health facilities managers ability and willingness to health care reform</i>	
<i>Любінець О.В., Пилипець Я.Д., Гржибовський Я.Л., Ходор О.Є. Організація медичної допомоги на дошпитальному етапі: правові аспекти</i>	87
<i>Lyubinets O., Pylypets Ya., Hrzhybovsky Y., Khodor O. Organization of medical care at prehospital stage: legal aspects</i>	



**ПРИВІТАННЯ ПРЕЗИДЕНТА НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ
МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ АНДРІЯ МИХАЙЛОВИЧА СЕРДЮКА**

Шановні спеціалісти із соціальної медицини та організатори охорони здоров'я!

Дозвольте привітати вас із виходом нового науково-практичного журналу «Економіка і право охорони здоров'я»! Сьогодні перед нами постала надзвичайно важлива проблема створення ефективної системи медичного обслуговування населення України, спроможної надавати якісну медичну допомогу та забезпечувати дотримання прав пацієнтів. Також вкрай актуальним є створення в країні сучасної системи громадського здоров'я, яка дозволить скоординувати зусилля всіх секторів економіки задля збереження та зміцнення здоров'я населення.

Глибоко символічно, що перший номер журналу виходить у складний для системи охорони здоров'я період її реформування, коли на порядку денному гостро стоять питання підвищення інформованості науковців, організаторів охорони здоров'я, державних службовців та осіб, що приймають рішення на всіх рівнях управління, з нагальних питань розвитку медичної галузі. І найважливішими з них є питання правового та економічного характеру, адже вони є основними в реформуванні та ефективному управлінні у сфері охорони здоров'я.

Мені надзвичайно приємно вітати вчених та практиків, які представлятимуть в журналі свої наукові здобутки, досвід та висвітлюватимуть проблемні питання, та читачів журналу, для яких ці матеріали можуть стати поштовхом до позитивних перетворень у сфері охорони здоров'я.

Широкий обмін думками щодо підходів до вирішення проблем правового забезпечення та впровадження в сферу охорони здоров'я нових ефективних економічних механізмів сприятиме оптимізації діяльності галузі.

Впевнений, що новий науково-практичний журнал сприятиме формуванню ефективних стратегій розвитку охорони здоров'я в Україні, спрямованих на поліпшення здоров'я населення.

Щиро бажаю редакційні колеги та редакційній раді журналу успішної роботи, генерації нових ідей та поступального розвитку журналу!

Президент НАМН України, академік

А.М. Сердюк



**ПРИВІТАННЯ ЗАСТУПНИКА МІНІСТРА
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ ВІКТОРА ВІКТОРОВИЧА ШАФРАНСЬКОГО**

Шановні колеги!

Прийміть сердечні вітання з нагоди непересічної події – започаткування в Україні нового практичного журналу «Економіка і право охорони здоров'я».

Тематика науково-практичного журналу має для охорони здоров'я України надзвичайно важливе значення, оскільки правові та економічні проблеми в забезпеченості діяльності сфери є найбільш гострими.

У сучасних умовах реформування сфери охорони здоров'я спостерігається обмеженість професійної комунікації в зазначених питаннях як для представників владних структур, що приймають рішення на всіх рівнях управління, так і для організаторів охорони здоров'я, практичних медичних працівників і науковців.

Кожне нове наукове-практичне видання – це шлях до підвищення інформованості цільових груп комунікативного впливу, обміну досвідом, що створює міцну основу для прийняття обґрунтованих і виважених рішень актуальних проблем сьогодення.

Даний науково-практичний журнал є першим спеціалізованим виданням у напрямку права та економіки в охороні здоров'я.

Впевнений у підвищеній необхідності даного видання та його майбутній результативності в справі розширення професійних контактів, набуття нових партнерів, співробітництва в напрямку створення ефективної системи надання медичної допомоги та ефективної системи громадського здоров'я країни.

Користуючись нагодою, хочу запевнити, що Міністерство охорони здоров'я України, підтримує видання науково-практичного журналу «Економіка і право охорони здоров'я» та сприятиме його продуктивній діяльності.

Заступник Міністра охорони здоров'я України

В.В. Шафранський

КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ОПТИМІЗАЦІЇ ІНФОРМАЦІЙНО-АНАЛІТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я З ТОЧКИ ЗОРУ ІНФОРМАЦІЙНОЇ ЛОГІСТИКИ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, Україна

Мета – виявити основні концептуальні напрями оптимізації інформаційно-аналітичного забезпечення системи охорони здоров'я України, використовуючи принципи інформаційної логістики.

Метод: аналітичний.

Результати. Потреба в структурно-функціональному удосконаленні системи інформаційно-аналітичного забезпечення охорони здоров'я обумовлена, з одного боку, підвищенням вимог до управлінської інформації, а з іншого – збільшенням кількості суб'єктів її обміну та опрацювання. Оскільки однією із завдань логістики як науки є управління інформаційними потоками, доцільно застосовувати основні принципи логістики в оптимізації інформаційно-аналітичного забезпечення та охорони здоров'я.

Висновки. На підставі вивчення факторів, які впливають на якість та ефективність інформаційно-аналітичного забезпечення системи охорони здоров'я, пропонуються такі методи оптимізації системи інформаційного забезпечення на основі логістичної концепції: скорочення внутрішньогалузевих взаємодій між учасниками процесу передачі, збору, обробки та споживання інформації за рахунок впровадження єдиного інформаційного простору; при розробці та впровадженні прикладних медичних інформаційних систем першочергове значення має приділятися якості інформаційних ресурсів, тобто достовірності та специфічності; оптимізація потоку інформації під конкретну управлінську задачу; мінімізація циклу передачі інформації – основа динаміки інформаційного потоку, особливо важливо поєднувати в ряді форм звітності даних економічної та лікувально-профілактичної діяльності медичних організацій, а також даних державної та приватної системи охорони здоров'я.

Ключові слова: інформатизація, логістика, управління.

ВСТУП

Згідно з метою Концепції побудови нової національної системи охорони здоров'я України щодо збереження і зміцнення здоров'я населення та задоволення об'єктивних потреб населення в якісній медичній допомозі, необхідно впровадити комплекс правових, управлінських, фінансово-економічних, структурних, інформаційних, міжсекторальних, комунікаційних та інших компонентів системи охорони здоров'я [6].

Для досягнення поставлених цілей першочерговим завданням є вдосконалення інформаційного забезпечення управлінської діяльності, оскільки ефективне управління охороною здоров'я неможливе без побудови сучасної гнучкої та прозорої статистичної системи, здатної оперативно та об'єктивно відображати тенденції в ресурсному забезпеченні системи охорони здоров'я та у стані здоров'я населення України [1, 4, 5].

Щоб реалізувати можливість постійного збирання інформації, слід спроектувати інформаційну систему, яка б об'єднувала різні технологічні процеси, що мають місце в різних медичних закладах, які надають допомогу різного виду складності.

Перед розробниками медичних інформаційних систем постає проблема, по-перше, оптимізації документообігу, по-друге, створення такої інформаційної

системи, яка б могла об'єднати усі інформаційні потоки в єдиному інформаційному просторі [3].

Мета роботи – визначити необхідність оптимізації інформаційно-аналітичного забезпечення системи охорони здоров'я України з точки зору концепції логістики.

Методи: аналітичний, описового моделювання.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Інформаційне забезпечення охорони здоров'я – надзвичайно складна система, складність якої в останні роки істотно зростає завдяки впровадженню сучасних технологій збору та обробки інформації, і в якій, як і в інших системах подібного рівня, необхідний міждисциплінарний підхід.

Система інформаційного забезпечення охорони здоров'я – це комплекс елементів, що постійно змінюється. Вирішення проблеми інформаційного забезпечення охорони здоров'я в жодному разі не може обмежуватися питанням інформатизації, в основу модернізації слід покласти організаційні заходи, засновані на детальній аналізі інформаційного середовища, яке дуже мінливе.

Наразі потреба в структурно-функціональному вдосконаленні системи інформаційного забезпечення

охорони здоров'я обумовлена, з одного боку, підвищенням вимог до управлінської інформації, а з іншого – збільшенням кількості суб'єктів її обміну та опрацювання.

Висловлюючись економічними термінами, зростає попит на управлінську інформацію як продукт. У цьому ключі доречно застосовувати в системі інформаційного забезпечення охорони здоров'я принципи логістики. Логістика – розділ економічної науки про планування і забезпечення споживачів товарами, послугами та необхідною інформацією, метою якої є повне задоволення запитів споживачів.

Розглядаючи систему охорони здоров'я з точки зору економічної системи, ми умовно уявляємо певне виробництво, кінцевим результатом якого є здоров'я населення. Ресурсним потенціалом такого виробництва, на одному рівні з фінансовою, матеріально-технічною та кадровою складовою, є інформаційні ресурси, а інформаційні потоки – один із ключових елементів виробничого процесу. Тобто в даному випадку доречно використовувати основні економічні принципи, у тому числі принципи логістики. У таблиці наведено відповідність термінології, застосовуваний у логістиці, тій, що зазвичай використовується в охороні здоров'я.

Таблиця
Відповідність понять інформаційної логістики

Логістична термінологія	Термінологія організації охорони здоров'я
Постачальник	Заклади охорони здоров'я
Склад матеріалів у постачальника	Первинна облікова документація лікувального закладу
Склад матеріалів виробника	Загальноприйняті електронні та паперові носії звітності
Цех підприємства	Регіональні інформаційно-аналітичні центри
Склад готової продукції на підприємстві	Електронні бази даних, реєстри тощо
Споживачі	Суб'єкти управління

У галузі охорони здоров'я логістична інформація цілеспрямовано збирає сукупність фактів, явищ, подій, що становлять інтерес і підлягають реєстрації та опрацюванню для забезпечення процесу управління.

На сьогодні інформацію доцільно розглядати як самостійний ресурс і самостійний виробничий фактор, і це повністю відповідає особливостям, які склалися в економіці охорони здоров'я.

Пряма вигода від швидкого інформаційного потоку полягає в тому, що вона дає змогу налагодити рівномірний процес управління, а головне – підтримувати рівновагу між елементами логістичної системи.

Дві області в охороні здоров'я більше порівняно з іншими залежать від інформації – це прогнозування та управління. Прогнозування в логістиці служить для визначення майбутніх потреб. Прогноз використовується як інструмент оцінки того обсягу запасів, який потрібен для задоволення очікуваних запитів споживачів. Одна з головних причин, за якими необхідна інформація для чіткого управління логістичними операціями, полягає в необхідності компенсувати неточність прогнозів умінням швидко відповідати на зміни в потребі. Системи управління – «точно в термін», «реагування», «безперервне поповнення запасів» – служать прикладами моделей логістичного менеджменту, які з'явилися завдяки сучасним інформаційним технологіям.

З позицій логістики, недоліком несвоєчасної інформації про предмет управління викликає необґрунтоване накопичення її запасів, оскільки непевність споживача у здатності отримати потрібну інформацію, як і непевність постачальника оперативно надати її, викликає зрозуміле бажання підстрахуватися, тобто розширити обсяг інформації.

Процес накопичування інформації, яка в подальшому не буде використана, в кінцевому результаті «обкрадає» виробничий процес, що, своєю чергою, призводить до зростаючого безглузлого накопичення і зберігання інформації, а це підриває процес управління, віднімаючи час на отримання та обробку непотрібної інформації.

Слід зазначити, що впровадження інформаційних технологій у медичну статистику позитивно впливає на швидкість отримання інформації та її обсяг, але при цьому залишається невирішеним питання аналітичної оцінки та опрацювання інформації.

Розглядаючи питання з точки зору логістики, продуктом (як об'єктом виробництва та предметом обміну) є управлінська інформація у вигляді звітів і баз даних. У цьому випадку доречно застосовувати такі основні економічні категорії, як попит, пропозиція, продукт, товар, споживання та інші, що, своєю чергою, довели високу практичну ефективність у різних галузях народного господарства при різних видах державного устрою та бюджетного забезпечення.

Заклади, що надають медичну допомогу різних видів складності, в кінцевому результаті є основними постачальниками управлінської (щорічної або оперативної) інформації для реалізації цілей державної політики у сфері управління галуззю.

Концепція організації інформаційного забезпечення охорони здоров'я з точки зору логістики будується на основних положеннях:

- інформаційне забезпечення – система управління ланцюгами інформації, що надходить;
- оптимізація процесу передачі, опрацювання та зберігання інформаційних ресурсів, усунення нерационального, повторного інформаційного обміну;

- стандартизація форм обліку, контроль якості інформації на всіх рівнях;
- децентралізація та автоматизація вводу та виводу даних;
- мінімізація надлишкової інформації;
- скорочення циклу замовлення – збір – надання інформації;
- постійна ревізія інформаційних потоків і відмова від інформації, що не вимагається;
- забезпечення доступності джерел опрацьованої інформації шляхом взаємодії з базою даних;
- ставлення до поставщиків інформації як до партнерів, а не опонентів, розуміючи їх визначальну роль в якості інформації.

Такі ставлення до збору та зберігання інформації потребують особливого відношення до професійної компетенції замовників інформації – суб'єктів управління.

Зрозуміло, що завдання інформатизації ключової ланки охорони здоров'я не може бути вирішене для всіх учасників процесу одночасно. Необхідно визначити стратегію поетапного впровадження запропонованої технології. По перше, слід ставити реальні плани щодо досягнення результатів, по-друге, кожен етап має приводити, як мінімум, до соціального ефекту.

ВИСНОВКИ

На підставі вивчення факторів, які впливають на якість та ефективність інформаційно-аналітичного забезпечення системи охорони здоров'я, пропонуються такі методи оптимізації системи інформаційного забезпечення на основі логістичної концепції:

1. Скорочення внутрішньогалузевих взаємодій між учасниками процесу передачі, збору, обробки та споживання інформації за рахунок впровадження єдиного інформаційного простору.

2. При розробці та впровадженні прикладних медичних інформаційних систем першочергове значення слід приділяти якості інформаційних ресурсів, тобто достовірності та специфічності.

3. Оптимізація потоку інформації під конкретну управлінську задачу.

4. Мінімізація циклу передачі інформації – основа динаміки інформаційного потоку.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

При плануванні інформаційних потоків необхідно максимально передбачити можливе повторне використання отриманих даних, що припускає застосування системи уніфікованих первинних даних і показників. Особливо важливо поєднувати в ряді форм звітності даних економічної та лікувально-профілактичної діяльності медичних організацій, а також даних державної та приватної системи охорони здоров'я.

ЛІТЕРАТУРА

1. Жаворонков Е. П. Логистический менеджмент в здравоохранении : учеб. пособие / Е. П. Жаворонков. – Новосибирск : Сибмедииздат НГМУ, 2009. – 128 с.
2. Кальченко А. Г. Логістика : підручник / А. Г. Кальченко. – Київ : КНЕУ, 2003. – 284 с.
3. Концептуальні підходи до впровадження електронних медичних записів у систему охорони здоров'я України / М. В. Голубчиков, О. С. Коваленко, Л. М. Козак, В. Г. Осташко // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я. – 2008. – № 3. – С. 51–54.
4. Про основні засади розвитку інформаційного суспільства в Україні на 2007–2015 роки : Закон України від 09.01.2007 р. № 537-V [Електронний документ]. – Режим доступу : [http : //zakon4.rada.gov.ua](http://zakon4.rada.gov.ua). – Назва з екрана.
5. Про подальше вдосконалення служби медичної статистики системи МОЗ України : наказ МОЗ України від 02.12.2004 р. № 592 [Електронний документ]. – Режим доступу : [http : //zakon4.rada.gov.ua](http://zakon4.rada.gov.ua). – Назва з екрана.
6. Про схвалення Концепції нової системи охорони здоров'я : проект розпорядження Кабінету Міністрів України [Електронний ресурс] – Режим доступу : [http : //www.moz.gov.ua](http://www.moz.gov.ua). – Назва з екрана.

Дата надходження рукопису до редакції: 11.09.2015 р.

Концептуальные подходы к оптимизации информационно-аналитического обеспечения системы здравоохранения с точки зрения принципов информационной логистики

И.В. Беликова

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава, Украина

Цель – определить основные направления оптимизации информационно-аналитического обеспечения системы здравоохранения Украины, используя принципы информационной логистики.

Метод: аналитический.

Результаты. Потребность в структурно-функциональном совершенствовании системы информационно-аналитического обеспечения здравоохранения обусловлена, с одной стороны, возрастанием требований к управленческой информации, а с другой – увеличением количества субъектов ее обмена и обработки. Так как одной из задач логистики как науки является управление информационными потоками, целесообразно использовать основные принципы логистики в оптимизации информационно-аналитического обеспечения и здравоохранения.

Выводы. На основании изучения факторов, влияющих на качество и эффективность информационно-аналитического обеспечения системы здравоохранения, предлагаются методы, основанные на принципах информационной логистики: сокращение внутриотраслевых взаимодействий между участниками процесса передачи, сбора, обработки и потребления информации за счет внедрения единого информационного пространства; при разработке и внедрении прикладных медицинских информационных систем первостепенное значение должно уделяться качеству информационных ресурсов, то есть достоверности и специфичности; оптимизация потока информации под конкретную управленческую задачу; минимизация цикла передачи информации – основа динамики информационного потока, особенно важно сочетать в ряде форм отчетности данных экономической и лечебно-профилактической деятельности медицинских организаций всех форм собственности.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: информатизация, логистика, управление.

Conceptual approaches to the optimization of information analysis support of the health system from the perspective of the principles of the logistics information

I.V. Belikova

HMEIU «Ukrainian medical stomatological academy», Poltava, Ukraine

Purpose – determine the main directions optimization of information and analysis support of the health system in Ukraine, using the principles of the logistics information.

Method: analytical.

Results. Necessary to improve the provision of health care information. Increasing requirements for of management information increases number of subjects of its exchange and handling. Logistics – the science about the management of information, is why appropriate to use the basic principles of logistics in the health system.

Conclusion. Based on the study of factors, we propose a method based on the principles of the logistics information. We are proposed the reduce the number of participants in the proceedings of collection, transmission and processing of data due to the introduction of e-health. The paid to attention to quality of and validity of the information. Is necessary optimize the collection of information for specific management tasks. The combine the information about medical institutions of all forms of ownership.

KEY WORDS: informatization, logistics, management.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА

Белікова Інна Володимирівна – к.мед.н., доц. кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з біостатистикою та медичним правознавством ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»; вул. Шевченка, 23, м. Полтава, 36011, Україна.

ПРОЦЕСС СИСТЕМНОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ПЕРЕХОДНЫЙ ПЕРИОД

Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького, г. Донецк, Украина

В современных условиях важным направлением в реформировании здравоохранения Украины становится формирование новых подходов к системе управления. Вопросам системной трансформации здравоохранения уделяли внимание в своих работах как зарубежные, так и отечественные ученые. Однако, несмотря на это, транзитологии в системе здравоохранения Украины уделяется недостаточно внимания.

Цель – проанализировать происходящие процессы в системе здравоохранения с позиции системного процесса трансформации.

Методы: информационно-аналитический, системный, эмпирический.

Результаты. На современном этапе медицинская отрасль Украины развивается в условиях переходной экономики, что порождает трудности в управлении лечебными организациями. В нашем исследовании предметом изучения являются трансформационные процессы, происходящие в здравоохранении Украины. Процесс системной трансформации здравоохранения – это нормальное эволюционное состояние, когда экономика государства и все системы работают в период перехода от одной ступени эволюции общества к другой, часто это период экономических, политических и социальных изменений. Исходя из этого, черты переходного здравоохранения отличают его от «обычной» здравоохранительной системы.

Выводы. Трансформационные процессы здравоохранения – переходный период коренным образом меняющий всю систему общественных отношений, а следовательно, и социальный статус практически каждого члена общества в новой системе экономических координат.

Ключевые слова: транзитология, здравоохранение, переходный период, трансформация, медицинская помощь.

ВВЕДЕНИЕ

В современных условиях переходного периода Украины важным направлением становится формирование новых подходов к системе управления.

Степень развития сферы здравоохранения оценивается по критериям – качество, доступность и своевременность медицинской помощи для населения, что отражается не только на показателях общественного и индивидуального здоровья людей, но и демонстрирует качество жизни, благополучие общества. Более того, общественное здоровье и здравоохранение, бесспорно, являются факторами, обеспечивающими национальную безопасность государства [1, 4].

Основная задача реформирования здравоохранения Украины заключается в повышении отдачи экономического потенциала отрасли не только за счет улучшения ее ресурсного обеспечения, а, прежде всего, эффективности использования всех видов ресурсов на основе единой стратегии реструктуризации системы оказания медицинской помощи, внедрением современных управленческих и медицинских технологий, в том числе элементов рыночного механизма. Однако в ходе проводимой реформы значительных организационно-правовых и содержательных преобразований не произошло [5, 7].

Несмотря на это, само функционирование сферы здравоохранения как государственной системы Украины находится в стадии активных поисков трансформаций,

целью которых являются качественное повышение эффективности и доступности системы оказания медицинской помощи, в приоритетном развитии первичной медико-санитарной помощи населению, обеспечивающей улучшение состояния здоровья населения [2].

Кроме того, на состояние отрасли влияет отсутствие четких и последовательных направлений, должным образом подкрепленных государственной политикой, в то время как от правильности определенных направлений здравоохранительной политики и результатов работы органов государственного управления зависит эффективность сферы здравоохранения в целом, а, следовательно, здоровья населения Украины. Все это не совершенство в управлении усиливается в переходный период, в котором сейчас находится Украина.

Вопросам системной трансформации государства (транзитологии) и, в частности, здравоохранения уделяли внимание в своих работах как зарубежные, так и отечественные ученые [1–11]. Однако, несмотря на это, трансформационным процессам в системе здравоохранения Украины уделяется недостаточно внимания.

Цель работы – проанализировать происходящие изменения в системе здравоохранения Украины с позиции системного процесса трансформации.

Методы: информационно-аналитический, системный, эмпирический.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

С целью анализа происходящих изменений в системе здравоохранения необходимо обратить внимание на некоторые ее особенности, возникающие в процессе переходного периода или процесса трансформации государства.

На сегодняшний день к особенностям отрасли здравоохранения Украины можно отнести: снижение качества медицинской помощи населению, увеличение количества заболеваний социально опасного характера, рост смертности и снижение рождаемости, отрицательный естественный прирост населения, недостаточное финансирование отрасли и декларативный характер программ государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи [6, 11].

В последние годы широкое распространение в здравоохранении получил термин «рациональное управление современными медицинскими организациями или предприятиями для оптимального использования имеющихся ресурсов и достижения высокой эффективности». Иначе, медицинское управление – это деятельность по эффективному использованию материально-технических, финансовых, кадровых и других ресурсов в решении поставленных задач. Однако на современном этапе медицинская отрасль Украины развивается в условиях переходной экономики, что порождает трудности в управлении лечебными организациями.

Современная классическая экономическая теория изучает состояние рыночной экономики государств с позиции устойчивости и равновесная системы, которая находится в состоянии поступательного развития. В конце XX века, в период перехода индустриального общества в постиндустриальное, сформировалась новая наука транзитология (экономика переходного периода), которая изучает теоретические основы экономических трансформаций [1].

Таким образом, транзитология – наука об экономике переходного периода. Предметом этой науки являются проблемные вопросы реформирования систем хозяйствования. Субъектом исследований транзитологии является экономическая система конкретной страны (или стран), которая находится в переходном состоянии от одного качественного уровня к другому [3, 9]. По сути, переходная экономика (системная трансформация, транзитология) – это социально-экономическая среда, в которой находятся едва ли не все государства в мире.

По классификации Всемирного банка (2000), сегодня существуют такие модели переходной экономики: индустриальная постсоциалистическая модель, латиноамериканская модель (страны Латинской Америки, Ближнего Востока, Северной Африки, Филиппины), модель стран Африки к югу от Сахары, азиатская аграрная модель [10]. И уже этим определяется актуальность изучения системы здравоохранения в

переходный период, во всем многообразии ее проблем. В каждой стране в этот период идет формирование системы здравоохранения.

В нашем исследовании предметом изучения являются трансформационные процессы, происходящие в здравоохранении Украины.

Переходные процессы экономики государства – промежуточное состояние в результате социоэкономических преобразований. По мнению В.М. Геец (2003), экономика переходного периода обладает рядом специфических характеристик, отличающих ее от других экономик, находящихся в относительно стационарном состоянии и развивающихся на собственной основе.

Во-первых, переходная экономика многоукладна. Ключевой особенностью межсистемного перехода считается, что в обществе сосуществуют экономические отношения всех систем – и уходящей и формирующейся.

Во-вторых, неустойчивость становления. Переходная экономика характеризуется сочетанием как старых, так и новых экономических форм и отношений. Вследствие этого она объективно неорганична, а, значит, неустойчива. Переходная экономика подразумевает поиск новых более эффективных форм экономических отношений собственности.

В-третьих, альтернативность развития. Экономические реформы ориентированы на достижение определенного ожидаемого результата. Многие экономические преобразования либо не дают положительных результатов, либо они слишком незначительные. Таким образом, складываются разные варианты общехозяйственного уклада, которые предполагают разные альтернативные варианты становления, эволюции общества.

В-четвертых, особый характер противоречий. В условиях переходной экономики возникающие разногласия представляют собой противоречия развития между новыми и старыми элементами производственных отношений, а не противоречия функционирования внутри каждого такого отношения.

В-пятых, историчность. Переходный этап – исторически недолговременный срок, во время которого происходит ликвидация или коренное переустройство одной экономической системы и формирование другой.

Тем не менее, переходное состояние экономики нашего государства не является феноменом новейшей истории человечества. Дальнейший прогресс общества, в том числе и развитие здравоохранения, возможен на основе принципиально иной системы экономических отношений, приходящей на смену отжившей, выполнившей свою историческую миссию с точки зрения развития производительных сил в рамках данного качественно определенного их состояния.

Это во многом подтолкнуло нас к исследованию управления здравоохранением Украины в переходный период. Когда заканчивается в полной мере демократизация сферы или следует ожидать авторитарного «отлива» (если принимать модель

«волнового» розвитку мирового демократического процесса, согласно теории С. Хантингтона, которая продолжается сегодня), нужно четко понимать, на каком этапе и каковы вообще универсальные критерии так называемой демократизации здравоохранения [4–6, 9].

Рассмотрим особенности системной трансформации здравоохранения Украины, которые, по нашему мнению, заключаются в том, что, по сути,

экономическая и одновременно система здравоохранения имеют иногда характерные одинаковые черты или диаметрально противоположные. Эти особенности переходного периода делают сферу здравоохранения нечто большим, нежели сам процесс реформирования некоторых ее частей и элементов, это процесс смены всей существующей системы организационных и экономических отношений (рис.).

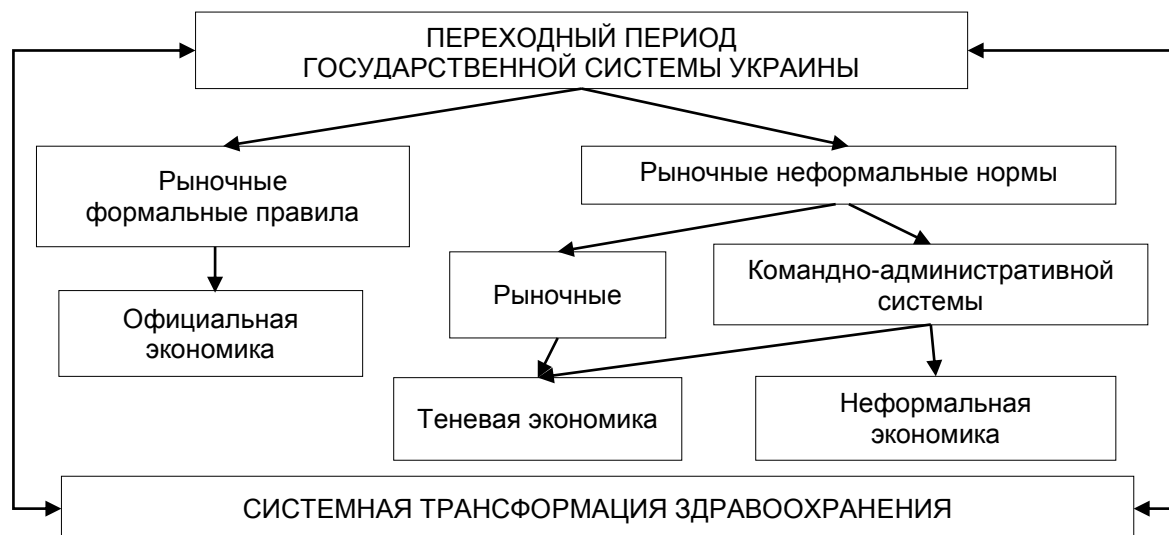


Рис. Экономические отношения в переходном периоде

Довольно часто эти особенности определяются учеными как основные проблемы трансформации [1–11]. Первой особенностью считается инерционность. Она объясняется тем, что из-за постоянного взгляда назад на предыдущий этап не возможна быстрая замена одних форм и отношений новыми. Именно этим явлением объясняется сохранение на достаточно длительном промежутке времени пережитков старых взаимоотношений.

Но поскольку процесс изменений остановить нельзя, новые формы и отношения будут возникать и эволюционировать. Особенно насыщенно формируются новые общие точки соприкосновения медицины с основными экономическими институтами, в случае наличия спланированной программы реформ. Продуктивность реформ увеличивается в том случае, если они проводятся не спонтанно, а основываются на экономических законах. В это время возрастает роль субъективных факторов, которые определяют пути реализации реформ и их практическое значение.

В экономической теории, с позиции которой мы рассматриваем переходный период здравоохранения, можно выделить такие основные черты трансформации:

- Изменчивость. Социально-экономические и медицинские системы трансформационного периода отличается своей нестабильностью, которая нарушает равновесие, но при этом гарантирует как стремительность развития процесса, так и неопределенность перспектив процесса развития системы.

- Смешение нового и старого. Особенности переходной экономики проявляются в перемешивании новых и старых форм ведения хозяйства, что свидетельствует о необратимости процесса.

- Альтернативность. Фактор развития событий в большом количестве различных вариантов, что свидетельствует о возможности выбора наиболее лучшего варианта развития отрасли.

- Двойственность. Эта особенность касается не столько функционирования социально-экономических систем, сколько возникающих противоречий между слоями общества и стоящими за ними субъектами хозяйствования.

- Историчность. Экономическое развитие государства и его систем переходного периода само по себе носит исторический характер, который, несомненно, зависит от особенностей региона.

Совершенно очевидно, что при формировании программ социально-экономического развития здравоохранения следует учитывать основные черты переходной экономики, характерные только для Украины, с целью недопущения возможных ошибок и просчетов.

Несмотря на то, что в Украине социально-экономические процессы протекают по той же схеме, что и в большинстве стран мира, переходное состояние здравоохранения имеет уникальные особенности. Уникальность. Под этим термином мы рассматриваем то, что переход к рыночному здравоохранению происходит не от традиционного уклада, а от специфического, складывавшегося 70 лет, особого типа

«соціалістического» здравоохранения. Более того, ход процесса не до конца предсказуем, поскольку аналогов в мировой истории нет. Возвратность. Дело в том, что основные понятия рыночной экономики для здравоохранения не совсем чужды. Многие понятия были попросту «вытравлены» из сознания людей советской идеологией и способом жизни. Сегодня происходит возврат к утраченным ценностям. Глобализация. Особенности переходной экономики усиливаются процессами глобализации. Мировые процессы влияют на здравоохранение Украины, в частности, на главные ориентиры развития.

Поэтому украинское здравоохранение в переходный период представляет собой уникальное переплетение локальных тенденций и направлений развития.

ВЫВОДЫ

Трансформационные процессы здравоохранения в переходный период коренным образом меняют всю систему общественных отношений, а значит, и социальный статус практически каждого члена общества в новой системе. Но формирование данных процессов не происходят мгновенно.

ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Процесс развития сферы здравоохранения в переходный период может рассматриваться как процесс гармонизированных концептуальных, правовых, организационных, технологических и других системных преобразований. Любые трансформации системы неизбежно связаны с определенными затратами на ее изменение, что обуславливает поиск рационального пути перехода от существующей системы к перспективной.

ЛИТЕРАТУРА

1. Геєць В. М. Трансформаційні перетворення. Економіка України: стратегія і політика довгострокового розвитку / В. М. Геєць, Б. Є. Кваснюк ; ред. акад. НАН України В. М. Геєць. – Київ : Фенікс, 2003. – 237 с.
2. Ерохін С. А. Структурна трансформація національної економіки (теоретико-методологічний аспект) / С. А. Ерохін. – Київ : Світ знань, 2002. – 528 с.
3. Официальный сайт Европейского тренингового центра «Инновация» [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://www.etc.ru/to_articles/action_desc/id_13. – Название с экрана.
4. Трансформація моделі економіки України (ідеологія, протиріччя, перспективи) / ред. акад. НАНУ В. М. Геєць. – Київ : Логос, 1999. – 500 с.
5. Україна-2015: національна стратегія розвитку економіки [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://uspishnaukraina.com.ua/strategy/60/273.html>. – Назва з екрана.
6. Шабасова М. А. Транзитология как научный подход и идеология / М. А. Шабасова // Праці гістарычнага факультэта БДУ : навук. зб. – Вып. 4 / рэдкал.: У. К. Коршук (адк. рэд.). – Мінськ : БДУ, 2009. – С. 195–202.
7. Шевчик Б. Фактор пасіонарності у становленні нової економічної системи України / Б. Шевчик, Г. Аніловська // Українська національна ідея: реалії та перспективи розвитку (Наукове видання), вип. 13. – Львів : Інститут народознавства Національної академії наук України, 2002. – С. 15–22.
8. O'Donnell G. Transitions from Authoritarian Rule: Tentative Conclusions about Uncertain Democracies / G. O'Donnell, P. Schmitter. – Baltimore, Md: Johns Hopkins University Press, 1986.
9. Post-Communist Transitions and the Myth of a Dominant Paradigm / J. Gans-Morse // Post-Soviet Affairs. – 2004. – Vol. 20, № 4. – P. 320–349.
10. Toshchenko H.T. Sociology of Governance and Administration : Textbook / H. T. Toshchenko. – Moscow : Social Forecasts and Marketing Center, 2011. – 300 p.
11. Ukraine Country Report: Forecast of the main development macroindicators of Ukraine's economy for 2012–2013. Project LINK Fall Meeting, New York, October 24–26, 2011. Valeriy Heyets, Maria Skrypnychenko. Institute for Economics and Forecasting, Ukrainian National Academy of Sciences. – Access mode : http://projects.chass.utoronto.ca/link/meeting/ctryrep/UKR_201110.pdf. – Title from screen.

Дата поступления рукописи в редакцию: 14.09.2015 г.

**Процес системної трансформації
охорони здоров'я в перехідний період**

С.М. Вовк, М.М. Шутов, О.В. Арцатбанова
Донецький національний медичний університет
імені М. Горького, м. Донецьк, Україна

У сучасних умовах важливим напрямком у реформуванні охорони здоров'я України стає формування нових підходів до системи управління. Питанням системної трансформації охорони здоров'я приділяли увагу у своїх роботах як зарубіжні, так і вітчизняні вчені. Проте, незважаючи на це, транзитології в системі охорони здоров'я України приділяється недостатньо уваги.

Мета – проаналізувати процеси, що відбуваються в системі охорони здоров'я з позиції системного процесу трансформації.

Методи: інформаційно-аналітичний, системний, емпіричний.

Результати. На сучасному етапі медична галузь України розвивається в умовах перехідної економіки, що породжує труднощі в управлінні лікувальними організаціями. У нашому дослідженні предметом вивчення є трансформаційні процеси, що відбуваються в охороні здоров'я України. Процес системної трансформації охорони здоров'я – це нормальний еволюційний стан, коли економіка держави і всі системи працюють у період переходу від однієї сходинки еволюції суспільства до іншої, часто це період економічних, політичних і соціальних змін. Виходячи з цього, риси перехідного охорони здоров'я відрізняють його від «звичайної» здоровоохоронної системи.

Висновки. Трансформаційні процеси охорони здоров'я – перехідний період докорінно змінює всю систему суспільних відносин, а отже, і соціальний статус практично кожного члена товариства в новій системі економічних координат.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: транзитологія, охорона здоров'я, перехідний період, трансформація, медична допомога.

**Process of systemic transformation
of health in the period of transition**

S.M. Vovk, M.M. Shutov, Ye.V. Artsatbanova
Donetsk national medical University
named after M. Gorky, Donetsk, Ukraine

In modern conditions an important direction in the reform of health of Ukraine is the formation of new approaches to the control system. The question of the transformation of the health was paid attention to in his works as a number of foreign and domestic scientists. However, despite this, transitology in the health care system of Ukraine received less attention.

Purpose – to analyse the processes going on in the health care system with the system transformation process.

Methods: information and analytical, systemic, and empirical.

Results. At the present stage of medical industry is developing in Ukraine in the conditions of a transitional economy, which creates difficulties in the management of health care organizations. In our study the object of study is the transformational processes taking place in health care of Ukraine. The process of systemic transformation of health care is a normal evolutionary state, when the economy of the state and all systems are in a period of transition from one stage of society to another, often this period of economic, political and social change. On this basis, the features of the transitional health is distinguished from «conventional» health system.

Conclusions. Transformation processes of health – the period of transition, radically changing the whole system of social relations, and hence social status of virtually every member of society in the new economic system of coordinates.

KEY WORDS: transitology, health, transition, transformation, medical care.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Вовк Світлана Михайлівна – к.е.н., доц. кафедри організації вищої освіти, управління охороною здоров'я факультету інтернатури та післядипломної освіти Донецького національного медичного університету імені М. Горького; вул. Кірова, 27, м. Красний Лиман, Донецька область, 84404, Україна.

Шутов Михайло Михайлович – д.е.н., проф., кафедри організації вищої освіти, управління охороною здоров'я факультету інтернатури та післядипломної освіти Донецького національного медичного університету імені М. Горького; вул. Кірова, 27, м. Красний Лиман, Донецька область, 84404, Україна.

Арцатбанова Олена Валеріївна – старший викладач кафедри організації вищої освіти, управління охороною здоров'я факультету інтернатури та післядипломної освіти Донецького національного медичного університету імені М. Горького; вул. Кірова, 27, м. Красний Лиман, Донецька область, 84404, Україна.

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В ПЕРІОД РИНКОВОГО РЕФОРМУВАННЯ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, Україна

Для поліпшення ефективності системи охорони здоров'я необхідно розвивати добровільне медичне страхування як один із додаткових джерел фінансування системи охорони здоров'я.

Мета – визначити основні тенденції та перспективи розвитку добровільного медичного страхування в Україні на базі використання таких додаткових джерел, як лікарняні каси, на початковому етапі впровадження обов'язкового медичного страхування.

Методи. Використано вітчизняну та зарубіжну літературу з проблем фінансування охорони здоров'я. Використано статистичні дані щодо ринку медичного страхування.

Результати. Обґрунтовано необхідність багатоканального фінансування системи охорони здоров'я України; окреслено найважливіші тенденції розвитку ринку медичного страхування та проаналізовано основні його показники; виявлено фактори, які впливають на розвиток добровільного медичного страхування в Україні; розглянуто шляхи його розвитку.

Висновки. Страхова медицина, яка б зменшила витрати держави і громадян на медичні послуги, в Україні недостатньо розвинена. Тому держава має сприяти розвитку медичного страхування шляхом раціональної регуляторної політики та впровадження стимулів для населення через розвиток лікарняних кас.

Ключові слова: страхова медицина, фінансування охорони здоров'я, обов'язкове медичне страхування, добровільне медичне страхування, лікарняні каси.

ВСТУП

Охорона здоров'я – головна соціальна сфера суспільства, кінцевим результатом функціонування якої є здоров'я нації, що є показником економічного і соціального розвитку держави. В Україні показники здоров'я населення залишаються незадовільними. Однією з основних причин цього є недостатнє фінансування і нераціональне використання бюджетних коштів у галузі охорони здоров'я. Більшість видатків на медицину становлять поточні видатки, а видатки, спрямовані на оновлення обладнання та інфраструктури, дорівнюють близько 5% [6].

Більше третини видатків спрямовані на підтримання мережі стаціонарів, майже половина пацієнтів госпіталізуються безпідставно [8]. Прямі платежі громадян посідають друге місце після витрат держави у структурі витрат охорони здоров'я, їх частка суттєво зросла у 2012 р. до 42,29% і становила 46,07 млрд грн [6]. Це вказує на високий рівень тінізації при наданні медичної допомоги та приводить до того, що медичні послуги доводиться оплачувати самим хворим [4]. Отже, очевидною є невідповідність практики фінансування системи охорони здоров'я в Україні основним вимогам до фінансування національних систем охорони здоров'я [5, 15], а саме: система фінансування не повинна бути витратною, витрати на фінансування мають бути передбачуваними, система фінансування повинна забезпечувати збалансованість обсягів фінансування та обсягів медичної допомоги.

Ринкові трансформації в Україні протягом останніх років не призвели до відповідної перебудови у системі охорони здоров'я, діяльність якої і далі здійснюється на адміністративних засадах, що супроводжується низькою

економічною ефективністю діяльності галузі, неефективністю фінансового захисту громадян, недостатнім рівнем якості та доступності медичної допомоги.

Перехід до ринкових і соціально-орієнтованих принципів в охороні здоров'я та пошук шляхів подолання основних проблем галузі в Україні на основі багатоканального фінансування потребують нового підходу до формування відносин і спонукають переходити до системи, що базується на поширенні добровільного медичного страхування (ДМС).

Мета роботи – визначити основні тенденції та перспективи розвитку ДМС в Україні на базі використання таких додаткових джерел, як лікарняні каси (ЛК), що має забезпечити підвищення ефективності використання ресурсів на початковому етапі впровадження обов'язкового медичного страхування (ОМС).

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У роботі використано такі методи: кваліметричний, ретроспективний, а також методи контент-аналізу, бібліосемантичний, дедуктивного осмислювання, структурно-логічного аналізу з урахуванням принципів системності.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

В Україні давно ставиться питання про запровадження ОМС, яке в країнах із розвинутою ринковою економікою є основою в системі охорони здоров'я. Однією з найважливіших характеристик системи

ОМС є цільове формування коштів на охорону здоров'я. Відхід від залишкового принципу фінансування, раціоналізація фінансових надходжень мають супроводжуватися комплексною реформою системи охорони здоров'я, необхідним елементом якої є розвиток системи ліцензування медичних закладів і лікарів, що займаються приватною практикою, стандартів надання медичної допомоги та якості медичних послуг, запровадження контрактних відносин між покупцями й постачальниками медичних послуг [3].

Введення ОМС у нашій країні без відповідного підготовчого періоду може привести до зростання

нарахувань на заробітну плату, що сприятиме росту тінювих зарплат. Крім того, в країні спостерігається старіння населення, скорочення бази для нарахування внесків, низький рівень зарплат. Впровадження в Україні ОМС гальмується відсутністю організаційної інфраструктури для здійснення медичного страхування, недостатнім досвідом роботи медичних працівників у ринкових умовах, недосконалістю інформаційних технологій [14].

Саме тому в сучасних умовах у нашій країні актуальним є розвиток насамперед ДМС, яке наразі є недостатньо розвинутим, особливо порівняно з іншими країнами (табл. 1).

Таблиця 1

Поширеність медичного страхування в розвинених країнах та Україні [7]

Країна	Частка населення в ДМС, %	ДМС, % від ВВП	ДМС у видатках на охорону здоров'я, %
Україна	1	0,01	0,25
Німеччина	10	1,34	12,5
Канада	70	1,03	11,2
США	70,3	4,59	34,8
Франція	86	1,2	12,8

Медичне страхування є найбільш розвинутим сектором страхового ринку Європи поряд зі страхуванням майна та страхуванням авто і посідає понад 20% ринку. Підвищення попиту на медичне страхування і збільшення витрат на медичне обслуговування призводить до зростання обсягу зібраних премій із медичного страхування [17]. При цьому роль медичного страхування в європейських країнах протягом останніх десяти років постійно зростає, особливо в таких країнах, як Нідерланди, Швейцарія, Німеччина, Франція та Іспанія [18].

Як свідчить світовий досвід, співіснування державних і приватних систем медичного забезпечення відбувається в різних варіантах. Наприклад, у Німеччині для громадян, застрахованих у комерційних страхових компаніях, існує можливість відмовитися від державного медичного страхування. У Франції населення віддає перевагу системі комерційного медичного страхування, оскільки державна система не забезпечує повного відшкодування вартості лікування. У Великій Британії усе населення застраховане державою, але це не виключає можливості громадянам звертатися до страхової компанії. У США надання медичної допомоги здійснюється здебільшого на платній основі, але пенсіонери, малозабезпечені, інваліди одержують медичну допомогу за державними програмами [11]. Різні рівні популярності ДМС у різних країнах пояснюються насамперед різним державним регулюванням і наявністю певних стимулів для юридичних і фізичних осіб.

Український ринок страхування представлений лише добровільною формою медичного страхування. Надання медичного страхування в Україні регулюється Законом про страхування (1996 р., нова редакція від 04.10.2001 р.), який містить лише загальні умови страхування, відсутнє спеціальне регулювання приватного медичного

страхування. Відповідно до Закону України про страхування, ст. 6 [1], до медичного страхування відносяться такі його види, як безперервне страхування здоров'я (медичне страхування), страхування здоров'я на випадок хвороби, страхування медичних витрат. Безперервне страхування здоров'я займає найбільшу частку, а страхові премії за цим видом – близько 70% зібраних премій. Воно забезпечує понад 80% страхових виплат по ринку медичного страхування. На другому місці за обсягами зібраних премій – страхування медичних витрат, частка якого на ринку медичного страхування становила 18,4% у 2012 р.

На ринку ДМС України зараз працює близько 52 страхових компаній, які співпрацюють із медичними закладами різних рівнів (табл. 2). Відповідно до рейтингу страхових компаній із добровільного страхування медичних видатків за 6 місяців 2015 р., найбільшими компаніями були «Мет лайф», «Тас», «Уніка життя», «Рзу Україна» та «Ейгон лайф Україна». При цьому страхові премії по всіх компаніях склали 962,0, а виплати – 591,8 млн грн. Серед страхових компаній із ДМС найкращі показники були у «Тас», «Мет лайф», «Рзу Україна страхование жизни», «Ейгон лайф Україна» та «Аска-жизнь». Загальні страхові премії по всіх компаніях становили 10 831,2, а виплати – 2 985,4 млн грн [13]. Чисті страхові премії в Україні за договорами медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) за I півріччя 2015 р. збільшилися на 144,9 (17,7%) млн грн. При цьому чисті страхові виплати за договорами медичного страхування за I півріччя 2015 р. зросли на 32,3 (5,8%) млн грн. Станом на 30.06.2015 р. рівень виплат страхових компаній України за договорами ДМС становив 61,5% (у 2014 р. – 68,5%). Такі показники є досить високими порівняно з іншими видами страхування.

Таблиця 2
Кількість страхових компаній в Україні у 2013–2015 рр. [13]

Кількість страхових компаній	Станом на:			
	31.12.2013 р.	31.12.2014 р.	30.06.2014 р.	30.06.2015 р.
Загальна кількість	407	382	400	374
у т.ч., що займаються страхуванням життя та медичним страхуванням	62	57	58	52

За останні два роки кількість страхових компаній в Україні зменшилась, у тому числі за рахунок тих, які займаються ДМС. Це пов'язано не тільки з кризовими явищами у світі, суспільстві та економіці держави, але і з невирішеністю тих питань, які постали перед страховим ринком і галуззю охорони здоров'я України. Існує ціла низка проблем, які гальмують розвиток медичного страхування в Україні: відсутність системи підготовки спеціалістів, низький рівень зарплат і премій,

безвідповідальність страховиків, відсутність регулюючого законодавства, недостатня інформованість населення щодо переваг медичного страхування.

Частка ДМС (табл. 3) у загальній структурі витрат на охорону здоров'я в Україні зовсім незначна (0,97%). Більшість договорів ДМС є договорами корпоративного страхування, укладеними роботодавцями для своїх працівників, а індивідуальне страхування займає на ринку до 10% від договорів.

Таблиця 3
Витрати на охорону здоров'я по фінансових організаціях у 2008–2012 рр. [6]

№ з/п	Фінансові організації	Рік									
		2008		2009		2010		2011		2012	
		млн грн	%	млн грн	%	млн грн	%	млн грн	%	млн грн	%
1.	Уряд	36 264,1	57,50	39 203,7	54,90	47 864,2	56,48	53 145,0	55,52	62 617,3	57,47
2.	Фонди соціального страхування	293,2	0,46	195,0	0,27	230,9	0,27	324,0	0,34	410,6	0,38
3.	Приватний сектор	26 634,0	42,23	32 032,4	44,86	36 658,8	43,26	42 308,0	44,20	46 069,1	42,29
4.	ДМС	529,4	0,84	648,5	0,91	741,5	0,87	881,0	0,92	1 055,6	0,97
5.	Витрати домогосподарств	24 809,7	39,34	29 894,2	41,86	34 234,7	40,40	39 618,8	41,39	43 173,5	39,63
6.	Приватні фірми	1 219,0	1,93	1 400,1	1,96	1 584,3	1,87	1 704,8	1,78	1 717,1	1,58
7.	Лікарняні каси	63,1	0,10	77,8	0,11	83,2	0,10	83,2	0,09	90,2	0,08
8.	Загальні витрати	63 072,7	100,00	71 410,8	100,00	84 744,8	100,00	95 713,7	100,00	108 947,1	100,00

Особливістю медичного страхування в Україні є те, що в більшості випадків медична допомога за програмами ДМС надається в тих самих закладах охорони здоров'я, які обслуговують незастрахованих громадян, в лікуванні використовуються однакові технології та однаковий рівень комфорту [12]. У зв'язку з недостатнім державним фінансуванням галузі охорони здоров'я в Україні ДМС постає як доповнення та альтернатива до бюджетної медицини. ДМС перетинає сферу державної системи охорони здоров'я, у багатьох випадках дублюючи обов'язки держави. При цьому більшість полісів ДМС просто маскують неформальні платежі пацієнтів за медичні послуги.

Для стимулювання розвитку ДМС в Україні необхідно впровадити стимули для громадян та юридичних осіб, у тому числі включити витрати на сплату платежів за ДМС працівників до собівартості продукції. Страхові внески за працюючих, які платять роботодавці, необхідно виключати із суми, що обкладається податками. Роботодавці повинні мати право включати премії на ДМС своїх працівників до своїх витрат, а не сплачуватися з чистого прибутку підприємств, як зараз. Необхідно стимулювати за рахунок зниження податків підприємців, які впроваджують колективні форми ДМС за фаховим принципом, і вводити податкові штрафи з

доходів фізичних осіб на тих, чиї доходи вищі за певний рівень, але вони не мають поліса ДМС. Для того, щоб стимули були ефективними, вони повинні відповідати рівню доходів населення. Достатні доходи громадян – це найважливіший фактор, який впливає на попит на медичне страхування.

Для ефективної системи охорони здоров'я властива конкуренція між закладами охорони здоров'я та між медичними страховими компаніями. Уряд має запровадити фінансування відповідно до структури наданих послуг, медичні заклади – отримати фінансові стимули, а також повинні бути усунені бар'єри до конкуренції між приватними та державними закладами. Водночас, держава зобов'язана забезпечити отримання медичної допомоги всіма громадянами.

Слід визначити на державному рівні перелік медичних послуг, безоплатне надання яких буде гарантоване державою для кожної особи, прийняти закон, який визначатиме ДМС в Україні, створити рівні умови для його розвитку однаково з державною системою охорони здоров'я, розробити правове та фінансове регулювання, яке забезпечує справедливість.

Щоб створити адекватну систему охорони здоров'я, потрібно регулювати приватне медичне страхування та його взаємодію із державною системою охорони здоров'я.

Україна повинна відокремити ДМС від усіх інших видів страхування. Регулювання страхових компаній, які займаються ДМС, має бути спрямоване на фінансову стабільність, повинне забезпечувати справедливість – тобто страховики зобов'язані обслуговувати всіх охочих, незважаючи на їхній вік, стать і стан здоров'я, страхування повинно покривати лікування хронічних захворювань. На жаль, в Україні досі відсутнє таке регулювання [2].

Приватне фінансування на основі прямої оплати одержуваних медичних послуг і ДМС створює широкі умови для розвитку конкурентних відносин, оскільки тут зберігається головна умова формування ринку – можливість споживчого вибору. Однак реалізація цього вибору та пов'язані з ним економічні ефекти відрізняються від більшості інших галузевих ринків унаслідок причин, відомих як вади ринку [15]. На сьогодні ДМС є досить високовартісним за рахунок подорожчання медикаментів і послуг закладів охорони здоров'я, зростання курсів іноземних валют. Невизначеність правових питань в Україні робить ДМС для страховиків непривабливою і неперспективною в інвестиційному, економічному аспектах, що призводить до недостатнього розвитку ринку медичного страхування. Низькі доходи населення та високі податки на доходи підприємств не дають змоги залучати додаткові ресурси до ДМС [16].

Одним із напрямків реформування системи охорони здоров'я України, що виник як реакція населення на

обмежені можливості державної медицини, стали ЛК, які з'явилися в Україні протягом останнього десятиріччя. Вітчизняний та зарубіжний досвід діяльності ЛК свідчить, що вони можуть бути альтернативою медичного страхування. Сьогодні в країні склалися сприятливі умови для широкого впровадження системи ЛК, що дає змогу відпрацювати принципи ДМС та ОМС, розширити компетенцію медиків та населення. ЛК – додаткове джерело фінансування медицини, добровільна громадська, неприбуткова організація, в яку можуть входити всі бажаючі. Діяльність ЛК сприяє ефективному використанню коштів, адже до контролю залучаються члени ЛК, що забезпечує цільове спрямування витрат [10].

У сучасних умовах спостерігається позитивна динаміка розвитку ЛК. В Україні у 2013 р. зареєстровано і функціонувало 189 ЛК. Серед областей Центральної України найбільш поширені ЛК у Житомирській (199,2 тис. членів) і Полтавській області (25,7 тис. членів) [10]. Загальна чисельність членів ЛК становила 554,60 тис. осіб. При цьому сума витрат коштів ЛК у цілому по Україні за 2013 р. становила 95,80 млн грн. У структурі членів ЛК, як і в попередні роки, у 2013 р. переважало працююче населення (63,10%). Питома вага коштів підприємств, установ та організацій у загальних надходженнях до ЛК становила 2,30%.

Ми порівняли характеристики діяльності ОМС, ДМС та ЛК (табл. 4) з урахуванням фінансових потоків та учасників.

Таблиця 4
Порівняльна характеристика діяльності обов'язкового та добровільного медичного страхування і лікарняних кас

Учасники та фінансові потоки	ОМС		ДМС		ЛК	
Платники	Засоби державного та місцевого бюджетів	Підприємство	Підприємство	Приватні особи	Приватні особи	Колективне страхування
Внески	Страхові внески		Страхові внески	Благодійні внески	Благодійні внески	Страхові внески
Одержувач коштів	Фонд ОМС		Страхова медична організація		Лікарняна каса	
Посередники	Страхова медична організація					
Виплати	Оплата послуг		Грошова компенсація		Надання засобів для лікування	
Одержувач засобів	Медичний заклад		Медичний заклад		Медичний заклад	
Громадський контроль діяльності	Відсутній		Відсутній		Наявний	
Комерційна діяльність	Відсутня		Наявна		Відсутня	

Джерело: власна розробка авторів.

На відміну від ОМС, ЛК зацікавлені в зниженні розходів на лікування хворих, а препарати призначаються лікарем під контролем експертів ЛК, спираючись на затверджений формуляр ліків. У нього входять усі

необхідні препарати, але основу становлять вітчизняні. Серед інших переваг слід зазначити відсутність посередників при регулюванні фінансових потоків. Крім того, ЛК не займаються комерційною діяльністю, на

відміну від страхових компаній, що слід урахувати при формуванні суспільної думки. ДМС і ЛК фінансуються за рахунок не тільки страхових, але й благодійних внесків. В ЛК існує повноцінний контроль громадськості за витратами коштів ЛК, який проводиться спеціальною громадською наглядовою радою. Перевага ЛК полягає у вартості щомісячного внеску, набагато нижчого за класичну медичну страховку.

Незважаючи на розвиток ЛК, їх частка в загальній структурі витрат на охорону здоров'я в Україні у 2012 р. (табл. 3) становила лише 0,08%. Для поліпшення діяльності ЛК в Україні необхідно виключити обмеження в сумі витрат і кількості випадків лікування з використанням стандартизації при медикаментозному забезпеченні, що підвищить довіру населення до ЛК. Діяльність ЛК має широко охоплювати населення та лікувальні заклади усієї області з розвитком договірних відносин із закладами охорони здоров'я. Розвиток системи контролю за раціональним використанням ресурсів за діяльністю ЛК і лікарів дасть змогу поліпшити якість надання медичної допомоги та збільшити кількість нових членів ЛК. Закупівля ліків через оптові фармацевтичні фірми та забезпечення пацієнтів ліками через лікувальні заклади сприятиме не тільки підвищенню рівня лікування населення, але й дасть певну економію для самих ЛК.

Таким чином, ми підтримуємо точку зору, що майбутня система охорони здоров'я України має

включати такі складові: бюджетне фінансування для безкоштовної медичної допомоги всьому населенню, ОМС, ДМС, ЛК, які є благодійними некомерційними установами [9].

ВИСНОВКИ

Бюджетне фінансування системи охорони здоров'я в Україні зараз є неефективним, не забезпечує якісної та доступної медичної допомоги. При цьому в умовах фінансової кризи та соціальної напруги в Україні введення ОМС може бути тільки поступовим.

Страхова медицина, яка б зменшила додаткові витрати на медичні послуги з боку держави та громадян в Україні, є недостатньо розвиненою. Тому держава має сприяти розвитку ДМС шляхом раціональної регуляторної політики та впровадження стимулів для громадян і підприємців.

Під час розбудови ДМС і введення ОМС в Україні перспективним є поширення ДМС через розвиток та удосконалення ЛК.

Перспективи подальших досліджень пов'язані із впровадженням багатоканального фінансування медицини через розвиток системи ОМС на базі удосконалення ДМС і ЛК.

ЛІТЕРАТУРА

1. Закон України про страхування : від 07.03.1996 р. № 85/96-ВР // Відомості Верховної Ради України від 30.04.1996. – 1996. – № 18 (стаття 78) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua>. – Назва з екрана.
2. Блавацька О. Приватне медичне страхування: організаційні та правові аспекти запровадження в Україні [Електронний ресурс] / О. Блавацька, У. Янишин, М. Підгірна. – Режим доступу : http://provisor.com.ua/archive/2010/N08/pmeds_0810.php. – Назва з екрана.
3. Бортник С. Запровадження обов'язкового медичного страхування в Україні [Електронний ресурс] / С. Бортник. – Режим доступу : http://www.ounb.km.ua/pdg/Journal_NZ_2.pdf. – Назва з екрана.
4. Буздуган Я. Удосконалення правового регулювання фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні / Я. Буздуган // Підприємництво, господарство і право. – 2006. – № 4. – С. 107–110.
5. Гушта О. Фінансове забезпечення охорони здоров'я в Україні / О. Гушта // Фінанси України. – 2002. – № 3. – С. 87–92.
6. Державна служба статистики України. Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2012 році : статистичний бюлетень [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://ukrstat.org>. – Назва з екрана.
7. Европейская база данных ЗДВ (HFA-DB) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://data.euro.who.int/hfadb>. – Назва з екрана.
8. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: Український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий // Новості медицини і фармації. – 2011. – № 383. – С. 6–18.
9. Лехан В. Системы здравоохранения: время перемен / В. Лехан, В. Рудый, Э. Ричардсон // Украина: Обзор системы здравоохранения. – Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. – 2010. – Т. 12, № 8. – С. 60–62.
10. Лікарняна каса Полтавщини [Електронний ресурс] / Благодійна організація «Лікарняна каса Полтавщини». – Режим доступу : <http://www.poltavalk.com.ua>. – Назва з екрана.
11. Моташко Т. Медичне страхування: європейський досвід та вітчизняні реалії / Т. Моташко // Вісник Київського національного університету імені Т.Г. Шевченка : Економіка. – 2013. – № 135. – С. 34–38.
12. Охріменко І. О. Фінансовий механізм системи охорони здоров'я України / І. О. Охріменко // Проблеми і перспективи розвитку банківської системи України : зб. наук. праць. – 2014. – № 38. – С. 368–380.
13. Статистика страхового рынка Украины [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://forinsurer.com/ratings/nonlife/>. – Названня з екрана.
14. Історичні аспекти розвитку медичного страхування в Україні / В. П. Ходаківська, А. А. Котвіцька, Є. С. Коробова, О. А. Пастухова // Вопросы организации здравоохранения. – 2012. – № 5 (74). – С. 116–119.

15. Шейман И. М. Теория и практика рыночных отношений в здравоохранении : монограф. / И. М. Шейман. – Москва : Изд. дом ГУ ВШЭ, 2008. – 318 с., с.26 ISBN 978-5-7598-0578-6 (в пер.).
16. Яворська Т. В. Проблеми розвитку медичного страхування в Україні / Т. В. Яворська, М. А. Бас // Актуальні проблеми розвитку економіки регіону : наук. зб. / за ред. І. Г. Ткачук. – Івано-Франківськ : Прикарпатський національний університет ім. Василя Стефаника, 2009. – Вип. V, Т. 2. – 368 с.
17. European Insurance in Figures [Electronic resource] // CEA Statistics. – 2011. – N 44. – Access mode : [http : // www.cea.eu](http://www.cea.eu). – Title from screen.
18. Health Insurance [Electronic resource]. – Access mode : [//www.insuranceeurope.eu](http://www.insuranceeurope.eu). – Title from screen.

Дата надходження рукопису до редакції: 16.09.2015 р.

**Актуальные проблемы развития
медицинского страхования в период
рыночного реформирования**

И.А. Голованова, О.И. Краснова
ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая
академия», г. Полтава, Украина

Для улучшения эффективности системы здравоохранения необходимо развивать добровольное медицинское страхование как один из дополнительных источников финансирования системы здравоохранения.

Цель – определить основные тенденции и перспективы развития добровольного медицинского страхования в Украине на базе использования таких дополнительных источников, как больничные кассы, на начальном этапе внедрения обязательного медицинского страхования.

Методы. Использована отечественная и зарубежная литература по проблемам финансирования здравоохранения. Использованы статистические данные по рынку медицинского страхования.

Результаты. Обоснована необходимость многоканального финансирования системы здравоохранения Украины; освещены важнейшие тенденции развития рынка медицинского страхования и проанализированы основные его показатели; выявлены факторы, которые влияют на развитие рынка добровольного медицинского страхования в Украине; рассмотрены пути его развития.

Выводы. Страховая медицина, которая бы уменьшила затраты государства и граждан на медицинские услуги в Украине недостаточно развита. Поэтому государство должна содействовать развитию медицинского страхования путем рациональной регуляторной политики и внедрения стимулов для населения через развитие больничных касс.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: страховая медицина, финансирование здравоохранения, обязательное медицинское страхование, добровольное медицинское страхование, больничные кассы.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Голованова Ірина Анатоліївна – д.мед.н., проф., зав. кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»; вул. Шевченка, 23, м. Полтава, 36011, Україна.

Краснова Оксана Іванівна – викладач кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»; вул. Шевченка, 23, м. Полтава, 36011, Україна.

**Actual problems of development medical insurance
during the period market reforming**

I.A. Golovanova, O.I. Krasnova
SHEIU «Ukrainian Medical Stomatological Academy»,
Poltava, Ukraine

For improvement of a system effectiveness of public health services it is necessary to develop voluntary medical insurance, as one of additional sources of financing of system of public health services.

Purpose – definition of the basic tendencies and prospects of development of voluntary medical insurance in Ukraine on the basis of use of such additional sources as hospital cash desks at the initial stage of introduction of obligatory medical insurance.

Methods. It is used the domestic and foreign literature on problems of financing of public health services. Statistical data on the market of medical insurance are used.

Results. Necessity of multichannel financing of system of public health services of Ukraine is proved, the major tendencies of development of the market of medical insurance are depicted and its basic indicators are analyzed, factors which influence development of the market of voluntary medical insurance in Ukraine, the considered ways of its development are revealed.

Conclusions. The insurance medicine which would reduce expenses of the state and citizens on medical services in Ukraine is insufficiently developed. Therefore the state should assist development of medical insurance by the rational regulating policy and introduction of stimulus for the population through development of hospital cash desks.

KEY WORDS: insurance medicine, public health services financing, obligatory medical insurance, voluntary medical insurance, hospital cash desks.

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ТА ЕКОНОМІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОФІЛАКТИКИ НЕБАЖАНОЇ ВАГІТНОСТІ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ЖІНОК

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

²Міністерство охорони здоров'я України, м. Київ, Україна

Мета – визначити економічну та медико-соціальну ефективність забезпечення ВІЛ-інфікованих жінок засобами і методами планування сім'ї.

Матеріали та методи. Методи, використані в роботі: соціологічний, структурно-логічного аналізу, бібліосемантичний, системного підходу, порівняльного аналізу, математичний та статистичний.

Результати та висновки. Профілактика небажаної вагітності у ВІЛ-інфікованих жінок має економічне та медико-соціальне значення. Розробка механізму забезпечення ВІЛ-інфікованих жінок ефективними методами та засобами планування сім'ї потребує внесення змін до чинного законодавства і галузевих нормативних документів.

Ключові слова: планування сім'ї, ВІЛ-інфекція, жінки, діти, ефективність.

ВСТУП

Ефективні послуги з питань планування сім'ї (ПС) передбачають види діяльності, які допомагають окремим особам і подружнім парам досягти певних репродуктивних результатів: запобігти небажаній вагітності, народити бажаних дітей, регулювати перерви між вагітностями, контролювати вибір часу народження дитини залежно від віку батьків та інших факторів, визначати кількість дітей у сім'ї. Це поняття включає в себе інформацію про шляхи досягнення зазначених цілей, забезпечення свідомого вибору, можливість скористатися всім спектром безпечних та ефективних методів. ПС може включати в себе цілий ряд заходів, починаючи з планування народження дітей та лікування безпліддя, закінчуючи статевим вихованням, консультуванням із питань сімейного життя, у тому числі з генетичних питань [4, 6]. ВООЗ визначено, що ефективні планування сім'ї для ВІЛ-інфікованих жінок є одним із чотирьох компонентів комплексного підходу до профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини [1, 3, 5].

Мета роботи – визначити економічну та медико-соціальну ефективність забезпечення ВІЛ-інфікованих жінок засобами і методами планування сім'ї.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Методи, використані в роботі: соціологічний, структурно-логічного аналізу, бібліосемантичний, системного підходу, порівняльного аналізу, математичний та статистичний.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Вертикальний шлях ВІЛ-інфікування, або передача ВІЛ від матері до дитини (ПМД), має, крім негативних медичних наслідків, значні економічні витрати, які можна зменшити, довівши економічну ефективність

профілактичних заходів порівняно з витратами на заходи медико-соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями.

Дослідження економічної ефективності профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини (ППМД) проведено методом порівняння витрат на забезпечення жіночого населення ефективними послугами з ПС із витратами на медично-соціальні заходи з догляду за ВІЛ-інфікованими дітьми, народженими ВІЛ-інфікованими матерями внаслідок небажаної вагітності, виходячи з того, що за умови використання повноцінних профілактичних заходів рівень вертикальної трансмісії ВІЛ-інфекції становить 0–1%, тобто можливе майже 100% попередження перинатальної ВІЛ-інфекції. Таким чином, досягається високий рівень соціального значення цього виду діяльності, а також позитивного впливу на демографічні та соціально-економічні процеси держави, які є основними показниками розвитку країни.

Розрахунки витрат на заходи ППМД проведено відповідно до рекомендованого ВООЗ 4-компонентного підходу до ППМД, а саме, порівняння витрат на профілактику небажаної вагітності у ВІЛ-інфікованих жінок через забезпечення їх ефективними засобами та методами ПС із витратами на забезпечення доглядом ВІЛ-інфікованих дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями внаслідок небажаної вагітності.

Планування сім'ї вже давно довело користь для здоров'я населення [6]. Контрацепція може скоротити кількість небажаних вагітностей, а також число абортів, ускладнень після вагітності й пологів (шляхом запобігання вагітності) і, крім того, зменшити кількість інфекцій, що передаються статевим шляхом, включаючи ВІЛ. Планування сім'ї є успішним втручанням, яке приводить до поліпшення здоров'я немовлят і дітей, а також до зниження рівня дитячої смертності. Проте реалізація програм ПС стримується різними факторами, включаючи недостатнє фінансування, що виділяється на репродуктивне здоров'я та послуги з ПС, неадекватні

системи охорони здоров'я і слабкі адміністративні структури, бар'єри в законодавстві, а також більш широкі соціальні умови гендерної нерівності й соціальних норм стосовно репродуктивного вибору.

Профілактика небажаної вагітності у ВІЛ-інфікованих жінок є другим окремим компонентом ефективної ППМД. Стратегічним напрямком є запобігання випадкам ВІЛ-інфікування новонароджених унаслідок низької прихильності вагітної до медикаментозної профілактики та безпечної поведінки вагітної, спрямованої на попередження вертикальної трансмісії ВІЛ, а також на попередження соціального сирітства. Опосередкованим позитивним ефектом профілактики небажаної або непланованої вагітності у ВІЛ-інфікованих жінок є поліпшення якості життя ВІЛ-інфікованої вагітної, зважаючи на шкідливий вплив штучного переривання небажаної вагітності.

Методика розрахунку витрат на профілактику небажаної вагітності у ВІЛ-інфікованих жінок включає визначення середньої вартості контрацептиву, щорічної потреби та вартості їх на рік, а також витрати на контрацептиви для ВІЛ-інфікованих жінок репродуктивного

віку відповідно до відсоткового розподілу їх використання.

В Україні у 2014 р. зареєстровано 6960 нових випадків ВІЛ-інфекції в жінок репродуктивного віку (15–49 років) [2], які потребують ефективних послуг із планування сім'ї з метою забезпечення народження в них бажаних та планованих дітей і попередження непланованої вагітності, за якої спостерігається низька прихильність до профілактики ПМД.

У 2013 р., за даними ДУ «Центру контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України», показник непланованої вагітності в Україні є дуже високим і становить 48,0%, що є групою ризику для ПМД. Тому забезпечення ВІЛ-інфікованих жінок засобами контрацепції з метою попередження непланованої вагітності сприятиме ефективності ППМД.

Розподіл методів контрацепції здійснений за результатами дослідження, проведеного у 2005 р. «Опитування щодо готовності та спроможності платити за засоби контрацепції в Україні» відповідно до пріоритетів застосування контрацептивів ВІЛ-інфікованими пацієнтками (табл.).

Таблиця
**Зведені дані розрахункових щорічних витрат
на контрацептиви для ВІЛ-інфікованих жінок репродуктивного віку (2014 р.)**

Вид контрацептивів	Вартість одиниці чи упаковки (грн)	Щорічна кількість для 1 пацієнтки	Річна вартість для 1 пацієнтки	Розподіл пацієнток (%)	Кількість пацієнток (абс.)	Річна потреба у фінансуванні (грн)
Комбіновані оральні контрацептиви	37,50	13	487,50	5,5	383	186 712,50
Прогестинові оральні контрацептиви	62,50	13	812,50	0,5	36	29 232,00
Внутрішньо-маткові засоби	250,00	0,2	50,00	19,3	1344	67 200,00
Презервативи	3,75	120	450,00	73,7	5129	2308050,00
Ін'єкційні контрацептивні засоби	62,50	4	250,00	1	68	17 000,00
Усього						2 608 194,5

У таблиці наведено види сучасних ефективних контрацептивів, які за станом здоров'я можна використовувати ВІЛ-інфікованим пацієнткам, за відсотковим розподілом; щорічну кількість необхідних кожного виду контрацептивів на одну пацієнтку; річну вартість кожного виду контрацептивів на одну пацієнтку та для визначеної кількості ВІЛ-інфікованих пацієнток.

Таким чином, річна розрахункова вартість контрацептивів для забезпечення 6960 ВІЛ-інфікованих жінок віком 15–49 років із метою попередження в них небажаної вагітності становить 2 608 194,5 грн.

У 2014 р. кількість вагітних жінок, в яких вагітність була непланованою, становила 1309 (48,0% від 2728 ВІЛ-позитивних вагітних), що майже співпадало з результатами, що 56,0% жінок, у яких спостерігалась низька прихильність до АРВ-лікування, народили ВІЛ-

інфікованих дітей. Тобто за умови забезпечення ефективними методами контрацепції ВІЛ-інфікованих жінок можна було попередити 1309 непланованих вагітностей, а також потенційну ВІЛ-інфекцію у 733 (56,0%) дітей, народжених ними, за причини низької прихильності до ППМД.

За даними ВООЗ, щорічна вартість лікування та утримання однієї ВІЛ-інфікованої дитини для держави в середньому становить близько 1000 американських доларів на місяць. На момент здійснення розрахунків, за офіційними даними співвідношення долара США і гривні, курс становив 1:24,3. Таким чином, розрахункова вартість утримання однієї ВІЛ-інфікованої дитини, за стандартами ВООЗ, становить 24 300,00 грн на місяць (24,3 грн x 1000 дол. США) та 291 600,00 у рік (24 300,00 грн x 12 міс.) [7]. Вартість утримання 733 дітей на рік становить

213 742 800 млн, що в 1,9 разу перевищує витрати, або на 211 134 605,50 грн.

Питання забезпечення контрацептивами жінок репродуктивного віку з метою профілактики ВІЛ-інфекції має, крім суттєвого економічного ефекту, медико-соціальне значення в позитивному впливі на демографічну ситуацію в країні щодо подовження тривалості життя осіб, які не інфікуються ВІЛ; ефективність продуктивних сил країни, здешевлення медичних послуг та укріплення сімейної інституції в країні. З огляду на означене економічна ефективність одного з методів ПС є значущим для соціально-економічного благополуччя країни.

Крім цього, про необхідність подолання фрагментованого підходу до попередження небажаної вагітності у ВІЛ-інфікованих жінок свідчать випадки відмов ВІЛ-інфікованих матерів від своїх немовлят. В Україні частка жінок, що відмовилися від своїх немовлят при народженні, у цілому становила 2,0% при тенденції до зниження з 4% у 2000–2002 рр. до 1,5% у 2006–2009 рр. [9]. Це зниження спостерігалось одночасно з розширенням масштабів ППМД. У жінок, які отримували АРТ у допологовому періоді, ризик відмови від немовлят був значно нижчим, ніж у жінок, які отримували тільки одноразову дозу невірапіну (через пізню діагностику ВІЛ-інфекції); вірогідність відмови від немовлят у жінок, які

не мали партнерів-співмешканців і були активними споживачами ін'єкційних наркотиків, була вищою.

Станом на кінець 2014 р. кількість ВІЛ-інфікованих дітей-сиріт, що перебували в будинках дитини, становила 93 дитини, або 2,16 на 100 середньорічного контингенту, в стадії підтвердження ВІЛ-статусу – 98 дітей-сиріт, або 2,28 на 100 середньорічного контингенту.

ВИСНОВКИ

Отже, профілактика небажаної вагітності у ВІЛ-інфікованих жінок має економічне та медико-соціальне значення. Розробка механізму забезпечення ВІЛ-інфікованих жінок ефективними методами й засобами планування сім'ї потребує внесення змін до існуючого законодавства і галузевих нормативних документів.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Рівень частоти передачі ВІЛ від матері до дитини в Україні (4,1% у 2014 р.) потребує дослідження ефективних світових практик у подоланні перинатальної ВІЛ-інфекції, зокрема, забезпечення ефективними послугами ПС ВІЛ-інфікованих жінок.

ЛІТЕРАТУРА

1. Базовая стратегия профилактики ВИЧ-инфекции у детей грудного возраста в Европе / UNAIDS, UNFPA, UNICEF, WHO. – Копенгаген, 2004. – С. 51.
2. ВІЛ-інфекція в Україні : інформ. бюлетень № 43 / МОЗ України. – Київ, 2015. – 111 с.
3. Міжгалузева програма «Профілактика передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини та забезпечення медико-соціальною допомогою ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД дітей» на 2006–2008 роки : спільний наказ МОЗ України, МОН України, Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, Державний комітет телебачення та радіомовлення України, Державний департамент України з питань виконання покарань від 30.11.2006 р. № 786/796/4074/299/231. – Київ, 2006. – 11 с.
4. Планирование семьи : универсальное руководство для поставщиков услуг по планированию семьи. – Женева: ВОЗ, 2008. – 489 с.
5. Про стан соціально-демографічної ситуації, охорони здоров'я і ринку праці в Україні : Указ Президента України від 29.12.2009 р. № 1124/2009. Рада національної безпеки і оборони України [Електронний документ]. – Режим доступу : [http : // www.rada.gov.ua](http://www.rada.gov.ua). – Назва з екрана.
6. Програма дій, адаптована на Міжнародній конференції з питань народонаселення та розвитку / Фонд народонаселення ООН. – Київ, 1997. – 56 с.
7. Стан репродуктивного здоров'я в Україні (медико-демографічний огляд) / МОЗ України, НАН України, Ін-т економіки / відп. ред. В. Стешенко. – Київ, 2001. – 68 с.
8. Целесообразность планирования семьи в странах бывшего Советского Союза: Доказательные факты с Европы, Евразии и США / Т. Боссерт, Д. Баузер, А. Кенни [и др.] // Региональный Проект по Планированию Семьи в Европе и Евразии / Джон Сноу Инкорпорэйтед от имени Агентства США по Международному Развитию, 2009.
9. The Ukrainian European Collaborative Study Group. Factors associated with abandonment of infants born to HIV-positive women: results from a Ukrainian birth cohort / H. Bailey, I. Semenenko, T. Pilipenko [et al.] // AIDS Care. – 2010; in press.

Дата надходження рукопису до редакції: 09.09.2015 р.

**Медико-социальная и экономическая
эффективность профилактики нежелательной
беременности у ВИЧ-инфицированных женщин**

Н.Я. Жилка¹, Е.А. Орлова²

¹Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

²Министерство здравоохранения Украины,
г. Киев, Украина

Цель – определить экономическую и медико-социальную эффективность обеспечения ВИЧ-инфицированных женщин средствами и методами планирования семьи.

Материалы и методы. Методы, использованные в ходе выполнения работы: социологический, структурно-логического анализа, библиосемантический, системного подхода, сравнительного анализа, математический и статистический.

Результаты и выводы. Профилактика нежелательной беременности у ВИЧ-инфицированных женщин имеет экономическое и медико-социальное значение. Разработка механизма обеспечения ВИЧ-инфицированных женщин эффективными методами и средствами планирования семьи требует внесения изменений в существующее законодательство и отраслевые нормативные документы.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: планирование семьи, ВИЧ-инфекция, женщины, дети, эффективность.

**Medical and social and economic efficiency
of prevention of unwanted pregnancies
in HIV-infected women**

N. Ya. Zhyhka¹, O. O. Orlova²

¹National Medical Academy of Postgraduate Education named after P. L. Shupyk, Kyiv, Ukraine

²Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine

Purpose – to determine the economic and social efficiency of medical and support of HIV-infected women of means and methods of family planning.

Materials and methods. The methods used in carrying out the work: sociological, structural and logical analysis, bibliosystematic, systematic approach, comparative analysis, mathematical and statistical.

Results and conclusions. Prevention of unwanted pregnancies in HIV-positive women should have economic and medico-social importance. Develop a mechanism to ensure HIV-infected women effective methods and means of family planning requires amendments to existing legislation and industry regulations.

KEY WORDS: family planning, HIV, women, children and efficiency.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Жилка Надія Яківна – д.мед.н., доц. кафедри акушерства, гінекології та перинатології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна.

Орлова Олена Олександрівна – головний спеціаліст відділу акушерсько-гінекологічної допомоги управління материнства і дитинства департаменту медичної допомоги МОЗ України; вул. Грушевського, 7, м. Київ, 01021, Україна.

ЕКОНОМІЧНІ ЗБИТКИ ВІД ЗАХВОРЮВАНOSTІ НАСЕЛЕННЯ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА АСОЦІЙОВАНІ З НЕЮ ХВОРОБИ У ЗАПОРІЗЬКІЙ ОБЛАСТІ

ДЗ "Запорізька медична академія післядипломної освіти", м. Запоріжжя, Україна

Мета – науково обґрунтувати необхідність прийняття заходів щодо профілактики артеріальної гіпертензії на основі аналізу економічних затрат держави та пацієнтів у зв'язку із захворюваністю на цю хворобу та її ускладненнями.

Матеріали та методи. Вивчалися статистичні дані щодо затрат держави, пацієнтів на лікування артеріальної гіпертензії та її ускладнень. Основні методи дослідження – статистичний та системного аналізу.

Результати. Встановлено прямі затрати бюджетних коштів та пацієнтів на лікування артеріальної гіпертензії та асоційовані з нею хвороби – гострий інфаркт міокарда, гостре порушення мозкового кровообігу.

Висновки. Доведено, що в зв'язку з прийняттям та запровадженням регіональної програми профілактики артеріальної гіпертензії економія бюджетних коштів склала 26 мільйонів гривень.

Ключові слова: хвороби системи кровообігу, артеріальна гіпертензія, економічні збитки.

ВСТУП

Аналіз соціально-економічних збитків від захворюваності, втрат держави на виплату допомоги у зв'язку з тимчасовою непрацездатністю та інвалідністю, передчасною смертністю від хвороб системи кровообігу (ХСК) є важливим кроком до обґрунтування необхідності прийняття заходів на державному та регіональному рівні [1–3] щодо профілактики цих захворювань, насамперед артеріальної гіпертензії (АГ), яка в структурі всіх захворювань системи кровообігу становить до 48% [4–6, 8].

Мета роботи – науково обґрунтувати необхідність прийняття заходів щодо профілактики АГ на основі аналізу економічних втрат держави та пацієнтів у зв'язку із захворюваністю на АГ та її ускладненнями.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Матеріалами дослідження були статистичні дані щодо затрат держави, пацієнтів на проведення лікування АГ та її ускладнень. Основні методи дослідження – статистичний та системного аналізу.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Аналіз прямих затрат на госпіталізацію хворих на ХСК показав, що за останні чотири роки кількість госпіталізацій з приводу цих хвороб має тенденцію до зменшення. Так, у 2010 р. було госпіталізовано 64 929 хворих, у 2013 р. – 64 115.

Незважаючи на скорочення кількості госпіталізованих з ХСК за роки дослідження (2011–2013 рр.) на 814 осіб, затрати на їх лікування зросли в 1,41 разу і в 2013 р. становили 319 млн 228 тис. 585 гривень.

Затрати на стаціонарне лікування хворих з АГ зросли у 1,16 разу і в 2013 р. становили 52146216 грн при скороченні кількості госпіталізованих на 1568 осіб.

Затрати на стаціонарне лікування пацієнтів з гострим інфарктом міокарда (ГІМ), при скороченні пацієнтів з даною патологією на 155 осіб, зросли у 1,39 разу і становили 13733694 гривень.

Затрати на стаціонарне лікування пацієнтів із внутрішньочерепним крововиливом при скороченні кількості пролікованих стаціонарно на 108 осіб збільшилися у 1,21 разу і становили у 2013 р. 5950288 грн (табл. 1).

Середні затрати на лікування одного пацієнта з ХСК склали:

- 2010 рік – 3484 грн;
- 2011 рік – 3865 грн;
- 2012 рік – 4797 грн;
- 2013 рік – 4979 гривень.

За роки дослідження затрати на стаціонарне лікування одного пацієнта з ХСК збільшилися на 1495 грн, або у 1,43 разу.

У ході дослідження встановлено, що в структурі видатків частка на медикаментозне забезпечення залишається незмінною і становить 2,6%, або 10–12 грн на один ліжко-день. Як видно на рис. 1, за роки дослідження зросли видатки на придбання лікарських засобів та виробів медичного призначення в розрахунку на один ліжко-день на 127 грн (1,11 разу). При цьому відмічається достовірна різниця в рівнях видатків на придбання лікарських засобів та виробів медичного призначення залежно від типу ЗОЗ. Так, різниця у витратах, згідно з даним кодом бюджетної кваліфікації, становить: між обласним і міським ЗОЗ – 3,75 разу, між обласним ЗОЗ і ЦРЛ – 1,95 разу.

Таблиця 1

**Затрати на стаціонарне лікування
хвороб системи кровообігу в Запорізькій області у 2010–2013 рр.**

Нозологія	Рік							
	2010		2011		2012		2013	
	Кількість госпіталізованих	Витрати з бюджету за рік, грн	Кількість госпіталізованих	Витрати з бюджету за рік, грн	Кількість госпіталізованих	Витрати з бюджету за рік, грн	Кількість госпіталізованих	Витрати з бюджету за рік, грн
ХСК	64929	226212636	64368	248782768	64235	308135295	64115	319228585
ГХ	12914	44992376	12877	46666248	12020	53316253	11346	52146216
ГІМ	2309	9900992	2293	10446784	2162	13537872	2154	13733694
Внутрішньочерепний крововилив	1079	4915924	983	3859258	975	6994395	971	5950288

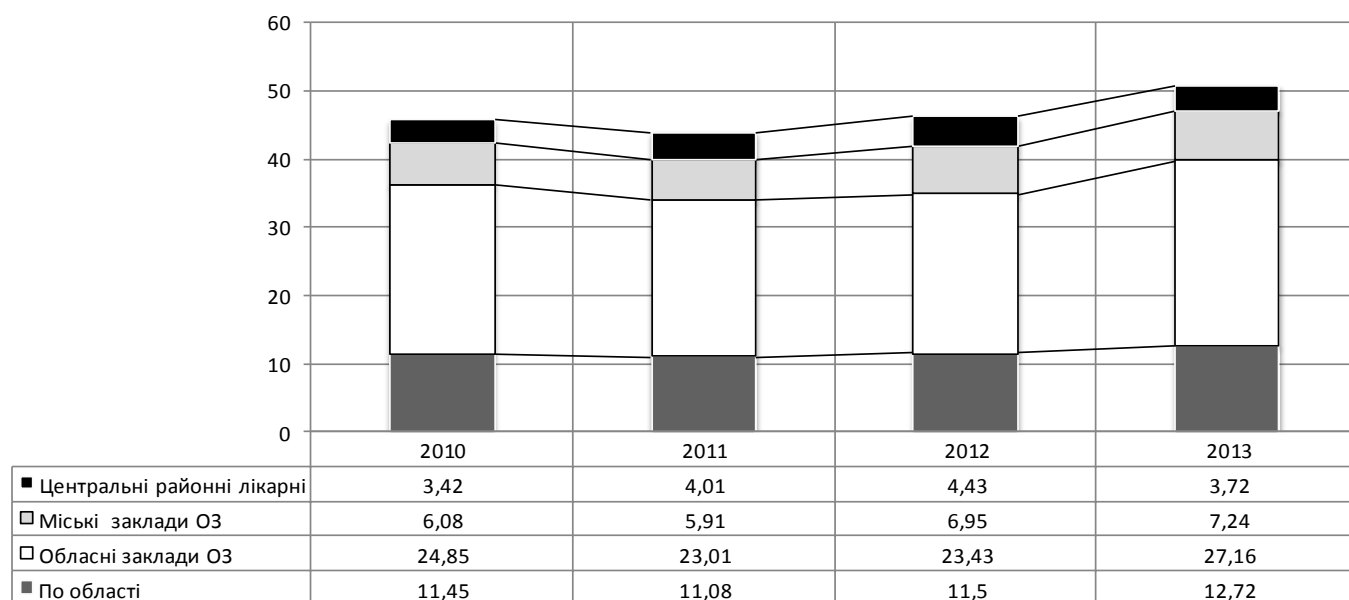


Рис. 1. Видатки на медикаментозне забезпечення по Запорізькій області у 2010–2013 рр. (у гривнях на 1 л/д)

Розраховано, що даних коштів недостатньо навіть на придбання витратних матеріалів для діагностичної служби та дезінфікуючих засобів. У зв'язку з цим майже всі витрати на медикаментозне лікування лягають на пацієнта. Враховуючи таку ситуацію, нами були розраховані затрати пацієнтів на придбання лікарських засобів. Отримані загальні дані наведені у табл. 2 (в якій порівнюються видатки на лікування пацієнтів з державного бюджету і особисті затрати пацієнтів) та на рис. 2. За цими даними були обчислені середні витрати

одного пацієнта на придбання лікарських засобів залежно від нозологічної форми захворювання. Розрахунки проводились на основі стандартів, локальних протоколів та цін на медикаменти за 2013 рік [7, 9–12]. Вони становлять:

- хвороби системи кровообігу – 2001,7 грн;
- артеріальна гіпертензія – 375,1 грн;
- гострий інфаркт міокарда – 8134,0 грн;
- внутрішньочерепний крововилив – 5775,0 гривень.

Таблиця 2

**Витрати на лікування хвороб системи кровообігу
в Запорізькій області у 2013 р. (бюджетні кошти і витрати пацієнтів)**

Нозологія	2013 рік			
	Кількість госпіталізованих осіб	Витрати з бюджету (грн.)	Витрати за рахунок пацієнтів, грн.	Усього витрат, грн.
ХСК	64115	319228585	128999380	448227965
ГХ	11346	52146216	4254750	56400966
ГІМ	2154	13733694	17520636	31254330
Внутрішньочерепний крововилив	971	5950288	5607525	11557813
Усього затрат у зв'язку з ГХ та її ускладненнями		71830198	27382911	99213109

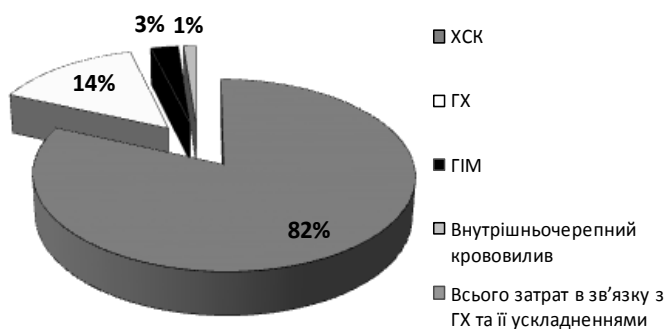


Рис. 2. Витрати пацієнтів на лікування ХСК у Запорізькій області у 2013 році

Отримані дані дають підставу стверджувати, що стаціонарне лікування пацієнтів з ХСК є фінансовим тягарем для хворого і його сім'ї.

Проведення реформування екстреної медичної допомоги позитивно вплинуло на її доступність та безоплатність. Об'єднання підстанцій екстреної медичної допомоги на обласному рівні, забезпечення автотранспортом та медикаментами значно покращило показники надання медичної допомоги бригадами екстреної медичної допомоги. Реформування первинної

ланки за принципом сімейної медицини вплинуло на кількість звертань до екстреної медичної допомоги. Так, тільки за 2013 р. загальний показник звертань до екстреної медичної допомоги з приводу усіх хвороб зменшилось на 10%, у тому числі з приводу ХСК на 4%. Водночас прямі затрати на надання медичної допомоги закладами екстреної медичної допомоги є одними з найдорожчих. Так, затрати на надання медичної допомоги хворим на ХСК у 2012 р. становили 2747800 грн, у 2013 р. – 2663980 грн (табл. 2).

Собівартість обслуговування бригадою екстреної медичної допомоги одного пацієнта у 2013 р. порівняно з 2012 р. збільшилася на 100 грн тільки при ГІМ і внутрішньочерепному крововиливі, за рахунок застосування нових лікарських засобів та переоснащення санітарного транспорту кардіореанімаційних бригад (табл. 3, рис. 3). У цілому ж затрати на надання екстреної медичної допомоги у 2013 р. порівняно з 2012 р. зменшились:

- хвороби системи кровообігу – у 1,03 разу;
- гіпертонічна хвороба – у 1,04 разу;
- гострий інфаркт міокарда – у 1,14 разу;
- внутрішньочерепний крововилив – у 1,18 разу.

Таблиця 3

**Прямі витрати на екстрену медичну допомогу пацієнтам
з хворобами системи кровообігу у Запорізькій області у 2012–2013 рр.**

Нозологія	Рік					
	2012			2013		
	Кількість викликів	Собівартість одного виклику, грн	Усього витрат за рік, грн	Кількість викликів	Собівартість одного виклику, грн	Усього витрат за рік, грн
ХСК	12490	220	2747800	12109	220	2663980
ГХ	3447	160	551520	3327	160	532320
ГІМ	235	750	183750	215	850	161250
Внутрішньочерепний крововилив	805	360	289800	533	460	245180

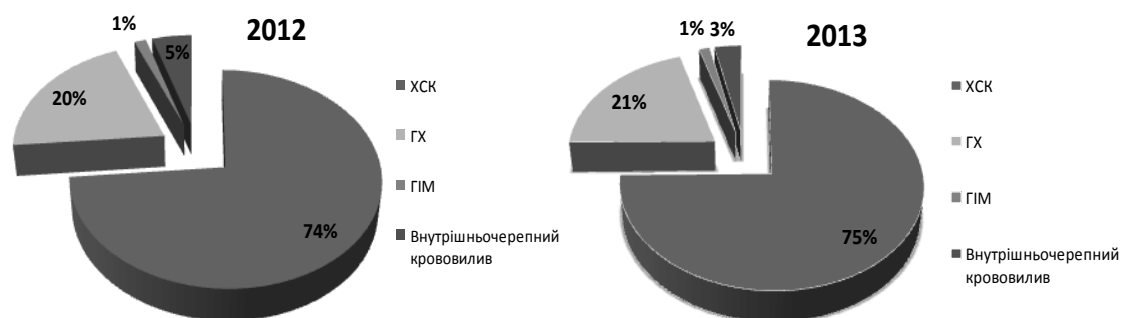


Рис. 3. Прямі витрати на екстрену медичну допомогу пацієнтам з хворобами системи кровообігу у Запорізькій області у 2012–2013 рр.

Наступним кроком дослідження було вивчення прямих затрат на аортокоронарне шунтування та застосування тромболітичної терапії при ГІМ за період 2010–2013 рр. (табл. 4). Аналіз отриманих в ході дослідження даних вказує на зниження бюджетних

видатків на застосування сучасних високоефективних методів лікування при ХСК у 2012 р. порівняно з 2011 р. у два рази, а в 2013 р. порівняно з 2012 р. – збільшення у 1,79 разу.

Таблиця 4
Прямі затрати на проведення аортокоронарного шунтування та тромболітичну терапію у Запорізькій області у 2010–2013 рр.

Втручання	Рік							
	2010		2011		2012		2013	
	кількість	затрати	кількість	затрати	кількість	затрати	кількість	затрати
АКШ	66	2310000	69	2415000	58	2030000	41	1435000
ТЛТ	270	224000	268	321600	290	348000	313	37560
Стентування	68	1020000	59	885000	58	870000	41	615000
Усього затрат		3654000		6516000		3248000		5806000

Примітка: АКШ – аортокоронарне шунтування, ТЛТ – тромболітична терапія.

Структура витрат у 2013 р. виглядає наступним чином:

- аортокоронарне шунтування – 24,7%;
- тромболітична терапія – 64,8%;
- стентування – 10,5%.

Бюджетні видатки на проведення АКШ, стентування та ТЛТ склали за чотири роки 19224 000 гривень. Потреба в наданні таких послуг значно більша, але обмеженість бюджетних коштів знижує їх доступність для населення.

ВИСНОВКИ

1. Встановлено, що з АГ пов'язані значні затрати системи охорони здоров'я. Кожного року в лікувальні заклади області госпіталізується від 13 до 11 тис. хворих на ГХ, біля 3 тис. хворих з ГІМ та внутрішньочерепними крововиливами.

ЛІТЕРАТУРА

1. Клинико-экономические исследования. Общие положения (ОСТ 91500.14.0001-2002) : отраслевой стандарт [Электронный документ]. – Режим доступа : <http://www.unico94.ru>. – Название с экрана.
2. Концевая А. В. Клинико-экономическая оценка и обоснование технологий и программ профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в первичном звене здравоохранения : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А. В. Концевая. – Москва, 2011. – 34 с.
3. Концевая А. В. Социально-экономическая эффективность «Школ здоровья» для больных сердечно-

2. Проведення реформування первинної ланки за принципом сімейної медицини вплинуло на якість амбулаторного нагляду за хворими АГ, що призвело до зниження показника їх госпіталізації з 12914 у 2010 р. до 11346 у 2013 році. Зменшилась кількість госпіталізованих з ГІМ, внутрішньочерепними крововиливами, асоційованими з АГ.

3. Прямі збитки збільшилися з 61 млн грн до 73 млн грн (без затрат пацієнтів), переважно за рахунок підвищення цін на всі послуги та лікарські засоби.

4. Зменшення кількості госпіталізації з АГ, екстрених викликів за період з 2010 р. по 2013 р. дало економічний ефект 26 млн гривень.

Перспективним є подальше вивчення непрямих затрат держави у зв'язку із захворюваністю на АГ та її ускладненнями.

сосудистыми заболеваниями. / А. В. Концевая, А. М. Калинина, Е. Ю. Спивак // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2008. – № 2. – С. 3–8.

4. Методика расчета медико-социальной и экономической эффективности реализации программ, направленных на улучшение здоровья населения (на примере болезней системы кровообращения) / Р. А. Хальфин, В. И. Дмитриев, Е. В. Ощепкова [и др.]. – Москва, 2005. – 32 с.

5. Про затвердження Методологічних положень оновленої версії системи національних рахунків 2008 року : наказ Держстату України №398 від 17.12.2013 р. [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.ukrstat.gov.ua>. – Назва з екрану.

6. Рингач Н. О. Економічна оцінка втрат людського потенціалу України [Електронний ресурс] / Н. О. Рингач, О. І. Мартинюк. – Режим доступу : http://www.academy.gov.ua/ej/ej8/doc_pdf/ryngach-martynuk.pdf. – Назва з екрану.

7. 2013 aha/acc guideline on lifestyle management to reduce cardiovascular risk: a report of the american college of cardiology/american heart association task force on practice guidelines / R. H. Eckel, J. M. Jakicic, J. D. Ard [et al.] // Circulation. – 2014. – Vol. 129, № 25, Suppl 2. – P. 76–99.

8. Comprehensive approach for hypertension control in low-income populations: rationale and study design for the hypertension control program in argentina (hcupia) / K. T. Mills, A. Rubinstein, V. Irazola [et al.] // The American journal of the medical sciences. – 2014. – Vol. 348, № 2. – P. 139–145.

9. Cost-effectiveness of a hypertension management programme in an elderly population: a markov model / G. Perman, E. Rossi, G. D. Waisman [et al.] // Cost Effectiveness and Resource Allocation: C/E. – 2011. – Vol. 9, № 1. – P. 4.

10. Mendis S. The contribution of the framingham heart study to the prevention of cardiovascular disease: a global perspective / S. Mendis // Progress in Cardiovascular Diseases. – 2010. – Vol. 53, № 1. – P. 10–14.

11. Review of community-based interventions for prevention of cardiovascular diseases in low- and middle-income countries / S. van de Vijver, S. Oti, J. Addo [et al.] // Ethnicity & Health. – 2012. – Vol. 17, № 6. – P. 651–676.

12. Socioeconomic status and improvements in lifestyle, coronary risk factors, and quality of life: the multisite cardiac lifestyle intervention program / S. R. Govil, G. Weidner, T. Merritt-Worden, D. Ornish // American Journal of Public Health. – 2009. – Vol. 99, № 7. – P. 1263–1270.

Дата надходження рукопису до редакції: 05.09.2015 р.

Экономический ущерб от заболеваемости населения артериальной гипертензией и ассоциированными с ней болезнями в Запорожской области

З.В. Лашкул

ГУ "Запорожская медицинская академия последипломного образования", г. Запорожье, Украина

Цель – научно обосновать необходимость принятия мер по профилактике артериальной гипертензии на основании анализа экономических потерь государства и пациентов в связи с заболеваемостью этой болезнью и ее осложнениями.

Материалы и методы. Изучались статистические данные относительно затрат государства, пациентов на лечение артериальной гипертензии и ее осложнений. Основные методы исследования – статистический и системного анализа.

Результаты. Установлены прямые затраты бюджетных средств и пациентов на лечение артериальной гипертензии и ассоциированных с ней болезнями – острый инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения.

Выводы. Доказано, что в связи с принятием и введением региональной программы профилактики артериальной гипертензии экономия бюджетных средств составила 26 миллионов гривен.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: болезни системы кровообращения, артериальная гипертензия, экономический ущерб.

The economic costs of morbidity due to hypertension and diseases associated with it in the Zaporozhye region

Z.V. Lashkul

SI "Zaporizhia Medical Academy of Post-Graduate Education Ministry of Health of Ukraine", Zaporizhia, Ukraine

Purpose – to scientifically substantiate the need for measures for the prevention of hypertension based on analysis of the economic losses of the state and patients in connection with the incidence hypertension and its complication.

Materials and methods. Researched materials were statistics state costs and costs patients for treatment of hypertension and its complications. Basic research methods statistical data and analysis.

Results. Conducted research installed direct costs of the budget for treatment of patient's hypertensive disease and diseases associated with her: acute myocardial infarction, acute stroke.

Conclusions. It is proved that, in connection with the adoption and implementation of regional programs for the prevention of hypertension at the regional level budget savings amounted to 26 million hrn.

KEY WORDS: cardiovascular diseases, hypertension, economic costs.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА

Лашкул Зінаїда Василівна – к.мед.н., доц., заслужений лікар України, зав. кафедри соціальної медицини, організації і управління охорони здоров'я та медико-соціальної експертизи ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»; вул. Чапаєва, 2, м. Запоріжжя, 69000, Україна.

ПАЛІАТИВНА ДОПОМОГА У НОВОНАРОДЖЕНИХ: МЕДИКО-ЕТИЧНІ ТА ФІНАНСОВО-ЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ

¹ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, Україна

²Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

³Полтавська обласна дитяча клінічна лікарня, м. Полтава, Україна

Мета – вивчити кількість новонароджених Полтавської області, які потребували паліативної допомоги, та розрахувати вартість терапії дітей, які продовжували лікуватись у відділенні інтенсивної терапії новонароджених.

Матеріали та методи. Для дослідження обрано пацієнтів, які лікувались у відділеннях інтенсивної терапії новонароджених і діагноз яких входив до переліку станів, що обмежують життя.

Результати. Наведено обґрунтування медико-етичних і фінансово-економічних підходів для впровадження перинатальної паліативної допомоги на прикладі Полтавської області. Наведено розрахунок вартості перебування у відділенні інтенсивної терапії новонароджених, які тривалий час отримували агресивну медичну допомогу внаслідок захворювань, що обмежують життя. Висвітлено аспекти етнічної, правової, економічної необхідності організації перинатальної паліативної допомоги.

Висновки. Перешкодою до надання паліативної допомоги новонародженим є відсутність організації її системи, що не забезпечує виконання національної стратегії в галузі охорони здоров'я. Фінансові витрати надання медичної допомоги дітям, які потребують суто паліативної допомоги, надвеликі. Поняття, принципи, засади паліативного лікування дітей в Україні законодавчо не визначені, тому в сучасній системі охорони здоров'я України не визначено місця, до яких дітей можна застосовувати поняття «паліативні».

Ключові слова: новонароджені, паліативна допомога, економічне обґрунтування.

ВСТУП

Всесвітня організація охорони здоров'я визначає паліативну допомогу (ПД) як «підхід, що поліпшує якість життя пацієнтів та їхніх родин, які стикнулися з проблемами, пов'язаними зі смертельними захворюваннями, через профілактику і полегшення страждань шляхом раннього виявлення, точної оцінки і корекції болю й інших проблем, фізичних, психосоціальних і духовних» [1, 13]. Неонатологічна ПД має ряд особливостей, зокрема, вона ґрунтується на засадах педіатричної ПД, але має включати в себе і перинатальну ПД, оскільки після встановлення антенатального діагнозу в плода, коли дитина буде нежиттєздатною, слід розпочинати психологічну роботу з жінкою. Педіатрична ПД має бути спрямована на активний загальний догляд тіла, розуму і духу дитини, а також передбачати надання підтримки родині. Вона повинна розпочинатися відразу після встановлення проблеми (діагнозу захворювання) і тривати незалежно від того, чи дитина отримує лікування з приводу цієї проблеми (хвороби). У перинатальній ПД медичні працівники мають оцінювати і зменшувати фізичні, психологічні та соціальні проблеми дитини. Ефективна ПД потребує широкого міждисциплінарного підходу, включаючи сім'ю, а також використання наявних ресурсів; проте її можна успішно реалізувати, навіть у випадку обмежених ресурсів. Паліативна допомога може надаватись у всіх медичних закладах, незалежно від їх рівня, і навіть вдома, вона має бути цілісною й екстенсивною, фокусуючись не лише

безпосередньо на її проблемах, але і на потребах сім'ї. Це повний комплекс заходів, які запобігають додатковим стражданням або полегшують їх, а також поліпшують умови останнього періоду життя дитини [6, 11].

Дитяча ПД стрімко почала розвиватися з 70-х років ХХ ст. Найбільш активно вона представлена у Великій Британії, в якій визначено, що понад 80 тис. немовлят, які лікуються у відділеннях інтенсивної терапії новонароджених (ВІТН), підлягають визначенню станів, які передбачають передчасну смерть дитини [4]. В Україні питання неонатальної ПД не входить навіть у наказ МОЗ України від 21.01.2013 р. № 41 «Про організацію паліативної допомоги в Україні» та в національну концепцію розвитку паліативної допомоги [1]. Окремі питання висвітлені в наказі МОЗ України від 28.03.2014 р. № 255 «Уніфікований клінічний протокол «Початкова, реанімаційна і післяреанімаційна допомога новонародженим в Україні», зокрема, психологічні та медичні аспекти надання ПД при первинній реанімації та після її проведення. Проте не визначений механізм вирішення припинення медичної допомоги та початку ПД. В Україні з'являються поодинокі роботи, в яких висвітлюються зазначені питання неонатальної ПД та пропонується для розгляду й обговорення перелік станів, що потребують її надання [2, 3].

Мета роботи – вивчити кількість новонароджених Полтавської області, які потребували паліативної допомоги, та їх основні діагнози, а також розрахувати вартість лікування дітей, які потребували ПД, але продовжували лікуватись у повному обсязі у ВІТН.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проаналізовано базу даних пацієнтів «ДОРАДО» у ВІТН перинатального центру (ПЦ) Полтавської обласної клінічної лікарні (ПОКЛ) і Полтавської обласної клінічної дитячої лікарні (ПОДКЛ) для вибору пацієнтів, діагноз яких входив до переліку станів, що обмежують життя [3, 4]. В аналіз включено пацієнтів, які лікувались з 01.01.2013 р. по 01.09.2015 р. Предметом дослідження стали тривалість лікування та штучна вентиляція легень (ШВЛ), кількість препаратів, у т.ч. антибіотики, які призначалися дітям, а також середня вартість лікування пацієнтів, які підлягали ПД, у ВІТН.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ
ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

Згідно з переліком станів, які є показаннями до надання дитині ПД, упродовж 2014–2015 рр. на лікуванні у ВІТН ПОДКЛ знаходилось 8 пацієнтів (6% від загальної

кількості пролікованих пацієнтів), і на лікуванні у ВІТН ПЦ ПОКЛ 6 новонароджених (2% пацієнтів), які потребували ПД. Основними діагнозами, які є показаннями до ПД, стали тяжкі випадки перинатальної травми головного мозку, зокрема, лейкомаляція – 8 дітей, гіпоплазія легень – 8 дітей, множинні й складні природжені вади розвитку, коли проведення інтенсивної терапії не впливає на довгостроковий результат, – 3 дітей (табл. 1). У ПЦ ПОКЛ основний контингент дітей, яким показана ПД, були діти з множинними вадами розвитку. Усі діагнози встановлені в антенатальному періоді, але підготовка родини до народження такої дитини не проведена. Тому виникло нагальне питання щодо організації у ПЦ перинатальної ПД та психологічної підготовки родини до народження нежиттєздатної дитини, а після народження – правового обґрунтованого початку ПД. Водночас, у ПОДКЛ переважали діти з тяжкими випадками перинатальної травми, які реалізувалися в лейкомаляцію. Усі діти померли під час лікування у ВІТН.

Таблиця 1
**Розподіл дітей відповідно до діагнозів,
які є показаннями до надання паліативної допомоги**

Діагноз	ПЦ, n=6	ПОДКЛ, n=8	Усього
Множинні та складні природжені вади розвитку	3	0	3
Гіпоплазія легень	2	1	3
Лейкомаляція	1	7	8

Різні діагнози дітей у ПЦ та ПОДКЛ обумовили різну тривалість лікування. Так, у ПЦ медіанний показник середньої тривалості лікування пацієнтів, які потенційно потребували ПД, становив 26 діб, а у ПОДКЛ – 81 добу (табл. 2).

У ВІТН дітям проводилось лікування в повному обсязі – ШВЛ, медикаментозна підтримка гемодинаміки, антибактеріальна терапія тощо. У ВІТН ПЦ проводилась ШВЛ 5 (83,3%) дітям із середньою тривалістю 5 діб, у ВІТН ПОДКЛ – усім дітям із середньою тривалістю 81 доба.

Таблиця 2
**Обсяги лікування та його середня тривалість
у відділенні інтенсивної терапії новонароджених**

Вид терапії	ПЦ n=6	ПОДКЛ n=8
Середня тривалість лікування, діб (Ме [мін.-макс.])	26 [4–102]	81 [27–148]
Частота застосування ШВЛ, n (%)	5 (83,3)	8 (100)
Середня тривалість ШВЛ, діб (Ме [мін.-макс.])	5 [1–63]	81 [27–148]
Середня кількість препаратів на одного пацієнта (Ме [мін.-макс.])	5 [2–8]	11 [4–34]
Середня кількість антибіотиків на одного пацієнта (Ме [мін.-макс.])	3 [2–4]	3 [2–7]
Частота застосування медикаментозної підтримки гемодинаміки, n (%)	4 (66,7)	7 (87,5)

Наступним кроком нашого дослідження стало вивчення вартості лікування одного пацієнта у ПОДКЛ, закладу, де тривалий період лікувалися діти, які потребували ПД (табл. 3). Вартість одного ліжка/дня у ПОДКЛ становила 2649,67 грн, з них на медикаменти –

442,24 грн, зарплату – 1435,07 грн, комунальні послуги – решта. Слід зазначити, що справжня вартість значно більша, оскільки значна частина медикаментів придбана за рахунок батьків.

Таблиця 3

Вартість лікування дітей, які померли, у відділенні інтенсивної терапії новонароджених залежно від тривалості перебування в стаціонарі

Тривалість лікування, дів	Вартість одного ліжка/дня, грн	Загальна вартість лікування, грн
89	2649,67	235820,6
27		71541,09
33		87439,11
33		87439,11
67		177527,9
72		190776,2
106		280865,0
141		373603,5

Питання, які потребують дискусійного обговорення: Яким чином і хто має приймати рішення щодо переведення дитини на ПД? Хто повинен проводити психологічну підтримку родини? Де має лікуватися така дитина: у закладі II чи III рівня? Україна повинна вирішити ці питання. Відомо, що всі новонароджені діти з невиліковними хворобами та хворобами, що обмежують життя, помирають у ВІТН, що є високовартісним для держави та «складним» для родин. Але цей аспект надання медичної допомоги не забезпечує найголовнішого принципу паліативної допомоги – підвищення якості життя дитини та членів родини, психологічну та соціальну підтримку. Отже, організація надання паліативної допомоги новонародженим тісно пов'язана із загальнолюдськими принципами, не може не враховувати сучасні аспекти ставлення до гідності людини. Беручи до уваги основні принципи паліативної допомоги новонародженим, **першим кроком** її має бути віднесення плода (антенатально) чи новонародженої дитини (після народження) до статусу паліативного пацієнта, що можна запровадити завдяки переліку станів, що обмежують життя в дітей [3, 4]. Допологова діагностика станів, що не дозволяють дитині продовжувати життя, має проводитися командою перинатальних спеціалістів, які доводять до родини інформацію, що дитина після народження має право отримувати паліативну допомогу.

Другим кроком є психологічна та соціальна підтримка родини під час пологів. З цією метою в рододопоміжних закладах має працювати психолог, або персонал, який пройшов навчання з психологічної підтримки таких родин. При діагностуванні стану немовляти, який призводить до неминучої смерті, на теперішній час розглядаються питання необхідності переведення вагітної жінки до лікувального закладу II рівня, оскільки більшість експертів вважають, що кращим для цього є лікарні, наближені до мешкання жінки, а місцеві служби повинні мати власні заходи організації паліативної підтримки родини, які передбачені місцевими громадами та відповідають сучасним уявленням паліативної допомоги. У разі випадків необхідності транспортування вагітної або матері та новонародженої дитини можуть бути розроблені керівні документи між центрами III рівня та громадськими лікарнями [10].

Третім кроком надання паліативної допомоги новонародженим має бути її планування із залученням мультидисциплінарної команди фахівців (що пройшли спеціальне навчання комунікації) за участю батьків дитини. Дуже важливо залучити до членів команди медичний персонал первинної допомоги, оскільки він може бути частиною команди надання паліативної допомоги, якщо батьки приймуть рішення забрати дитину додому [12].

Четвертим кроком є вирішення питання поступового переходу від активної медичної допомоги до паліативної. Активне лікування і моніторинг можуть бути продовжені за рішенням батьків, але спеціалісти постійно проводять реоцінювання стану і пропонують батькам те, що краще в інтересах дитини (догляд за шкірою, годування, температурний режим, полегшення болю, позбавлення симптомів захворювання та ін.) з метою поліпшення її якості життя. Обмеження до реанімації повинні обговорюватися, регулярно переглядатися і вирішуватися виключно батьками. Батьки мають бути поінформовані, що є стани, які є невиліковними і не підлягають реанімації (Do Not Resuscitate Protocol) [7, 9]. Комфорт і гідність дитини повинні підтримуватися. Крім того, в лікарнях III рівня діти мають право на доступ до консультацій вузьких спеціалістів, які також обізнані в паліативній допомозі. Одним важливим кроком є сприяння контактів сімей з іншими батьками, заохочення сімей у плануванні допомоги їх потенційно нежиттєздатних дітей [5, 8]. Тобто персоналом плануються необхідні дії організації підтримки (сім'я, духовна, психологічна, емоційна) вагітної жінки, прийняття рішення про план допомоги і необхідність реанімації дитини під час пологів або в неонатальний період. Слід зазначити, що невід'ємною складовою планування догляду є постійний його перегляд в інтересах дитини. Планування ПД передбачає визначення місця кінця життя (end of life): в утробі матері, в пологовій залі, ВІТН, вдома, в хоспісі. Співробітники, які нестимуть відповідальність за управління супроводу родини в цей період, повинні бути визначені заздалегідь. Важливо пояснити родині подробиці догляду, наприклад, як і коли видаляються ендотрахеальна трубка, внутрішньовенні канюлі, а також про фізичні зміни, які можуть відбутися, коли дитина помирає. Батьки повинні бути інформовані, що час до смерті може варіюватися від хвилин до декількох годин і, можливо, днів [10, 12].

П'ятим кроком паліативної допомоги новонародженим є передача відповідальності догляду та супроводу родини соціальними службами. При плануванні медичного спостереження батьки мають бути чітко поінформовані про всю медичну термінологію, отримати всю інформацію документально власноруч, план має включати побажання батьків.

Останнім, **шостим, кроком** є підтримка родини після смерті дитини. Крім основних юридичних аспектів, оформлення свідоцтва про смерть, необхідно пояснити родині, як діяти в разі настання смерті дитини вдома, а також надати психологічну й соціальну підтримку після похорон.

ВИСНОВКИ

Однією з перешкодою до надання ПД новонародженим є відсутність організації її системи, що не забезпечує виконання національної стратегії в галузі охорони здоров'я з приділенням особливої уваги вразливим / маргінальним групам населення. Фінансові

витрати надання медичної допомоги дітям, які потребують суто паліативної, є надвеликі. Поняття, принципи, засади паліативного лікування дітей в Україні законодавчо не визначені, тому в сучасній системі охорони здоров'я України не визначено місця, до яких дітей можна застосовувати поняття «паліативні».

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Усе це насамперед передбачає обов'язкове впровадження в неонатальний догляд протоколів із паліативної допомоги, створення контенту перинатальної паліативної допомоги та включення його в навчальну програму закладів медичної освіти, забезпечення надання всіх складових дитячої ПД (медичної, психологічної, духовної, соціальної) дітям і членам їх родини підготовленими фахівцями, інформаційну та просвітницьку роботу з питань надання перинатальної паліативної допомоги з розробкою заходів, спрямованих на підвищення якості й безпеки паліативної допомоги.

ЛІТЕРАТУРА

1. Про організацію паліативної допомоги в Україні : наказ МОЗ України від 21.01.2013 р. № 41 [Електронний ресурс] – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z0229-13>. – Назва з екрана.
2. Проблемні питання впровадження паліативної допомоги дітям раннього віку з невиліковними хворобами центральної нервової системи, які позбавлені батьківського піклування / О. О. Піра, Р. В. Мараб'ян, А. Ю. Пеньков [та ін.] // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. – 2015. – Т. V, № 1 (15). – С. 5–9.
3. Піра О. О. Кроки для сприяння впровадження неонатальної паліативної допомоги в Україні / О. О. Піра // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. – 2015. – Т. V, № 2 (16). – С. 5–10.
4. ACT/RCPCH. A guide to the development of children's palliative care services. – 1-st ed. – Bristol and London : ACT/RCPCH, 1997.
5. American Academy of Pediatrics Committee on Bioethics and Committee on Hospital Care. Palliative care for children // Pediatrics. – 2000. – Vol. 106 (2 pt. 1). – P. 351–357.
6. Catlin A. Creation of a Neonatal End-of-Life Palliative Care Protocol / A. Catlin, B. Carter // J. of Perinatology. – 2002. – № 3 (Vol. 22). – P. 184–195.
7. Do Not Resuscitate Protocol the State of Ohio [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.csuohio.edu/class/sites/csuohio.edu.class/files/media/bioethics/documents/McCullough-Hyde%20DNR.PDF>. – Title from screen.
8. Liberman D. B. Pediatric Advance Directives: Parents' Knowledge, Experience, and Preferences / D. B. Liberman, P. K. Pham, A. L. Nager // Pediatrics. – 2014. – № 92 (Vol. 134). – P. e436–e443.
9. Massachusetts department of public health. Office of emergency medical services. Comfort care / do not resuscitate («dnr») order verification [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.mass.gov/eohhs/docs/dph/emergency-services/comfort-care-form.pdf>. – Title from screen.
10. Palliative care (supportive and end of life care). A framework for clinical practice in Perinatal medicine [Electronic resource]. – Access mode : http://www.bapm.org/publications/documents/guidelines/Palliative_care_final_version_%20Aug10.pdf. – Title from screen.
11. Pediatric Palliative Care Programs in Children's Hospitals: A Cross-Sectional National Survey / C. Feudtner, J. Womer, R. Augustin [et al.] // Pediatrics. – 2013. – № 6 (Vol. 132). – P. 1063–1070.
12. Practical guidance for the management of palliative care on neonatal units [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.bapm.org/publications/documents/guidelines/NICU-Palliative-Care-Feb-2014.pdf>. – Title from screen.
13. WHO Definition of Palliative Care [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>. – Title from screen.

Дата надходження рукопису до редакції: 15.09.2015 р.

Палліативна допомога у новонароджених: медико-етическіе і фінансово-економічні аспекти

Е.А. Рига², Е.М. Ковалева¹, О.В. Коробка³,
М.А. Гончар², В.І. Похилько¹, Н.С. Артемова¹

¹ВГУЗУ «Українська медична стоматологічна академія», г. Полтава, Україна

²Харківський національний медичний університет, г. Харків, Україна

³Полтавська обласна дитяча клінічна лікарня, г. Полтава, Україна

Цель – изучить количество новорожденных Полтавской области, которые нуждались в паллиативной помощи, и рассчитать стоимость лечения детей, которые продолжали лечиться в отделении интенсивной терапии новорожденных.

Материалы и методы. Для исследования отобраны пациенты, которые лечились в отделениях интенсивной терапии новорожденных и диагноз которых входил в перечень состояний, ограничивающих жизнь.

Результаты. Представлены обоснования медико-этических и финансово-экономических подходов для внедрения перинатальной паллиативной помощи на примере Полтавской области. Приведен расчет стоимости пребывания в отделении интенсивной терапии новорожденных, которые длительное время получали агрессивную медицинскую помощь вследствие заболеваний, ограничивающих жизнь. Освещены аспекты этической, правовой, экономической необходимости организации перинатальной паллиативной помощи.

Выводы. Препятствием к оказанию паллиативной помощи новорожденным является отсутствие организации ее системы, которое не обеспечивает выполнения национальной стратегии в области здравоохранения. Финансовые расходы оказания медицинской помощи детям, которые нуждаются в паллиативной помощи, являются значительными. Понятие, принципы, основы паллиативного лечения детей в Украине законодательно не определены, поэтому в современной системе здравоохранения Украины нет места, каким детям можно применять понятие «паллиативные».

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: новорожденные, паллиативная помощь, экономическое обоснование.

Palliative care in the newborn: medical, ethical, financial and economic aspects

O.O. Riga², O.M. Kovaliova¹, O.V. Korobka³,
M.O. Gonchar², V.I. Pokhylko¹, N.S. Artemova¹

¹HGEIU «Ukrainian Medical Dental Academy», Poltava, Ukraine

²Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

³Poltava regional child's clinical hospital, Poltava, Ukraine

Purpose – to examine the number of newborns in Poltava region requiring palliative care and to calculate the treatment's cost of children who continued to be present at neonatal intensive care unit.

Material and methods. Patients, which treated in the intensive care unit new-born and the diagnosis of that was included in the list of the states, limiting life, were selected for research.

Results. This article presents the rationale medical-ethical, financial and economic approaches to the implementation of perinatal palliative care as an example of Poltava region. The authors are the cost of stay in the intensive care unit, who have been treated with aggressive medical care due to life-limited diseases. Deals with aspects ethical, legal, economic necessity palliative organization of perinatal care.

Conclusions. An obstacle to the provision of palliative care to newborns is the lack of organization of the system, failed to fulfill the national strategy in the field of health. Financial costs of medical care for children who require purely palliative care is very large. The concept, base, principles of palliative treatment of children in Ukraine is not legally defined, because there is no place in a modern health system in Ukraine, which children can use the term «palliative».

KEY WORDS: newborns, palliative care, economic assessment.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Рига Олена Олександрівна – д.мед.н., доц., проф. кафедри педіатрії № 1 та неонатології Харківського національного медичного університету, просп. Леніна, 4, м. Харків, 61022, Україна.

Ковальова Олена Михайлівна – д.мед.н., проф., проф. кафедри педіатрії № 1 з пропедевтикою та неонатологією ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»; вул. Шевченка, 23, м. Полтава, 36011, Україна.

Коробка Оксана Вікторівна – лікар відділення інтенсивного виходжування та реабілітації Полтавської обласної дитячої клінічної лікарні; вул. Шевченка, 34, м. Полтава, 36011, Україна.

Гончар Маргарита Олександрівна – д.мед.н., проф., зав. кафедри педіатрії № 1 та неонатології Харківського національного медичного університету, просп. Леніна, 4, м. Харків, 61022, Україна.

Похилько Валерій Іванович – д.мед.н., проф., зав. кафедри педіатрії № 1 з пропедевтикою та неонатологією ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»; вул. Шевченка, 23, м. Полтава, 36011, Україна.

Артемова Наталія Сергіївна – асистент кафедри педіатрії № 1 з пропедевтикою та неонатологією ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»; вул. Шевченка, 23, м. Полтава, 36011, Україна.

ПРОФІЛАКТИКА ЯК ПРОВІДНИЙ АСПЕКТ ЕКОНОМІЧНОГО ЗРОСТАННЯ ДЕРЖАВИ

¹Міністерство охорони здоров'я України, м. Київ, Україна

²ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, Україна

Мета – вивчити, проаналізувати та визначити тенденції захворюваності, поширеності хвороб, смертності населення та профілактичної роботи за період 2010–2014 рр.

Матеріали та методи. Дослідження проведено на підставі даних ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України» про захворюваність та поширеність хвороб, смертність населення, даних ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»: інтегральні показники моніторингу профілактичної роботи за регіонами України за період 2010–2014 рр. Використано такі методи: аналітичний, медичний, порівняльний аналіз, системний підхід.

Результати та висновки. Протягом 2010–2014 рр. виявлено сучасні негативні тенденції захворюваності, поширеності хвороб, смертності населення, суттєве погіршення в здійсненні профілактичної роботи закладами охорони здоров'я за більшістю інтегральних показників регіонального моніторингу, що при відсутності адекватних заходів призведе до постійного збільшення економічної вартості лікування все більшої кількості захворювань і з часом вийде за межі потенціальних економічних можливостей держави.

Ключові слова: профілактика, здоров'я населення, смертність населення, економічний ефект.

ВСТУП

Сучасний стан впровадження профілактичної роботи вже давно потребує загальнодержавного підходу, в рамках якого охорона здоров'я населення має бути включена до всіх відповідних заходів політики держави. Глобалізація нездорового способу життя, яка спостерігається в даний час, неконтрольоване збільшення тягаря неінфекційних захворювань здатні звести нанівець переваги економічних завоювань країн навіть із дуже високим рівнем життя [1, 4, 7].

За оцінками дослідження Всесвітнього економічного форуму і Гарвардського університету, відсутність адекватної системи профілактики та неінфекційна захворюваність впродовж найближчих 20 років коштуватимуть глобальній економіці більш ніж 30 трильйонів доларів США, що еквівалентно 48% глобального ВВП у 2010 р., тобто при запровадженні недостатньо ефективних профілактичних заходів зростає кількість хронічних станів, особливо тих, що виявляються на пізніх стадіях і потребують інтенсивного, високоякісного лікування та догляду у зв'язку з тяжкими ускладненнями або гострими порушеннями, що оплачується як із власних коштів пацієнтів, так і галуззю охорони здоров'я, і, як наслідок, призводять до втрат у національному доході, що обчислюється мільярдами доларів, а також до збіднення населення. Світовий досвід має достатньо підтверджених даних про зв'язок між здоров'ям і продуктивністю, тому інвестиції в

профілактику є рушійною силою економічного розвитку будь-якої держави [2, 3, 5, 6].

Мета роботи – вивчити, проаналізувати та визначити тенденції захворюваності, поширеності хвороб, смертності населення та профілактичної роботи за період 2010–2014 рр.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження проведено на підставі даних ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України» про захворюваність та поширеність хвороб, смертність населення, даних ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»: інтегральні показники моніторингу профілактичної роботи за регіонами України за період 2010–2014 рр. Використано такі методи: аналітичний, медичної статистики, порівняльний аналіз, системний підхід.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За результатами дослідження поширеності захворювань серед усього населення України встановлено зростання показників у період 2010–2011 рр., після чого у 2012–2014 рр. спостерігалось їх поступове зниження (-8,92% у 2014 р. до 2010 р. та -8,36% до 2013 р.). Протягом 2010–2014 рр. рівень первинної захворюваності знизився на 13,3% (з 72 255,4 на 100 тис. населення у 2010 р. до 62 654,2 у 2014 р.) (табл. 1).

Таблиця 1

Динаміка показників захворюваності та поширеності хвороб серед усього населення за 2010–2014 рр. (на 100 тис. усього населення)

Показник	Рік				
	2010	2011	2012	2013	2014
Поширеність хвороб	186 786,5	187 089,0	185 462,7	185 650,9	170 128,0
Захворюваність населення	72 255,4	71 013,7	68 558,1	68 376,9	62 654,2

За роки дослідження структура поширеності хвороб залишалася стабільною щодо розподілу рейтингових місць. Її формували переважно хвороби системи кровообігу (30,99% у 2014 р.), хвороби органів дихання (19,81% у 2014 р.), хвороби органів травлення (9,93% відповідно), хвороби сечостатевої системи (5,46% відповідно), хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (5,41% у 2014 р.), хвороби ока та його придаткового апарату (4,92% у 2014 р.), ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин (4,9% у 2014 р.). Спостерігалось зростання в структурі поширеності частки таких класів хвороб у 2014 р. щодо 2010 р.: новоутворення – на 6,8%, ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин – на 9,4%, хвороби нервової системи – на 3,8%, хвороби системи кровообігу – на 1,2%, хвороби органів травлення – на 3,4%, хвороби сечостатевої системи – на 1,8%, природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії – на 11,4%.

У структурі захворюваності населення України в 2014 р., на відміну від структури поширеності хвороб, де першість належала хворобам системи кровообігу, переважали хвороби органів дихання (44,04%), питома вага хвороб системи кровообігу становила 6,99%, хвороб сечостатевої системи – 6,53%, травм, отруєнь та деяких інших наслідків дії зовнішніх чинників – 6,41%, хвороб шкіри та підшкірної клітковини – 5,84%, хвороб ока та його придаткового апарату – 5,19%, хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини – 4,64%, хвороб органів травлення – 4,22%, хвороб вуха та соскоподібного відростка – 3,78%, деяких інфекційних та паразитарних хвороб – 3,61%. У структурі захворюваності населення у 2014 р. щодо 2010 р. зросла питома вага таких класів хвороб: хвороби нервової системи – на 6,6%, що становило 2,42%; хвороби органів травлення – на 4,2%, що становило 4,22%; хвороби сечостатевої системи – на 1,1%, що становило 6,53%; хвороби ока та його придаткового апарату – на 4,4%, що становило 5,19%.

Показники захворюваності населення України в період 2010–2014 рр. за всіма провідними класами хвороб мали тенденцію до зниження. Слід зазначити, що у 2013 р. зросли показники захворюваності на деякі інфекційні та паразитарні хвороби і новоутворення.

Зниження показників захворюваності у 2014 р. не свідчить про поліпшення стану здоров'я населення в державі. Такі значні «позитивні тенденції» за окремими класами захворювань здебільшого пояснюються складними демографічними процесами, що відбуваються в країні, погіршенням соціально-економічного становища

населення і, як наслідок, небалим ставленням до власного здоров'я, а також не завжди ефективною роботою закладів охорони здоров'я та неналежним проведенням запланованих профілактичних заходів.

Протягом 2010–2014 рр. загальний показник смертності в Україні залишався на достатньо високому рівні (15,3‰ у 2010 р., 14,7‰ у 2014 р.), при цьому в країні поглиблювався процес демографічного старіння населення, що також впливало на формування показника смертності населення нашої країни. До того ж спостерігалися різні рівні смертності відповідно до місця проживання (міські поселення, сільська місцевість), а також відзначалася регіональна диференціація показників смертності (максимальний рівень смертності у 2014 р. був у Чернігівській області – 19,2‰) (табл. 2). За роки спостереження близько 85–90% смертей в Україні формувалися трьома класами хвороб: хворобами системи кровообігу, зовнішніми причинами смерті та новоутвореннями.

Таблиця 2

Загальні коефіцієнти смертності населення України за 2010–2014 рр. (‰)

Рік	Загальні коефіцієнти смертності (‰)		
	міські поселення і сільська місцевість	міські поселення	сільська місцевість
2010	15,3	13,6	18,8
2011	14,6	13,0	18,0
2012	14,6	13,1	17,9
2013	14,6	13,1	17,9
2014	14,7	13,2	18,1

За результатами дослідження інтегральних показників моніторингу стану профілактичної роботи за регіонами України встановлено стрімке зниження показників своєчасності проведення первинного вакцинального комплексу дітям до 1 року (%) за період 2010–2014 рр. практично у всіх областях країни, особливо в 2014 р. Найнижчий показник у 2014 р. спостерігався у Волинській області – 12,4% дітей до року, що охоплені первинним вакцинальним комплексом (-84,4% до 2013 р.), Чернігівській області – 26,5% дітей до року (-72,1% до 2013 р.), Київській області – 25,8% (-68,6% до 2013 р.),

лише в Житомирській області цей показник зріс і становив в 2014 р. 89,7% (+6,2% до 2013 р. та +12,1% до 2010 р.) та Запорізькій області (+42,6% до 2013 р., але -24,8% до 2010 р.). Таким чином, Житомирська область мала найкращий показник охоплення вакцинальним комплексом дітей до 1 року серед регіонів України (табл. 3).

Таблиця 3
**Своєчасність проведення
первинного вакцинального комплексу
дітям до 1 року за 2010–2014 рр. (%)**

Адміністративна територія (область)	Рік				
	2010	2011	2012	2013	2014
Волинська	65,0	46,40	н/д	79,3	12,40
Житомирська	80,0	52,00	82,9	84,5	89,70
Закарпатська	82,4	57,80	62,9	72,4	61,73
Запорізька	85,4	62,30	52,0	45,0	64,20
Івано-Франківська	43,7	51,10	89,3	94,4	55,80
Київська	97,5	60,90	68,3	82,2	25,80
Кіровоградська	50,5	35,80	83,9	72,0	61,20
Львівська	67,7	50,77	88,1	82,1	65,36
Миколаївська	68,4	70,70	81,0	85,0	49,00
Одеська	60,2	59,30	85,6	81,1	67,50
Полтавська	51,4	40,00	83,5	90,7	39,00
Рівненська	72,4	68,70	61,2	79,8	41,60
Сумська	76,0	73,80	82,0	81,0	56,00
Тернопільська	85,2	60,13	70,0	75,0	33,30
Харківська	81,69	59,17	63,6	63,5	58,20
Херсонська	69,8	65,00	81,2	78,3	65,50
Хмельницька	83,0	52,70	79,3	72,0	71,73
Черкаська	91,8	81,70	90,7	79,1	38,60
Чернівецька	53,4	64,30	72,9	89,9	41,00
Чернігівська	68,2	62,70	96,9	95,0	26,50

Показники охоплення туберкулінодіагностикою дитячого населення також значно знизились у всіх без винятку областях України, особливо у 2014 р. Найнижчий показник охоплення у 2014 р. спостерігався у Львівській області – 61,89 на 1 тис. дітей, що підлягали туберкулінодіагностиці (-61,3% до 2013 р.); Рівненській області – 177,7 відповідно (-78,5% до 2013 р.). Найвищий показник мала Сумська область (850,0 на 1 тис. дітей, що підлягали туберкулінодіагностиці), але щодо 2013 р. цей показник зменшився на 78,5% (табл. 4).

За результатами дослідження, у 2014 р. спостерігалось зниження показника охоплення новонароджених вакцинацією БЦЖ у пологовому будинку по всіх регіонах країни без винятку. Найнижчі показники охоплення новонароджених вакцинацією БЦЖ у пологовому будинку за 2014 р. були у Львівській (21,05 на 100 народжених живими), Тернопільській (22,6 на 100 народжених живими), Хмельницькій областях (27,3 на 100 народжених живими), найвищий рівень охоплення серед

областей України становив 85,6 на 100 народжених живими в Закарпатській області (табл. 5).

Найменше охоплення дворазовим ультразвуковим скринінгом вагітних у термін до 22 тижнів вагітності спостерігалось в Тернопільській (97,39%) та Київській областях (97,8%). Стовідсоткове охоплення протягом останніх 3 років (2012–2014 рр.) відмічалось в Кіровоградській та Івано-Франківській областях. У цілому цей показник знаходився на відносно стабільному рівні у всіх регіонах України. Найнижча частка охоплення вагітних обстеженням на ВІЛ-інфекції була в Київській області (98,7% в 2014 р.), у цілому по регіонах України цей показник мав відносно стабільне значення (табл. 6, табл. 7).

За період дослідження спостерігалось зниження показників захворюваності на алкогольні психози, але у 8 з 20 областей (розрахунок показника здійснювався на все населення країни) у 2014 р. порівняно з 2013 р. відзначалась тенденція зростання вищезазначених показників (табл. 8). Аналізуючи захворюваність на алкогольні психози в сільській місцевості регіонів, спостерігалась поступова тенденція в період 2010–2014 рр. до збільшення цього показника в сільських місцевостях 10 областей України з найвищим показником у Чернігівській області (13,5 на 100 тис. населення).

Таблиця 4
**Охоплення туберкулінодіагностикою
дитячого населення (на 1000 дітей, що підлягали
туберкулінодіагностиці) за 2010–2014 рр.**

Адміністративна територія (область)	Рік				
	2010	2011	2012	2013	2014
Волинська	869,0	792,0	505,0	563,0	203,0
Житомирська	999,9	998,5	940,0	840,0	776,8
Закарпатська	903,8	741,8	855,8	867,4	691,0
Запорізька	997,9	709,7	753,7	721,9	690,1
Івано-Франківська	984,1	981,5	885,1	894,6	433,4
Київська	901,3	987,7	702,8	612,2	263,9
Кіровоградська	973,4	974,3	987,0	989,2	937,8
Львівська	606,2	713,8	508,9	159,8	61,9
Миколаївська	954,0	974,0	897,0	792,0	727,0
Одеська	669,4	641,8	904,3	561,2	490,9
Полтавська	876,0	878,0	879,0	881,0	716,0
Рівненська	635,3	750,0	768,1	825,1	177,7
Сумська	855,0	918,4	908,0	854,4	850,0
Тернопільська	699,8	761,3	450,8	246,8	164,3
Харківська	666,1	710,5	755,4	633,9	560,3
Херсонська	830,7	874,9	643,0	643,3	674,0
Хмельницька	887,7	956,7	872,5	572,0	540,2
Черкаська	921,1	891,1	903,5	904,3	514,1
Чернівецька	903,7	763,9	763,9	891,9	405,4
Чернігівська	718,6	871,0	891,3	892,0	749,1

Таблиця 5
Охоплення новонароджених
вакцинацією БЦЖ у пологовому будинку
за 2010–2014 рр. (на 100 народжених живими)

Адміністративна територія (область)	2010	2011	2012	2013	2014
Волинська	64,2	77,10	86,8	85,1	40,0
Житомирська	99,3	97,00	95,5	97,2	83,7
Закарпатська	97,4	86,20	96,3	96,1	85,6
Запорізька	96,7	89,90	89,9	90,1	61,2
Івано-Франківська	97,0	92,20	93,1	98,8	51,9
Київська	93,7	94,80	99,6	96,4	59,9
Кіровоградська	79,8	87,30	96,0	91,3	76,6
Львівська	95,2	77,95	94,2	94,2	21,1
Миколаївська	97,8	95,50	95,7	96,8	92,4
Одеська	92,7	91,20	86,8	91,2	30,3
Полтавська	96,2	96,20	96,3	96,4	50,0
Рівненська	70,3	84,00	83,9	89,8	54,3
Сумська	87,0	81,50	89,1	84,0	69,0
Тернопільська	81,9	86,00	89,4	88,6	22,6
Харківська	87,0	87,46	88,0	84,6	40,1
Херсонська	83,2	93,00	78,6	92,8	65,6
Хмельницька	92,37	97,00	86,0	82,0	27,3
Черкаська	94,7	87,20	96,3	82,7	56,0
Чернівецька	94,7	94,10	94,3	96,3	83,3
Чернігівська	97,0	96,10	99,8	99,0	60,1

Таблиця 6
Охоплення дворазовим
ультразвуковим скринінгом вагітних
у термін до 22 тижнів за 2010–2014 рр. (%)

Адміністративна територія (область)	2010	2011	2012	2013	2014
Волинська	96,5	97,10	97,9	99,4	99,30
Житомирська	99,8	99,00	99,1	99,5	99,90
Закарпатська	99,2	99,27	99,2	100,0	98,76
Запорізька	99,79	98,91	98,4	98,9	99,80
Івано-Франківська	99,6	99,90	99,9	100,0	100,00
Київська	99,1	99,80	98,8	98,2	97,80
Кіровоградська	99,1	99,80	100,0	100,0	100,00
Львівська	99,8	99,52	100,0	100,0	99,89
Миколаївська	99,4	99,50	99,0	99,9	99,90
Одеська	99,2	99,80	100,0	99,8	99,81
Полтавська	99,9	100,00	100,0	100,0	100,00
Рівненська	99,5	99,85	99,8	99,9	99,90
Сумська	98,2	99,96	99,9	99,9	100,00
Тернопільська	94,7	99,10	100,0	100,0	97,39
Харківська	99,21	99,34	99,4	99,4	99,30
Херсонська	98,6	100,00	100,0	100,0	100,00
Хмельницька	98,14	98,50	98,2	98,9	99,00
Черкаська	99,1	99,80	99,8	99,8	99,80
Чернівецька	99,5	99,10	99,2	99,9	99,90
Чернігівська	98,5	99,80	99,4	99,7	98,60

Таблиця 7
Охоплення обстеженням на ВІЛ-інфекцію
вагітних жінок за 2010–2014 рр. (%)

Адміністративна територія (область)	2010	2011	2012	2013	2014
Волинська	99,1	99,80	99,9	99,9	99,90
Житомирська	99,9	99,96	99,9	100,0	100,00
Закарпатська	99,6	99,91	99,7	98,9	99,16
Запорізька	99,94	99,98	99,9	99,9	99,80
Івано-Франківська	99,8	99,90	99,9	100,0	99,90
Київська	98,69	98,50	99,7	99,9	98,70
Кіровоградська	99,5	99,80	100,0	100,0	100,00
Львівська	99,8	99,96	100,0	100,0	99,99
Миколаївська	99,8	99,80	99,8	99,9	99,90
Одеська	99,4	98,80	100,0	99,8	99,83
Полтавська	100,0	100,00	100,0	100,0	100,00
Рівненська	100,0	100,00	100,0	100,0	100,00
Сумська	99,9	99,80	99,99	99,9	99,98
Тернопільська	97,3	99,50	100,0	100,0	100,00
Харківська	99,74	99,78	99,7	99,7	99,70
Херсонська	99,5	100,00	100,0	100,0	100,00
Хмельницька	99,3	99,90	99,9	99,9	99,90
Черкаська	100,0	100,00	100,0	100,0	99,90
Чернівецька	99,85	99,70	99,9	100,0	99,80
Чернігівська	99,9	99,90	99,9	99,8	99,20

Таблиця 8
Захворюваність на алкогольні психози
у 2010–2014 рр. (на 100 тис. населення)

Адміністративна територія (область)	2010	2011	2012	2013	2014
Волинська	12,4	10,30	6,00	4,4	4,30
Житомирська	7,7	6,60	5,60	4,9	4,70
Закарпатська	10,6	9,00	7,71	7,2	7,31
Запорізька	0,9	1,10	0,95	0,1	1,00
Івано-Франківська	13,9	11,80	9,70	8,2	9,40
Київська	2,2	3,30	8,80	2,4	1,60
Кіровоградська	9,5	8,80	8,20	7,1	7,47
Львівська	11,4	4,70	4,90	4,2	5,80
Миколаївська	12,0	11,60	11,60	4,3	4,30
Одеська	9,5	5,80	1,7	4,9	0,25
Полтавська	8,0	8,90	8,30	8,2	7,70
Рівненська	10,5	5,10	6,30	5,9	7,80
Сумська	7,4	5,60	3,3	3,4	3,50
Тернопільська	11,9	12,20	11,80	7,0	5,90
Харківська	2,0	1,50	0,80	0,5	0,50
Херсонська	10,5	7,60	6,50	6,3	5,30
Хмельницька	4,7	4,50	2,75	3,9	2,40
Черкаська	13,4	9,40	9,20	8,1	14,00
Чернівецька	7,3	6,70	6,30	5,1	7,10
Чернігівська	10,9	8,20	7,90	8,0	12,00

На підставі вищенаведених негативних тенденцій слід зауважити, що Україна потребує впровадження оптимізованої системи профілактики, завдяки якій стане можливим досягнення максимального результату з мінімальним витратами на їх реалізацію при отриманні медичного, соціального та економічного ефектів у контексті збереження та примноження людського капіталу (широковідомий факт, що профілактика дешевша за лікування). Тільки в цьому випадку держава зможе очікувати на економічний ефект, такий як приріст ВВП; скорочення виплат за тимчасовою та стійкою непрацездатністю; зменшення збитків від зниження продуктивності праці населення, послабленого хворобою; зменшення збитків на додаткову підготовку робітників, що заміщують захворілих та інвалідів; скорочення витрат на медичну допомогу в закладах охорони здоров'я у зв'язку зі зменшенням чисельності пацієнтів; зменшення витрат на соціальне страхування тимчасової непрацездатності, збільшення очікуваної тривалості життя при народженні тощо.

З урахуванням того, що саме неінфекційні захворювання є переважаючою загрозою для здоров'я населення, необхідно впроваджувати адекватні існуючим загрозам профілактичні заходи, що дозволять знизити їх тягар, зокрема: проводити профілактичну роботу не тільки в галузі охорони здоров'я, але й у суспільстві в цілому із залученням до участі всіх секторів країни; створити міцну систему фінансування охорони здоров'я; інвестувати в

профілактику і створити умови для рівного доступу населення до медичних послуг; розглядати профілактичні заходи як найважливіший аспект для економічного зростання держави.

ВИСНОВКИ

У ході дослідження вивчено сучасні негативні тенденції захворюваності, поширеності хвороб, смертності населення, виявлено суттєве погіршення в проведенні профілактичної роботи закладами охорони здоров'я за більшістю інтегральних показників регіонального моніторингу, що за відсутності адекватних заходів призведе до постійного збільшення економічної вартості лікування все більшої кількості захворювань, і з часом вийде за межі потенціальних економічних можливостей держави.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Потребує комплексного дослідження профілактичний сектор охорони здоров'я України з подальшою розробкою та впровадженням сучасної оптимізованої системи профілактики, інтегрованої до всіх секторів діяльності держави, яка буде здатна реагувати на будь-які зміни та прояви в стані здоров'я населення та своєчасно їх коригувати.

ЛІТЕРАТУРА

1. Здоровье-2020: основы европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия [Электронный ресурс]. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2012. – Режим доступа : <http://www.euro.who.int/ru/what-we-do/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-wellbeing>, по состоянию на 15 августа 2013 г. – Название с экрана.
2. План действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями, 2012–2016 гг. [Электронный ресурс]. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2012. – Режим доступа : <http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/action-plan-for-implementation-of-the-european-strategy-for-the-prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases-20122016>. – Название с экрана.
3. Choosing Interventions that are Cost Effective (WHO-CHOICE) [Electronic resource]. – Geneva : WHO, 2013. – Режим доступа : <http://www.who.int/choice/en/>, accessed 15 July 2013. – Название с экрана.
4. Ill health prevention and treatment task group final report: review of social determinants of health and the health divide in the WHO EURO Region. – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2012.
5. Kickbusch I. Стратегическое руководство в интересах здоровья в XXI веке: исследование, проведенное для Европейского регионального бюро ВОЗ [Электронный ресурс] / I. Kickbusch, D. Gleicher. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2011. – Режим доступа : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/149971/RC61_rlnfDoc06.pdf, по состоянию на 5 августа 2013 г. – Название с экрана.
6. Mazzucco S. The economic benefits of reducing health inequalities in England and Wales. Marmot Review task group report / S. Mazzucco, S. Meggiolaro, M. Suhrcke. – London : Marmot Review Team, 2010.
7. World Health Organization, International Health Partnership. Monitoring, evaluation and review of national health strategies: a country-led platform for information and accountability [Electronic resource]. – Geneva : WHO, 2011. – Access mode : http://www.who.int/healthinfo/country_monitoring_evaluation/documentation/en, accessed 29 April 2014. – Title from screen.

Дата надходження рукопису до редакції: 10.09.2015 р.

**Профилактика как ведущий аспект
экономического роста государства**

В.В. Шафранский¹, С.В. Дудник²

¹ГУ «Украинский институт стратегических исследований
МЗ Украины», г. Киев, Украина

²Министерство здравоохранения Украины,
г. Киев, Украина

Цель – изучить, проанализировать и определить тенденции заболеваемости, распространенности болезней, смертности населения и профилактической работы за период 2010–2014 гг.

Материалы и методы. Статистические данные ГУ «Центр медицинской статистики МЗ Украины» по заболеваемости, распространенности болезней, смертности населения, данные ГУ «Украинский институт стратегических исследований МОЗ Украины»: интегральные показатели регионального мониторинга профилактической работы в Украине за 2010–2014 гг. Методы: аналитический, медицинский, сравнительный анализ, системный подход.

Результаты и выводы. По результатам исследования в течение 2010–2014 гг. выявлены современные негативные тенденции заболеваемости, распространенности болезней, смертности населения, существенное ухудшение в осуществлении профилактической работы учреждениями здравоохранения по итогам оценки большинства интегральных показателей регионального мониторинга, что при отсутствии адекватных мер приведет к постоянному увеличению экономической стоимости лечения все большего числа заболеваний и со временем выйдет за пределы потенциальных экономических возможностей государства.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: профилактика, здоровье населения, заболеваемость, смертность населения, экономический эффект.

**Prophylaxis as a leading aspect
of economic growth of the state**

V.V. Shafransky¹, S.V. Dudnyk²

¹SI «Ukrainian institute of strategic researches
Ministry of Health of Ukraine», Kyiv, Ukraine

²Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine

Purpose – to examine, analyze and determine tendencies of morbidity, prevalence of diseases among the population of Ukraine, mortality, prophylactic work for the period of 2010–2014.

Materials and methods. Statistical data SI «Center of medical statistics of Ministry of Public Health of Ukraine» on morbidity, prevalence of disease among the population, mortality, data SI "Ukrainian institute of strategic researches of Ministry of Public Health of Ukraine" on integral indicators of regional monitoring of preventive activities in Ukraine for the period 2010–2014. Methods: analytical, medical statistics, comparative analysis, a system approach.

Results and conclusions. During 2010–2014 were revealed modern negative trends of morbidity, disease prevalence, mortality, a significant deterioration in the implementation of the preventive health institutions work on most integral indicators of regional monitoring, the absence of adequate measures will lead to a permanent increase in the economic value of the treatment of an increasing number of diseases, and eventually go beyond the potential economic opportunities of the state.

KEY WORDS: prophylaxis, health of the population, morbidity, mortality, economic effect.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Шафранський Віктор Вікторович – к.мед.н., заступник Міністра охорони здоров'я; Міністерство охорони здоров'я України; вул. Грушевського, 7, м. Київ, 01601, Україна.

Дудник Світлана Валеріївна – к.мед.н., зав. відділу соціально-гігієнічних досліджень формування здоров'я населення та медичної статистики ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ЗМІНИ ОКРЕМИХ ФУНКЦІЙ ДЛЯ СИСТЕМИ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини»
Державного управління справами, м. Київ, Україна

Мета – дослідити зміни в системі фінансування охорони здоров'я в Україні у контексті найкращих міжнародних практик і вітчизняного досвіду.

Матеріали та методи. Використано загальноекономічний аналіз, метод аналізу і синтезу, порівняльний. Дослідження базується на результатах проведення пілотного проекту з реформування системи фінансування охорони здоров'я в Україні протягом 2012–2014 рр.

Результати. Висвітлено недоліки існуючої системи фінансування охорони здоров'я в Україні за її основними функціями. Запропоновано запровадження апробованих протягом 2012–2014 рр. на рівні пілотних регіонів (Дніпропетровська і Вінницька області) елементів системи фінансування національної системи охорони здоров'я, які базуються на рекомендаціях міжнародних організацій (Світовий Банк, ВООЗ, Альянс з досліджень в області політики систем охорони здоров'я, Глобальна обсерваторія охорони здоров'я, Європейська комісія та ін.), даних міжнародного і вітчизняного досвіду перетворень в охороні здоров'я.

Висновки. Концентрація на рівні обласного бюджету фінансових, кадрових та матеріальних ресурсів, використання порядку фінансування за двома кодами економічної класифікації видатків у закладах охорони здоров'я, застосування у бюджетному процесі на рівні місцевих бюджетів у частині видатків на охорону здоров'я бюджетних програм за видами надання медичної допомоги як елементи змін функцій системи фінансування показали свою ефективність на рівні пілотних регіонів.

Ключові слова: система фінансування, функції системи фінансування, пілотний проект.

ВСТУП

Сучасні системи охорони здоров'я потребують забезпечення достатніми фінансовими ресурсами, доступу до медичних послуг, універсального охоплення основними видами допомоги у сфері зміцнення здоров'я, профілактики, лікування і реабілітації для населення, підвищення ефективності та зменшення фінансових ризиків, пов'язаних із наданням допомоги, створення умов для того, щоб вартість послуг не стала на перешкоді при їх отриманні, збереження ефективності систем охорони здоров'я в умовах бюджетних обмежень унаслідок фінансово-економічних криз (ОЕСР, 2011, 2014; Європейська Комісія, 2011). Різні країни, з різною історією розвитку економіки і політичного досвіду, побудували достатньо різноманітні інституційні механізми для фінансування охорони здоров'я.

Мета роботи – дослідити в контексті найкращих міжнародних практик і вітчизняного досвіду зміни в системі фінансування охорони здоров'я в Україні.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У роботі використано загальноекономічний аналіз, метод аналізу і синтезу, порівняльний. Дослідження базується на результатах проведення пілотного проекту з реформування системи фінансування охорони здоров'я в Україні протягом 2012–2014 рр.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

На сьогодні існуюча система фінансування охорони здоров'я в Україні характеризується наступним:

- структура витрат за джерелами фінансування деформована. Фінансування із суспільних джерел (державний і місцеві бюджети) функціонує окремо від приватного. Домогосподарства витрачають частину коштів за методом прямих виплат (out-of-pocket) на придбання ліків і безпосередню оплату медичних послуг, що створює фінансові бар'єри доступу населення до медичних послуг, особливо для малозабезпечених верств населення;

- неефективність видатків на охорону здоров'я, з яких близько 80% спрямовується на фінансування утримання лікарень і спеціалізованих закладів, а не на оплату фактично наданих послуг, досить низька частка загальних витрат на амбулаторну допомогу, у т.ч. первинну медичну допомогу (ПМД);

- розподіл фінансових коштів здійснюється відповідно до існуючої інфраструктури системи охорони здоров'я без урахування реальних потреб населення, визначених структурою та рівнями захворюваності;

- система розподілу фінансових ресурсів не дає змоги забезпечити чітке розмежування видатків на надання первинної, вторинної (ВМД) та третинної медичної допомоги (ТМД);

– розподіл для закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) та програм у галузі «Охорона здоров'я» здійснюється без будь-якої прив'язки до видів медичної допомоги, базується на ідеології «утримання бюджетної установи», а не використання механізму «закупівлі послуг»;

– розпорошеність бюджетних коштів між значною кількістю розпорядників бюджетних коштів призводить до неефективного їх використання і дублювання в наданні медичної допомоги;

– наявна невиправдана фрагментація фінансових ресурсів системи охорони здоров'я;

– медичні працівники не зацікавлені в наданні якісних медичних послуг.

Як результат, система фінансування охорони здоров'я жорстко врегульована положеннями бюджетного законодавства, формування і отримання витрат на надання медичної допомоги відповідно до затверджених кошторисів. Недосконалість системи перспективного планування, повільні темпи запровадження програмно-цільового методу при формуванні і використанні видатків місцевих бюджетів на охорону здоров'я. Складність в об'єднанні ресурсів, і насамперед фінансових, на рівні ЗОЗ різної територіальної або відомчої їх приналежності, що регламентовано бюджетним законодавством. Неповністю урегульовано питання щодо визначення переліків медичних послуг, лікарських засобів і виробів медичного призначення, забезпечення якими не покривається або лише частково покривається за рахунок державного фінансування, а також до визначення форм співучасті пацієнтів в оплаті вартості медичних послуг, лікарських засобів і виробів медичного призначення, розширення переліку платних медичних послуг. ПМД, ВМД, ТМД і екстреної медичної допомоги (ЕМД) не розмежовані як функціонально, так і фінансово. Відсутність умов для формування у постачальників послуг відповідної для ефективного і раціонального використання коштів, запровадження універсальних систем управління мотивації, недостатня гнучкість для використання ресурсів, наявна недосконалість бюджетної класифікації видатків частині чіткого розділення видатків на фінансування за видами медичної допомоги.

Керуючись рекомендаціями міжнародних організацій (Світовий Банк, ВООЗ, Альянс з досліджень в області політики систем охорони здоров'я, Глобальна обсерваторія охорони здоров'я, Європейська комісія та ін.) [3, 9–13, 15–23], даними міжнародного і вітчизняного досвіду перетворень в охороні здоров'я, пропонується запровадження апробованих протягом 2012–2014 рр. на рівні пілотних регіонів (Дніпропетровська і Вінницька

області) елементів системи фінансування національної системи охорони здоров'я, які передбачають:

– перерозподіл ресурсів між ЗОЗ, що надають ЕМД, ПМД, ВМД і ТМД;

– об'єднання фінансових ресурсів і створення більш потужних фінансових «пулів»: для надання ПМД на рівні районних бюджетів і бюджетів міст обласного значення, ЕМД, ВМД, ТМД – на рівні обласних бюджетів;

– розмежування видатків між місцевими бюджетами на охорону здоров'я за видами медичної допомоги;

– застосування елементів програмно-цільового методу в бюджетному процесі на рівні місцевих бюджетів у частині видатків на охорону здоров'я за відповідними видами медичної допомоги [4–6], оскільки це передбачає розроблення та реалізацію бюджетних програм, орієнтованих на кінцевий результат (згідно зі стратегічними цілями), із застосуванням критеріїв оцінки їх результативності й ефективності використання бюджетних коштів [1, 2, 8, 14];

– фінансове забезпечення ЗОЗ за видами медичної допомоги відповідно до договорів про медичне обслуговування населення як один зі шляхів поліпшення справедливості та ефективності системи фінансування (рекомендації у рамках стратегії економічного розвитку Комісії з макроекономіки і здоров'я (The Commission on Macroeconomics and Health) [25];

– використання стратегічних («активних») закупівель як механізму фінансування надавачів медичних послуг для забезпечення найкращих результатів із точки зору поліпшення здоров'я населення, на перехідному етапі фінансування ЗОЗ за скороченою класифікацією видатків для підвищення рівня їх управлінської автономії щодо планування й використання бюджетних коштів, адже існують наукові докази [7, 23, 24], що в системах охорони здоров'я, і передусім Європейського регіону, укладання контрактів (договорів) і оплати на основі обсягів та якості наданих послуг – центральні елементи ефективної системи закупівель медичних послуг.

Порівняльна характеристика існуючої та запропонованої системи фінансування охорони здоров'я для України за основними її функціями (об'єднання доходів у «пули», перерозподіл за видами медичної допомоги, стратегічні закупівлі) [3, 15], які використовуються ВООЗ у масштабах усього Європейського регіону, наведені графічно на рисунках 1 і 2.

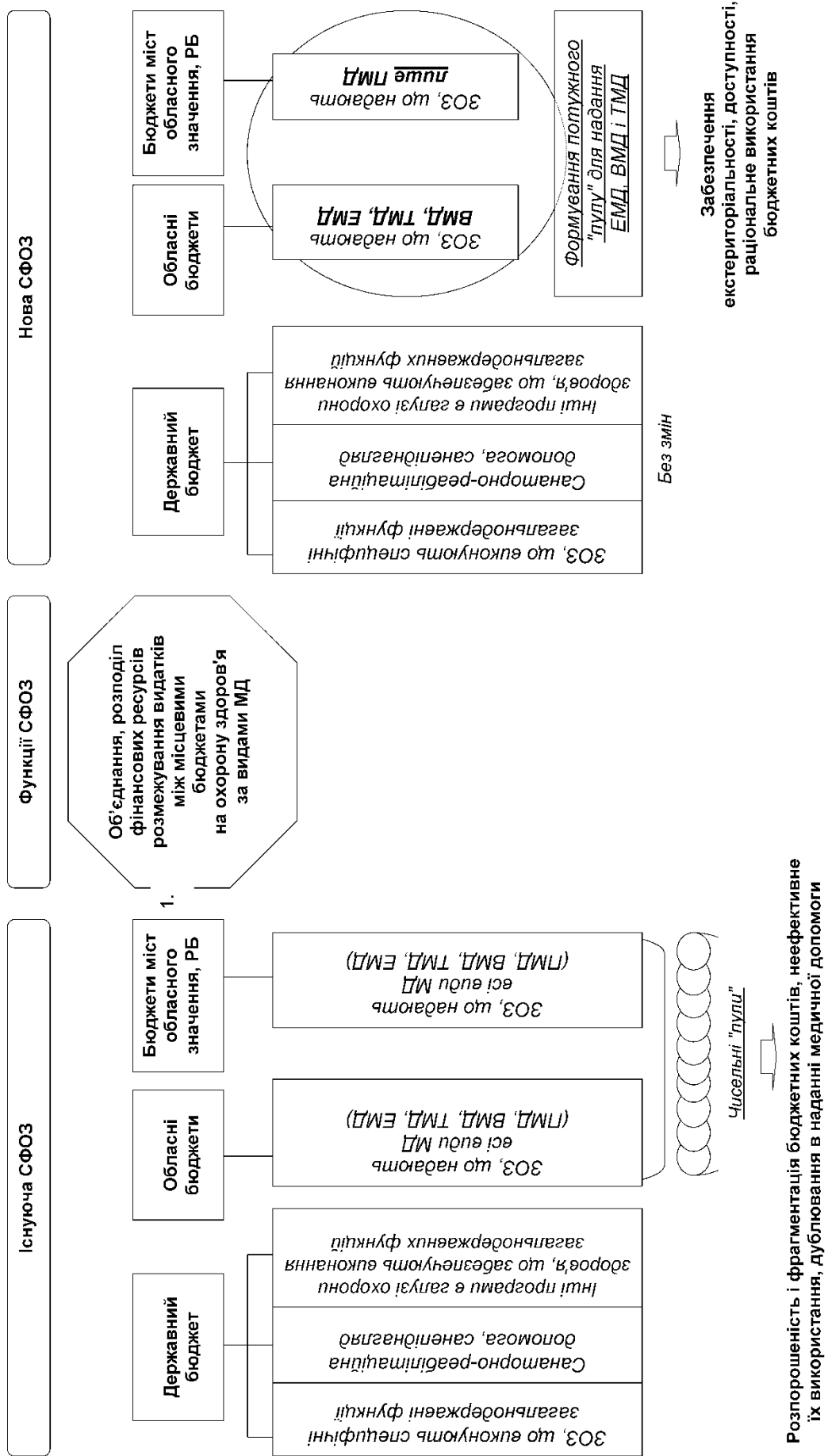


Рис. 1. Нові елементи системи фінансування охорони здоров'я в Україні (СФОЗ) (об'єднання і розподіл фінансових ресурсів)

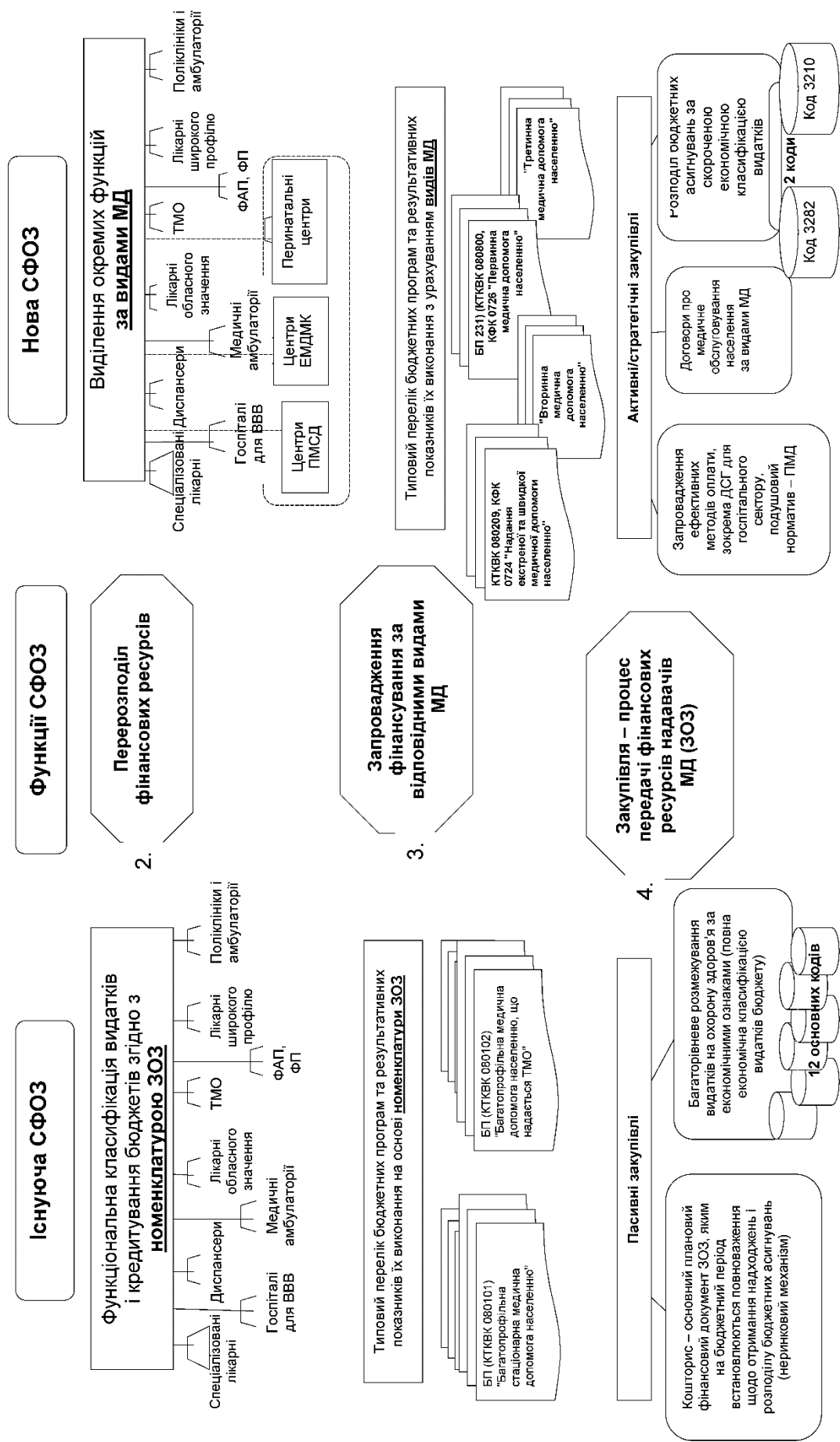


Рис. 2. Нові елементи системи фінансування охорони здоров'я в Україні (перерозподіл за видами медичної допомоги, перехід до активних закупівель)

ВИСНОВКИ

Слід зазначити, що концентрація фінансових, кадрових і матеріальних ресурсів на рівні обласного бюджету дала змогу юридично забезпечити маршрутизацію пацієнта відповідно до потреби за напрямом медичної допомоги, реалізацію єдиних підходів у фінансуванні закладів, виділення першочергових заходів (реанімаційна допомога, спеціалізована хірургічна допомога, перинатальна допомога тощо), що підтверджено результатами реалізації пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я в Дніпропетровській області.

Використання порядку фінансування за двома кодами економічної класифікації видатків у закладах охорони здоров'я незалежно від виду медичної допомоги стало позитивною новацією, особливо щодо відкритості і прозорості в прийнятті управлінських рішень.

Застосування в бюджетному процесі на рівні місцевих бюджетів у частині видатків на охорону здоров'я

бюджетних програм за видами надання медичної допомоги як одного з елементів програмно-цільового методу також можна оцінити позитивно. При цьому необхідно в подальшому забезпечити чіткий зв'язок положень договорів із надання медичної допомоги населенню з програмно-цільовим методом планування бюджетів закладів охорони здоров'я та враховувати передбачені відповідно до цього методу індикатори витрат, продуктивності, якості та ефективності діяльності.

Часткове відпрацювання механізму стратегічних закупівель на рівні ПМД здійснено завдяки організаційно-функціональному та фінансовому розмежуванню за окремими видами медичної допомоги.

Перспективи досліджень скеровані на подальшу імплементацію найкращих міжнародних і вітчизняних практик у систему фінансування в Україні у зв'язку з тим, що проведення системних структурних реформ галузі неможливе без таких змін.

ЛІТЕРАТУРА

1. Важнейшие задачи систем здравоохранения в периоды финансовых кризисов. Европейский региональный комитет. – Шестидесят вторая сессия, 10–13 сентября 2012 г. – Мальта, 2012. – 4 с.
2. Кульчицкий М. І. Програмно-цільове бюджетування на місцевому рівні [Електронний ресурс] / М. І. Кульчицкий, С. Н. Самец // Ефективна економіка. – 2012. – № 8. – Режим доступа : <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=1269>. – Назва з екрана.
3. Первичная медико-санитарная помощь: сегодня актуальнее, чем когда-либо: доклад о состоянии здравоохранения в мире. 2008 г. / Всемирная организация здравоохранения. – Женева, 2008. – 125 р.
4. Про затвердження Змін до Типового переліку бюджетних програм та результативних показників їх виконання для місцевих бюджетів у галузі «Охорона здоров'я» : наказ Міністерства фінансів України та Міністерства охорони здоров'я України від 25.07.2013 р. № 693/633 [Електронний ресурс]. – Режим доступа : http://www.ibser.org.ua/UserFiles/File/Legislation/2013/PBV%2005%20Sept%202013/693_633.pdf. – Назва з екрана.
5. Про затвердження Тимчасового типового переліку бюджетних програм та результативних показників їх виконання для місцевих бюджетів у галузі «Охорона здоров'я» для пілотних проектів у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 08.06.2011 р. № 347 [Електронний ресурс]. – Режим доступа : http://www.ibser.org.ua/UserFiles/File/347_08_06_2011.pdf. – Назва з екрана.
6. Про затвердження Типового переліку бюджетних програм та результативних показників їх виконання для місцевих бюджетів у галузі «Охорона здоров'я» : наказ Міністерства фінансів України та Міністерства охорони здоров'я України від 26.05.2010 р. № 283/437 [Електронний ресурс]. – Режим доступа : http://www.ibser.org.ua/UserFiles/File/Legislation/Budget/Nakaz_MinOhorony_Zdorovja_5_0.pdf. – Назва з екрана.
7. Проект программного бюджета на 2004–2005 гг. : перспектива Европейского Региона ВОЗ / Европейский региональный комитет. – Пятьдесят вторая сессия, 16–19 сентября 2002. – Копенгаген, 2002. – 18 с.
8. Просяник Н. В. Реалізація програмно-цільового методу бюджетування на місцевому рівні / Н. В. Просяник // Наукові праці Кіровоградського національного технічного університету. Економічні науки. – 2012. – Вип. 22, ч. II. – С. 1–5.
9. Реформы финансирования здравоохранения. Опыт стран с переходной экономикой / под редакцией Joseph Kutzin, Cheryl Cashin, Melitta Jakab; Всемирная организация здравоохранения, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. – Женева, 2011. – Р. 6.
10. Розмежування фінансування первинної та вторинної медичної допомоги в законодавстві України: сучасний стан та пропозиції щодо вдосконалення : Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні : проект ЄС. – Київ, 2013. – 13 с.
11. Структуры устойчивого финансирования здравоохранения и всеобщий охват. Резолюция WHA 64.9, 24 мая 2011 г. / Всемирная организация здравоохранения. – Женева, 2011. – 4 с.
12. Таллиннская хартия: системы здравоохранения для здоровья и благосостояния. Европейская министерская конференция ВОЗ по системам здравоохранения: системы здравоохранения–здоровье–благосостояние, 27 июня 2008 г.

Таллінн, Естонія [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/publications/pre-2009/tallinn-charter-health-systems-for-health-and-wealth>. – Названня з екрана.

13. Устойчивое финансирование здравоохранения, всеобщий охват и медико-социальное страхование. Резолюция WHA58.33, стр. 152, май 2005 г. / Всемирная организация здравоохранения. – Женева, 2005. – С. 152–153.

14. Федосов В. Конспект лекцій на тему «Бюджет»: навчальні матеріали он-лайн / В. Федосов, С. Юрій [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://pidruchniki.com/1228112846046/ekonomika/programnotsilove_byudzhetuivannya_problemi_stanovlennya_rozvitku. – Назва з екрана.

15. Финансирование систем здравоохранения: путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью : доклад о состоянии здравоохранения в мире. 2010 г. / Всемирная организация здравоохранения. – Женева, 2010. – 106 с.

16. Annual Report 2014. – Washington D.C. : International Bank for Reconstruction International Bank for Reconstruction and Development; The World Bank, 2014. – 62 p.

17. Brinkerhoff Derick W. Health governance: principal-agent linkages and health system strengthening / W. Brinkerhoff Derick, J. Bossert Thomas // Health Policy Plan. – 2014. – № 29. – P. 6685–6693.

18. Ch. Mukesh Health Care Spending in the New EU Member States. Controlling costs and improving quality / Mukesh Ch. – Washington D.C. : International Bank for Reconstruction International Bank for Reconstruction and Development ; The World Bank, 2007. – 72 p.

19. Challenges John C. Financing health care in East Asia and the Pacific Best practices and remaining challenges / John C. Langenbrunner, Aparnaa Somanathan. – Washington D.C. : International Bank for Reconstruction International Bank for Reconstruction and Development ; The World Bank, 2011. – 328 p.

20. Fidler A. Innovations in health services delivery from transition economies in Eastern Europe and Central Asia / A. Fidler // Health Affairs (Millwood). – 2009. – № 28. – P. 41011–41021.

21. Kutzin Joseph. Health financing policy: a guide for decision-makers. Health Financing Policy Paper, Division of Country Health Systems / Joseph Kutzin. – World Health Organization, 2008. – P. 3.

22. Lewis M. Informal payments and the financing of health care in developing and transition Countries [Electronic resource] / M. Lewis. – World Bank, 2010. – Режим доступу : <http://content.healthaffairs.org/cgi/content/abstract/26/4/984>. – Назва з екрана.

23. Owen Smith Getting Better: improving Health System Outcomes in Europe and Central Asia / Owen Smith, Son Nam Nguyen. – Washington D. C. : International Bank for Reconstruction and Development ; The World Bank, 2013. – 192 p.

24. Preker A. S. Public ends, private means. Strategic purchasing of health services: strategic purchasing of value for money in health care / A. S. Preker. – Washington, D C : The World Bank, 2007.

25. Investing in health. A Summary of the Findings of the Commission on Macroeconomics and Health / World Health Organization. – Geneva, 2013. – P. 17.

Дата надходження рукопису до редакції: 14.09.2015 р.

Рекомендации по изменению отдельных функций для системы финансирования здравоохранения в Украине

М.В. Шевченко

ГНУ «Научно-практический центр профилактической и клинической медицины» Государственного управления делами, г. Киев, Украина

Цель – представить изменения в системе финансирования здравоохранения в Украине в контексте наилучших международных практик и отечественного опыта.

Материалы и методы. Использованы общеэкономический анализ, метод анализа и синтеза, сравнительный. Исследования базируются на результатах проведения пилотного проекта с реформирования системы финансирования здравоохранения в Украине за 2012–2014 гг.

Результаты. Представлены недостатки существующей системы финансирования здравоохранения в Украине в разрезе ее основных функций. Предложено внедрение апробированных в 2012–2014 гг. (Днепропетровская, Винницкая области) элементов системы финансирования национальной системы здравоохранения, которые базируются на рекомендациях международных организаций (Мировой банк, ВОЗ, Альянс с исследований в области политики систем здравоохранения, Глобальная обсерватория здравоохранения, Европейская Комиссия и др.), данных международного и отечественного опыта изменений в здравоохранении.

Выводы. Концентрация на уровне областного бюджета финансовых, кадровых и материальных ресурсов, использование порядка финансирования за двумя кодами экономической классификации расходов в учреждениях здравоохранения, использование в бюджетном процессе на уровне местных бюджетов относительно бюджетных программ по видам оказания медицинской помощи как элементы изменений функций системы финансирования показали свою эффективность на уровне пилотных регионов.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: система финансирования, функции системы финансирования, пилотный проект.

Recommendations for change definite functions for the system of financing health care in Ukraine

M.V. Shevchenko

State Institution of Science «Research and Practical Center of Preventive and Clinical Medicine» State Administrative Department, Kyiv, Ukraine

Purpose of this study was changes in the system of health care financing in Ukraine through the prism application of international best practices and national experience.

Materials and methods. The study used a general economic analysis, method of analysis and synthesis, comparison method. Research based on the results of the pilot project to reform the system of health care financing in Ukraine in 2012–2014.

Results. Presented by the shortcomings of the existing system of health care financing in Ukraine and the section of its basic functions. Proposed implementation of the approved in 2012–2014. (Dnipropetrovsk, Vinnytsia regions), elements of the system of financing the national health system, which are based on the recommendations of international organizations (World Bank, WHO, The Alliance for Health Policy and Systems Research (AHPSP), the Global Health Observatory, the European Commission et al.), data of International and national experience.

Conclusions. The concentration at the level of the regional budget of financial, human and material resources, the use of financing arrangements for the two codes of economic classification of expenses from health care, the use of the budget process at the level of local budgets with respect to the budget programs for types of care as elements of the changes in the functions of the system of financing have demonstrated their effectiveness at the level of pilot regions.

KEY WORDS: financing system, the functions of the system of financing the pilot project.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА

Шевченко Марина Вікторівна – к.мед.н., с.н.с., старший науковий співробітник наукового відділу організації медичної допомоги ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами; вул. Верхня, 5, м. Київ, 01014, Україна.

МЕХАНІЗМ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ТА ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ПРАВ ПАЦІЄНТІВ В УКРАЇНІ

¹Карпатський університет імені Августина Волошина, м. Ужгород, Україна

²ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

Мета – на підставі аналізу доктринальних джерел, положень міжнародних актів та актів національного законодавства визначити сутність та зміст прав пацієнтів та сформулювати пропозиції щодо вдосконалення вітчизняного законодавства у досліджуваній сфері.

Матеріали та методи. Методологічну основу дослідження становить сукупність загальнофілософських, загальнонаукових та спеціально-юридичних методів, які було використано в процесі досягнення мети даного дослідження, зокрема діалектичний метод, метод аналізу, системно-функціональний метод, формально-логічний метод, герменевтичний метод.

Результати. Визначено основні міжнародно-правові акти та акти національного законодавства, що регулюють правовідносини, які виникають у процесі реалізації прав пацієнтів в Україні; охарактеризовано елементи змісту прав пацієнтів та досліджено міжнародно-правові стандарти прав пацієнтів.

Висновки. Доцільним є пряме закріплення обов'язків пацієнтів, зокрема обов'язку виконання медичних приписів лікаря та обов'язку виконання правил внутрішнього розпорядку закладу охорони здоров'я.

Ключові слова: права пацієнтів, правове регулювання, нормативне закріплення, реалізація прав.

ВСТУП

Відповідно до ст. 3 Конституції України, здоров'я людини визнається найвищою соціальною цінністю. Здоров'я, як найвище суспільне та особистісне благо, потребує посиленої охорони. Право на охорону здоров'я гарантоване на рівні Основного Закону України (ч. 1 ст. 49). Попри те, що обов'язок із утвердження і забезпечення прав та свобод людини і громадянина покладається на державу, на сучасному етапі можна виявити низку проблем, які перешкоджають повноцінній реалізації права на охорону здоров'я, у тому числі і прав пацієнтів, більшість яких породжена недосконалістю законодавчої практики, а також відсутністю правової регламентації механізмів його реалізації, внаслідок чого деякі законодавчі положення набувають декларативного характеру. В умовах прискорення в Україні євроінтеграційних процесів нехтування основоположними правами людини є неприпустимим. Зазначене вказує на нагальну потребу системного реформування сфери охорони здоров'я в Україні.

Мета роботи – на підставі аналізу доктринальних джерел, положень міжнародних актів та актів національного законодавства визначити сутність та зміст прав пацієнтів та формулювання пропозиції щодо вдосконалення вітчизняного законодавства в досліджуваній сфері.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до поставленої мети основними завданнями дослідження є:

– визначити основні міжнародно-правові акти та акти національного законодавства, які регулюють

правовідносини, що виникають у процесі реалізації прав пацієнтів в Україні;

– надати характеристику елементів змісту прав пацієнтів;

– дослідити міжнародно-правові стандарти прав пацієнтів;

– розробити пропозиції щодо вдосконалення правового забезпечення реалізації конституційного права на охорону здоров'я в Україні.

Методологічну основу дослідження становить сукупність загальнофілософських, загальнонаукових та спеціально-юридичних методів, які було використано в процесі дослідження, зокрема діалектичний метод, метод аналізу, системно-функціональний метод, формально-логічний метод, герменевтичний метод.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Переходячи до розгляду прав пацієнтів, наперед зазначимо, що сучасне національне законодавство України характеризується відсутністю єдиного спеціального законодавчого акту, який би врегульовував права пацієнтів. На разі оптимальний обсяг індивідуальних прав пацієнтів визначається Європейською хартією прав пацієнтів від 15 листопада 2002 року. Хартія була ухвалена на нараді провідних національних громадських організацій Італії, Німеччини, Бельгії, Португалії, Іспанії, Греції, Ірландії, Данії, Нідерландів, Австрії, Великої Британії. Ця подія ознаменувала зародження на теренах Європи руху за право пацієнтів відігравати більш активну роль у формуванні медичної політики та процесі надання медичних послуг. Хартія була створена з метою підвищення ступеня захищеності прав пацієнтів та

громадян, а також гармонізації національних систем охорони здоров'я країн Європи. Незважаючи на те, що положення Європейської хартії прав пацієнтів мають рекомендаційний характер, європейські громадські організації, що опікуються проблемою захисту прав пацієнтів, будучи об'єднаними в потужну мережу, домоглися імплементації положень Хартії в акти національного законодавства [2].

Хартією закріплені такі права пацієнтів:

- 1) право на профілактичні заходи;
- 2) право на доступність медичних послуг;
- 3) право на інформацію, тобто право на отримання будь-якої інформації про стан свого здоров'я, про медичні послуги і способи отримання цих послуг;
- 4) право на згоду, тобто право на отримання будь-якої інформації, яка дозволить пацієнту активно брати участь у прийнятті рішень щодо свого здоров'я;
- 5) право на свободу вибору між різними медичними процедурами і закладами (спеціалістами) на основі адекватної інформації;
- 6) право на приватність і конфіденційність особистої інформації;
- 7) право на повагу до часу пацієнта;
- 8) право на дотримання стандартів якості медичної допомоги;
- 9) право на безпеку;
- 10) право на інновації;
- 11) право на попередження, за можливості, страждань і болю;
- 12) право на індивідуальний підхід до лікування;
- 13) право на оскарження;
- 14) право на компенсацію у випадку заподіяння пацієнту фізичної або моральної чи психологічної шкоди діями медичного закладу [1].

Крім того, Хартія слугує орієнтиром для моніторингу та оцінки систем охорони здоров'я держав Європи. Система охорони здоров'я України також була оцінена з використанням сучасних індикаторів, розроблених на основі Європейської хартії прав пацієнтів, з метою виявлення реальної ситуації щодо забезпечення прав пацієнтів у нашій державі [2].

В Україні на законодавчому рівні права людини та громадянина у медичній сфері регламентовані Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». Права, закріплені цим документом, є похідними від визначених у Хартії, зокрема до них слід віднести наступні: 1) право на вільний вибір лікаря, якщо останній може запропонувати свої послуги, та вибір методів лікування відповідно до його рекомендацій; 2) право на інформовану згоду щодо застосування методів діагностики, профілактики та лікування та право відмовитись від лікування; 3) право на таємницю про стан свого здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також про відомості, одержані при медичному обстеженні; 4) право пацієнта, який перебуває на стаціонарному лікуванні в закладі охорони здоров'я, на допуск до нього інших медичних працівників, членів сім'ї, опікуна, піклувальника, нотаріуса та адвоката, а також священнослужителя для відправлення богослужіння та релігійного обряду; 5) право направлятися для лікування за кордон у разі необхідності подання того чи іншого виду

медичної допомоги хворому та неможливості її подання в закладах охорони здоров'я України.

Перше з перелічених вище прав регламентовано ст. 38 Основ законодавства України про охорону здоров'я, якою визначено, що кожний пацієнт, який досяг чотирнадцяти років і який звернувся за наданням йому медичної допомоги, має право на вільний вибір лікаря, якщо останній може запропонувати свої послуги, та вибір методів лікування відповідно до його рекомендацій [4].

Кожний пацієнт має право, коли це виправдано його станом, бути прийнятим у будь-якому державному лікувально-профілактичному закладі за своїм вибором, якщо цей заклад має можливість забезпечити відповідне лікування [4].

Також, згідно із ч. 1 ст. 34 цього закону, лікуючий лікар може обиратися безпосередньо пацієнтом або призначатися керівником закладу охорони здоров'я чи його підрозділу. Обов'язками лікуючого лікаря є своєчасне і кваліфіковане обстеження і лікування пацієнта. Пацієнт вправі вимагати заміни лікаря [4].

Зазначене право є важливим для пацієнта, оскільки надає йому можливість лікуватися у спеціаліста, якого він обрав та якому довіряє, у закладі, що має сучасне та ефективне обладнання, методи діагностики та найбільш кваліфікованих медичних працівників. Проте воно є обмеженим положеннями ст. 35, яка передбачає, що первинна лікувально-профілактична допомога подається переважно за територіальною ознакою сімейними лікарями або іншими лікарями загальної практики. Тобто на первинному рівні має місце «прив'язка» до місця проживання особи та закріплення за дільничним лікарем [4].

Слід зазначити, що право на вибір лікаря тісно пов'язане ще з одним правом пацієнта, а саме правом пацієнта, який перебуває на стаціонарному лікуванні в закладі охорони здоров'я, на допуск до нього інших медичних працівників, членів сім'ї, опікуна, піклувальника, нотаріуса, адвоката, священнослужителя для відправлення богослужіння та релігійного обряду. Це право закріплено ст. 6 ЗУ «Основи законодавства України про охорону здоров'я» та ст. 287 ЦК України.

Можливість допуску до пацієнта інших медичних працівників надає йому змогу визначитися із правильністю обраних методів лікування у закладі охорони здоров'я [6].

Аналізоване право тісно пов'язане із правом матері або інших членів сім'ї перебувати з дитиною віком до 6 років, а також з тяжкохворою дитиною старшого віку, яка потребує материнського догляду, в лікувальному закладі, закріпленим положеннями ч. 1 ст. 287 ЦК України, п. «к» ст. 6, ст. 64 ЗУ «Основи законодавства України про охорону здоров'я». Так, ст. 64 визначається, що за неможливості госпіталізації або відсутності показань до стаціонарного лікування хворої дитини мати або інший член сім'ї, який доглядає дитину, може звільнитися від роботи з виплатою допомоги з фондів соціального страхування у встановленому порядку. При стаціонарному лікуванні дітей віком до шести років, а також тяжкохворих дітей старшого віку, які потребують, за висновком лікарів, материнського догляду, матері або іншим членам сім'ї надається можливість перебувати з дитиною в закладі охорони здоров'я із забезпеченням

безплатного харчування та умов для проживання та виплатою допомоги по соціальному страхуванню у встановленому порядку [4].

Наступне право пацієнтів, закріплене ЗУ «Основи законодавства України про охорону здоров'я», – право на інформовану згоду щодо застосування методів діагностики, профілактики та лікування та право відмовитись від лікування.

Інформована згода пацієнта на медичне втручання являє собою досить складний медико-правовий феномен, що відбиває загальні процеси переходу до договірного регулювання найбільш складних відносин у сфері медичної допомоги. Особливої актуальності питання одержання та фіксація інформованої згоди набувають у зв'язку зі стрімким розвитком технологій медичних втручань, що мають як високий лікувально-діагностичний потенціал, так і потенціал ятрогенії. У зв'язку із цим зростає обсяг зобов'язань надавача послуг перед пацієнтом у сфері інформаційного забезпечення щодо можливості прийняття споживачем обґрунтованого й усвідомленого рішення [7].

Інформована згода є одночасно і фактором реалізації прав пацієнта при одержанні медичної допомоги, і засобом попередження виникнення юридичних конфліктів. Комплексний, багатоаспектний характер обумовлює складність і неоднозначність підходів до інтерпретації та правового значення інформованої згоди. Необхідно, насамперед, зупинитися на тлумаченні суті даного поняття. Як відомо, якісне визначення має велике значення для правильного розуміння розглянутого явища [3].

С.Г. Стеценко визначає інформовану згоду на медичне втручання як добровільне прийняття пацієнтом запропонованого варіанта лікування, засноване на одержанні ним прямої, об'єктивної та всебічної інформації щодо майбутнього лікування, його можливих ускладнень та альтернативних методів лікування [7].

Так, відповідно до положень ст. 39 ЗУ «Основи законодавства України про охорону здоров'я», лікар перед початком лікування зобов'язаний пояснити пацієнтові в доступній формі стан його здоров'я, мету запропонованих досліджень і лікувальних заходів, прогноз можливого розвитку захворювання, в тому числі наявності ризику для життя і здоров'я. Пацієнт має право на ознайомлення з історією своєї хвороби та іншими документами, що можуть слугувати для подальшого лікування, робити виписки, ксерокопії. Згідно зі ст. 43, згода інформованого відповідно до ст. 39 пацієнта необхідна для застосування методів діагностики, профілактики та лікування. Проте у невідкладних випадках, коли загроза життю хворого є наявною та реальною, згода хворого або його законних представників на медичне втручання не потрібна. Окрім цього, якщо відсутність згоди може призвести до тяжких для пацієнта наслідків, лікар зобов'язаний йому це пояснити. Якщо і після цього пацієнт відмовляється від лікування, лікар має право взяти від нього письмове підтвердження, а у разі неможливості його одержання – засвідчити відмову відповідним актом у присутності свідків [4].

Впровадження у повсякденну практику застосування інформованої згоди є потребою часу. Це

дозволить створити реальну основу, при якій система охорони здоров'я громадян буде функціонувати в умовах дотримання й поваги прав та гідності людини. При цьому знижується потенційна ймовірність виникнення юридичного конфлікту між суб'єктами медичних правовідносин [3].

Право пацієнта на таємницю про стан свого здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також про відомості, одержані при його медичному обстеженні закріплене у ст. 39-1 та ст. 40 ЗУ «Основи законодавства України про охорону здоров'я». На дотримання цього права забороняється вимагати та надавати за місцем роботи або навчання інформацію про діагноз та методи лікування пацієнта [4].

Ст. 40 закріплює положення, спрямовані на регулювання лікарської таємниці. Так, медичні працівники та інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимний і сімейний бік життя громадянина, не мають права розголошувати ці відомості, крім передбачених законодавчими актами випадків [4].

При використанні інформації, що становить лікарську таємницю, в навчальному процесі, науково-дослідній роботі, в тому числі у випадках її публікації у спеціальній літературі, повинна бути забезпечена анонімність пацієнта [4].

Право на таємницю про стан здоров'я регламентується також ст. 286 ЦК України, що містить положення аналогічного змісту.

Таємниця про стан здоров'я відноситься до персональних даних (інформація про особу), які охороняються Законом (згідно зі ст. 23 ЗУ «Про інформацію»).

Таким чином, пацієнт може бути впевнений у конфіденційності не лише діагнозу, але й самого факту звернення до лікаря, що виступає гарантією дотримання права особи на приватне життя.

Право направлятися для лікування за кордон у разі необхідності подання того чи іншого виду медичної допомоги хворому та неможливості її подання в закладах охорони здоров'я України закріплено ст. 36 ЗУ «Основи законодавства України про охорону здоров'я», відповідно до положень якої державні органи у таких випадках зобов'язані сприяти виїзду громадян України за кордон і перебуванню там в період лікування [4].

Відповідно до Положення про порядок направлення громадян на лікування за кордон, затвердженого Постановою КМУ від 08.12.1995 р. № 991, питання направлення громадян на лікування за кордон порушують обласні, центральні районні (міські) лікарні, які надсилають до МОЗ Автономної Республіки Крим, управлінь (відділів) охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій детальний витяг з історії хвороби, надрукований у двох примірниках, обґрунтування доцільності лікування за кордоном, а також довідки про склад сім'ї хворого. Зазначені органи охорони здоров'я у разі визнання ними необхідності такого лікування надсилають ці документи МОЗ України або видають їх хворому (чи за його дорученням – іншій особі) для подання цьому

Міністерству. Рішення про доцільність лікування за кордоном приймається Комісією з питань направлення на лікування за кордон на підставі висновку головного спеціаліста відповідного профілю МОЗ України. Обов'язковою умовою прийняття Комісією позитивного рішення повинне бути складене головним спеціалістом відповідного профілю МОЗ обґрунтування щодо неможливості ефективного лікування хворого в Україні та підтвердження медичним закладом зарубіжної країни можливості надання відповідної спеціалізованої допомоги. На підставі рішення Комісії видається відповідний наказ МОЗ. Одночасно із прийняттям рішення визначаються загальна сума пов'язаних із цим направленням витрат і джерела їх покриття [5].

Витрати, пов'язані з направленням громадянина на лікування за кордон, включають вартість лікування та проїзду хворого туди і назад, а також (за рішенням Комісії) особи, що його супроводжує. Сума зазначених та інших витрат і відповідальність сторін, у тому числі за обґрунтованість терміну та якості лікування, визначаються на підставі письмової домовленості МОЗ з відповідним медичним закладом зарубіжної країни. Для покриття витрат, пов'язаних з направленням громадянина на лікування за кордон, можуть використовуватися кошти: а) хворого чи його сім'ї; б) Державного бюджету України (передбачені МОЗ на цю мету); в) бюджету Автономної Республіки Крим; г) місцевого бюджету; г) підприємства, установи, організації та їх об'єднань незалежно від форм власності; д) громадських організацій та окремих громадян; е) Фонду для здійснення заходів щодо ліквідації наслідків Чорнобильської катастрофи та соціального захисту населення (до 20 відсотків у кожному конкретному випадку направлення на лікування осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи). У разі, коли середньомісячний сукупний дохід (з розрахунку на одного її члена) не перевищує одного неоподаткованого

мінімуму доходів громадян на місяць, відшкодування витрат, пов'язаних із направленням громадянина на лікування за кордон, за рахунок хворого та членів його сім'ї не проводиться. Якщо середньомісячний сукупний дохід сім'ї (з розрахунку на одного її члена) більший за один неоподатковуваний мінімум доходів громадян на місяць, хворий чи його сім'я сплачують за лікування за кордоном 50 відсотків суми цього перевищення (з розрахунку на кожного члена сім'ї), але не більше за фактичні витрати, пов'язані з направленням громадянина на лікування за кордон. Решта витрат здійснюється за рахунок інших коштів, перелічених вище [5].

ВИСНОВКИ

Перелік прав пацієнтів, закріплений ЗУ «Основи законодавства України про охорону здоров'я», не відповідає міжнародним стандартам, зокрема тому переліку, який визначається Європейською хартією прав пацієнтів. З метою гарантування прав пацієнтів на належному рівні необхідно розширити їх перелік шляхом закріплення права на профілактичні заходи, права на повагу до часу пацієнта, права на інновації, права на попередження по можливості страждань і болю, права на індивідуальний підхід до лікування. Доцільним є пряме закріплення обов'язків пацієнтів, зокрема обов'язку виконання медичних приписів лікаря та обов'язку виконання правил внутрішнього розпорядку закладу охорони здоров'я.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

В умовах прискорення євроінтеграційних процесів в Україні доцільно розробити правову регламентацію механізмів повноцінної реалізації права на охорону здоров'я, у тому числі на охорону прав пацієнтів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Європейська хартія прав пацієнтів : Міжнародний документ від 15.11.2002 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://healthrights.org.ua/fileadmin/user_upload/pdf/hartia.pdf. – Назва з екрану.
2. Козаченко Ю. А. Компаративний аналіз джерел міжнародно-правового регулювання прав пацієнтів [Електронний ресурс] / Ю. А. Козаченко. – Режим доступу: http://nauka.jur-academy.kharkov.ua/download/el_zbirnik/2.2013/56.pdf. – Назва з екрану.
3. Михайлов С. В. Щодо правової кваліфікації інформованої згоди пацієнта на медичне втручання [Електронний ресурс] / С. В. Михайлов. – Режим доступу : <http://visnyk.univd.edu.ua>. – Назва з екрану.
4. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII // Відомості Верховної Ради – 1993. – № 4. – Ст. 145.
5. Про затвердження Положення про порядок направлення громадян на лікування за кордон : Постанова КМУ від 08.12.1995 № 991 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/991-95-%D0%BF>. – Назва з екрану.
6. Стеценко С. Г. Защита прав пациента и информированное согласие: научная статья / С. Г. Стеценко // Здравоохранение. – 2001. – № 12. – С. 129–135.
7. Стеценко С. Г. Медичне право України : підручник [Електронний ресурс] / С. Г. Стеценко, В. Ю. Стеценко, І. Я. Сенюта ; за заг. ред. С. Г. Стеценка. – Режим доступу : http://library.nulau.edu.ua/POLN_TEXT/KNIGI_2012/medpravo2008.pdf. – Назва з екрану.

Дата надходження рукопису до редакції: 21.09.2015 р.

Механизм обеспечения и правового регулирования прав пациентов в Украине

О.В. Анталовци¹, В.В. Сухан², О.С. Блага²

¹Карпатский университет имени Августина Волошина, г. Ужгород, Украина

²ГВУЗ «Ужгородский национальный университет», г. Ужгород, Украина

Цель – на основании анализа доктринальных источников, положений международных актов и актов национального законодательства определить сущность и содержание прав пациентов и сформулировать предложения по совершенствованию отечественного законодательства в исследуемой сфере.

Материалы и методы. Методологическую основу исследования составляет совокупность общеправовых, общенаучных и специально-юридических методов, которые были использованы в процессе достижения цели данного исследования, в частности диалектический метод, метод анализа, системно-функциональный метод, формально-логический метод, герменевтический метод.

Результаты. Определены основные международно-правовые акты и акты национального законодательства, регулирующие правоотношения, возникающие в процессе реализации прав пациентов в Украине; охарактеризованы элементы содержания прав пациентов и исследованы международно-правовые стандарты прав пациентов.

Выводы. Необходимо прямое закрепление обязанностей пациентов, в том числе обязанности выполнения медицинских предписаний врача и обязанности выполнения правил внутреннего распорядка учреждения здравоохранения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: права пациентов, правовое регулирование, нормативное закрепление, реализация прав.

Mechanism of maintenance and law regulation of patients' rights in Ukraine

O.V. Antalovtsi¹, V.S. Sukhan², O.S. Blaga²

¹Augustine Voloshin Carpathian University, Uzhgorod, Ukraine

²SHEI "Uzhgorod National University", Uzhgorod, Ukraine

Purpose – based on an analysis of doctrinal sources, provisions of international instruments and national legislation to determine the nature and content of the rights of patients and the formulation of proposals for the improvement of national legislation in the field of study.

Materials and methods. Methodological basis of the study is a set of philosophical, scientific and special-legal methods that were used in pursuit of the goal of this study, in particular: the dialectical method, the method of analysis, the systemic-functional approach, formal-logical method, hermeneutical method.

Results. The main international legal acts and acts of national legislation regulating legal relations arising in the implementation of the rights of patients in Ukraine, given the characteristic elements of the content and the rights of patients studied international legal standards of human patients.

Conclusions. The need is directly binding obligations of patients, including the obligation of carrying out medical doctor's instructions and perform the duties of internal regulations of health institutions.

KEY WORDS: patients' rights, regulation, standard fastening, the implementation of human rights.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Анталовці Ольга Василівна – к.ю.н., викладач кафедри правознавства та канонічного права Карпатського університету імені Августина Волошина; вул. Гойди, м. Ужгород, 88000, Україна.

Сухан Вікторія Семенівна – к.мед.н, доц. кафедри пульмонології, фтизіатрії та фізіотерапії факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки ДВНЗ «Ужгородський національний університет», вул. Соборанецька, 148, м. Ужгород, 88000, Україна.

Блага Ольга Сергіївна – магістр медицини, старший викладач кафедри пульмонології, фтизіатрії та фізіотерапії факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки ДВНЗ «Ужгородський національний університет», вул. Соборанецька, 148, м. Ужгород, 88000, Україна.

МІЖНАРОДНІ ІНСТРУМЕНТИ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ МЕНЕДЖМЕНТУ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Мета – встановити нові можливості підвищення якості менеджменту медичної допомоги в Україні на основі рекомендацій міжнародного стандарту ISO 9001:2015 «Quality management systems. Requirements».

Методи: системного підходу, системного аналізу нормативно-правових документів, контент- і порівняльного аналізу стандартів на системи управління якістю версій 2008 і 2015 років.

Результати. Нова версія стандарту посилює роль лідерства в управлінні якістю, підкреслює значущість врахування безперервних змін зовнішнього і внутрішнього середовища для якісного управління, підвищує вимоги до управління знаннями як провідним ресурсом організації та має антиризиковий характер.

Висновки. Використання версії стандарту ISO 9001:2015 дає можливості подальшого поліпшення якості медичного обслуговування у вітчизняній системі охорони здоров'я.

Ключові слова: управління якістю, якісні системи управління, медична допомога, охорона здоров'я, стандарти, пацієнт.

ВСТУП

Експертами Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) доведено, що добре керовані системи охорони здоров'я можуть здійснювати суттєвий вплив на здоров'я і соціальне благополуччя населення [4], а якість функціонування цих систем є провідною умовою забезпечення якісної медичної допомоги. Переорієнтування систем охорони здоров'я на безперервне підвищення якості медичних послуг, їх комплексність, наступність і безперервність надання має бути складовою політики європейських країн [1, 2].

Визнаним на світовому рівні універсальним інструментом забезпечення якості систем управління є міжнародні стандарти на системи управління та їх вітчизняні аналоги. Запровадження стандартизації систем управління в охороні здоров'я відповідно до ДСТУ ISO 9001:2009 «Системи управління якістю. Вимоги» дозволило просуватися закладам охорони здоров'я України шляхом побудови і підтримки функціонування систем управління якістю медичної допомоги [5].

Перспективи подальшого вдосконалення систем управління відкриваються із запровадженням у вересні 2015 р. нової версії міжнародного стандарту для систем управління якістю – ISO 9001:2015 «Quality management systems. Requirements» [6], яка порівняно з версією ISO 9001:2008 має ряд суттєвих змін. Даний стандарт ще не адаптований в Україні і не може бути використаний з метою сертифікації, але врахування його вимог відкриває нові можливості підвищення якості менеджменту медичної допомоги.

Мета роботи – визначити нові можливості підвищення якості менеджменту медичної допомоги в Україні шляхом застосування рекомендацій міжнародного стандарту ISO 9001:2015 «Quality management systems. Requirements».

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У процесі дослідження використані: міжнародні стандарти на системи управління якістю та їх вітчизняні аналоги, міжнародні і вітчизняні наукові джерела, нормативно-правові документи. Застосовані методи системного підходу, системного, порівняльного і контент-аналізу.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати порівняльного аналізу засвідчили, що нова версія стандарту дозволяє визначити основні напрями вдосконалення вже запроваджених систем управління якістю.

Так, сфера застосування стандарту, викладена у розділі 1, акцентує увагу керівництва будь-якої організації на необхідності демонстрації здатності випускати продукцію або надавати послуги, відповідні вимогам споживачів, та постійного підвищення їх задоволеності якістю цієї продукції або послуги. Для закладів охорони здоров'я це означає взяття зобов'язань доводити свою спроможність надавати якісну, тобто доступну, своєчасну, засновану на доказових технологіях, економічно обґрунтовану, орієнтовану на дотримання прав пацієнта медичну допомогу.

Розділ 4 стандарту «Оточення організації» при використанні у закладах охорони здоров'я висуває додаткові до викладених у попередньому стандарті вимоги до аналізу зовнішнього і внутрішнього середовища та їх безперервних змін, що можуть вплинути на якість медичної допомоги. Важливим є планування своєчасного реагування на ці зміни, які можуть торкатися соціально-політичних зрушень, нормативно-правового регулювання діяльності закладів охорони здоров'я та медичних

працівників, інновацій у медичних технологіях, змін стану здоров'я населення, а також змін інфраструктури, кадрового забезпечення, організаційної культури в даному закладі.

Головною відмінністю вимог нової версії стандарту є необхідність визначати ризики та можливості кожного виду діяльності (процесу), що відбувається в організації, та може впливати на якість кінцевої продукції/послуги. Антиризиковий характер стандарту ISO 9001:2015 значно підвищує відповідальність керівництва закладу охорони здоров'я за безпеку пацієнтів і співробітників. Згідно з вимогами стандарту, потрібно створити план реагування на ризики. Виконання зазначених вимог можливе за умови чіткої ідентифікації ризиків в охороні здоров'я за їх походженням. Ризики можуть бути соціально-правовими, економічними, управлінськими, професійними, пов'язаними як з громадянсько-правовою відповідальністю медичних працівників, так і з особливостями їх професійного оточення [3].

Вперше сформульовано у новій версії стандарту вимоги до визначення, накопичення та підтримки у робочому стані знань, як одного з ресурсів організації, необхідних для забезпечення якості послуг. Дані вимоги відповідають ключовим положенням ВООЗ до використання знань медичних організацій з метою поліпшення громадського здоров'я [7].

Актуалізовані вимоги стандарту ISO 9001:2008 у новій версії до організації зовнішніх і внутрішніх взаємодій, які можуть вплинути на систему якості. Виконання даної вимоги гарантує наступність і безперервність надання медичної допомоги, які тривалий час є однією з нездоланих проблем у вітчизняній охороні здоров'я.

Розділ 9 стандарту присвячено вимогам до процесів «зворотного зв'язку» в системі менеджменту якості: моніторингу, вимірювань, аналізу та оцінки якості процесів, продукції; внутрішнього аудиту; аналізу системи менеджменту. Дані процеси лише задекларовані у вітчизняних нормативних документах, а стандарт додає можливості впровадити цю діяльність шляхом методичного забезпечення. У 10, останньому, розділі стандарту представлені вимоги до покращення системи менеджменту якості шляхом проведення коригувальних

дій у разі виявлення невідповідностей за результатами оцінки, внутрішніх аудитів, аналізу функціонування системи та впровадження інновацій.

Впровадження системи управління якістю медичної допомоги буде максимально ефективним у разі використання, поряд зі стандартом ISO 9001:2015 «Quality management systems. Requirements», уже відомих стандартів сімейства ISO серії 2000 років, які носять, зокрема, методичний характер:

- Guidelines for auditing management system (ISO 19011:2011);

- Managing for the sustained success of an organization – A quality management approach (ISO 9004:2009);

- Quality management – Customer satisfaction – Guidelines for codes of conduct for organizations (ISO 10001:2007 (en);

- Quality management – Guidelines for realizing financial and economic benefits (ISO 10014:2006 (en);

- Quality management systems – Guidelines for process improvements in health service organizations (IWA 1:2005, IDT).

Структура стандарту ISO 9001:2015 «Quality management systems. Requirements» наведена на рисунку.

ВИСНОВКИ

Зміни, внесені у версію стандарту ISO 9001:2015 «Quality management systems. Requirements», спрямовані на підвищення якості менеджменту організацій будь-якого виду економічної діяльності. Перегляд існуючої системи управління якістю медичної допомоги у закладах охорони здоров'я і приведення її у відповідність до нових вимог слугуватиме подальшому поліпшенню якості медичного обслуговування у вітчизняній системі охорони здоров'я.

Перспективи подальших досліджень полягають в оцінці ефективності функціонування систем менеджменту якості після впровадження вимог нової версії стандарту – ISO 9001:2015 – у діяльність закладів охорони здоров'я.

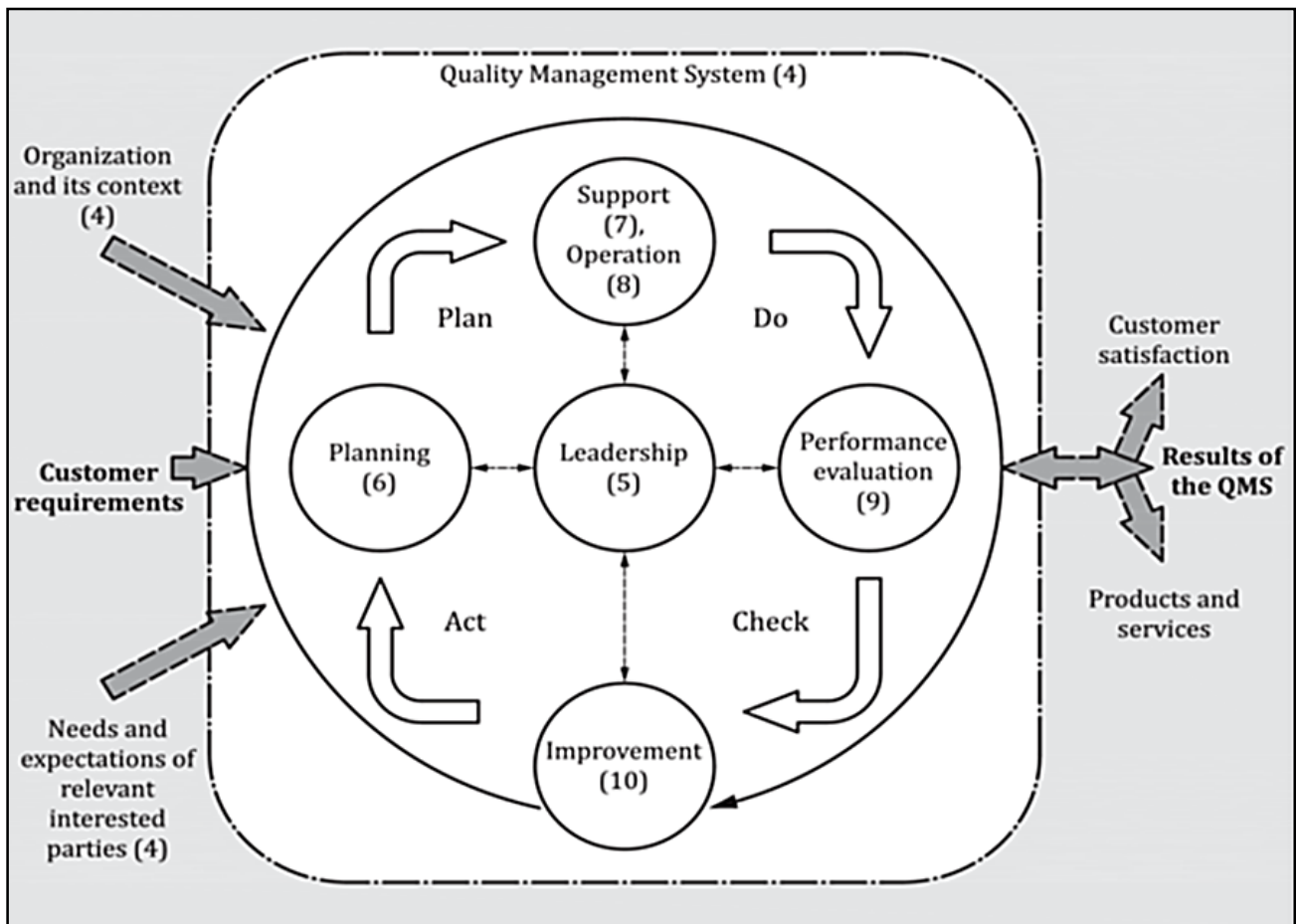


Рис. Структура стандарту ISO 9001:2015

«Quality management systems. Requirements» (джерело: <https://www.iso.org>)

ЛІТЕРАТУРА

1. Здоровье 2020. Основы европейской политики и стратегия для XXI века [Электронный ресурс] / Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. – 2013. – 232 с. – Режим доступа : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/215432/Health2020-LongRus.pdf. – Заголовок с экрана.
2. Здоровье и Цели тысячелетия в области развития / Всемирная организация здравоохранения, 2005 г. – 84 с.
3. Кучеренко В. З. Организационно-управленческие проблемы рисков в здравоохранении и безопасности медицинской практики / В. З. Кучеренко, Н. В. Эккерт // Вестник РАМН. – 2012. – № 3. – С. 4–9.
4. Системы здравоохранения, здоровье и благосостояние: оценка аргументов в пользу инвестирования в системы здравоохранения [Электронный ресурс] / Всемирная организация здравоохранения, 2008, и Всемирная организация здравоохранения от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2008. – С. 44–60. – Режим доступа : http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0012/84000/E93699R.pdf. – Заголовок с экрана.
5. Системи управління якістю. Вимоги. (ISO 9001:2008, IDT) : ДСТУ ISO 9001:2009. – [Чинний від 2009–09–01] – Київ : Держспоживстандарт України, 2009. – (Національний стандарт України) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://nads.gov.ua/control/uk/index>. – Заголовок з екрану.
6. Quality management systems. Requirements. (ISO 9001:2015) [Чинний від 2015–09–27] [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://www.iso.org>. – Заголовок з екрану.
7. World report on knowledge for better health : strengthening health systems : Summary [Електронний ресурс] / WHO, Geneva, 2004. – 162 p. – Available at : http://www.who.int/rpc/meetings/en/world_report_on_knowledge_for_better_health2.pdf. – Title from screen.

Дата надходження рукопису до редакції: 20.09.2015 р.

Международные инструменты повышения качества менеджмента медицинской помощи*В.В. Горачук*

Национальная медицинская академия последиplomного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

Цель – установить новые возможности повышения качества менеджмента медицинской помощи в Украине на основе рекомендаций международного стандарта ISO 9001:2015 «Quality management systems. Requirements».

Методы: системного подхода, системного анализа нормативно-правовых документов, контент- и сравнительного анализа стандартов на системы менеджмента качества версий 2008 и 2015 гг.

Результаты. Новая версия стандарта усиливает роль лидерства в управлении качеством, подчеркивает значимость учета непрерывных изменений внешней и внутренней среды для качественного управления, повышает требования к управлению знаниями как ведущим ресурсом организации и носит антирисковый характер.

Выводы: Использование версии стандарта ISO 9001:2015 предоставляет возможности дальнейшего улучшения качества медицинского обслуживания в отечественной системе здравоохранения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: управление качеством, качественные системы управления, медицинская помощь, здравоохранение, стандарты, пациент.

Reserves innovation quality management of health care*V.V. Horachuk*

National Medical Academy of Postgraduate Education named after P.L. Shupyk, Kyiv, Ukraine

The aim of the study determined to establish new opportunities to improve management quality medical care in Ukraine based on the recommendations of ISO 9001:2015 «Quality management systems. Requirements».

Using the **methods** of system approach, system analysis of legal documents, content- and benchmarking of standards for quality management systems versions 2008 and 2015 **received a study** which showed that the new version of the standard reinforces the leadership role in quality management, emphasizes the importance of continuous consideration changes in the external and internal environment for good governance, increases the requirements for knowledge management as a leading resource organization and it provides alternative risk.

Conclusions: use version of ISO 9001:2015 provides opportunities to further improve the quality of health care in the national health system.

KEY WORDS: quality management, quality management, health care, public health standards, patient.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА

Горачук Вікторія Валентинівна – д.мед.н., доц., доцент кафедри управління охороною здоров'я Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна.

ПРАВОВІ ЗАСАДИ ФУНКЦІОНУВАННЯ СИСТЕМИ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ ТА ПОЛЬЩІ: СХОЖІСТЬ І ВІДМІННОСТІ

¹Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ, Україна

²Івано-Франківський обласний центр екстреної медичної допомоги і медицини катастроф,
м. Івано-Франківськ, Україна

Мета – вивчити рівень відповідності українського законодавства про екстрену медичну допомогу європейським стандартам шляхом порівняння його з польським.

Матеріали та методи. Дослідження базувалось на порівнянні основних документів: Закону України «Про екстрену медичну допомогу» (2012) та Закону Республіки Польща «Про державну екстрену медичну допомогу» (2006).

Результати. Встановлено, що в цілому українське законодавство з екстреної медичної допомоги є прогресивним і відповідає сучасним європейським стандартам.

Висновки. Виявлені розбіжності між українським і польським правовим забезпеченням системи екстреної медичної допомоги можуть бути усунуті в міру загальноукраїнських процесів із подальшої інтеграції в європейський простір, подолання економічної кризи та військових дій на сході України, децентралізації державного управління, реформи місцевого самоврядування, запровадження раціональних механізмів фінансування.

Ключові слова: екстрена медична допомога, законодавче обґрунтування в Польщі та Україні.

ВСТУП

Україна непростою шляхом іде в Європу. Після розпаду СРСР Україна і Польща були на приблизно однакових вихідних позиціях. Проте чіткий орієнтир Польщі на євровектор у політиці, швидке проведення необхідних реформ, вступ у Євросоюз призвели до суттєвого прогресу і розвитку держави. Україна, попри те, що була значно глибше інтегрована в економіку СРСР, постійно знаходилась і знаходиться в зоні претензій Російської Федерації на політичний та економічний вплив і не зуміла провести вчасно реформи, досить складно та трагічно, проте невпинно просувається у бік євроінтеграції. Враховуючи, що головною умовою успіху в цьому напрямку є відповідність правового поля світовим стандартам, досвід Польщі для України є неоцінним. Особливе місце серед першочергових змін належить реформі охорони здоров'я, в числі пріоритетних завдань якої є забезпечення населенню справедливого та рівного доступу до екстреної медичної допомоги [1, 2].

Загальновідомо, що право на отримання безоплатної медичної допомоги в критичних для життя ситуаціях вважається світовою спільнотою базовим правом людини, незалежно від її платоспроможності [5].

Мета роботи – вивчити рівень відповідності українського законодавства про ЕМД європейським стандартам шляхом порівняння його з польським.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження базувалось на порівнянні основних документів: Закону України «Про екстрену медичну допомогу» (2012) [3] та Закону Республіки Польща «Про державну екстрену медичну допомогу» (2006) [4].

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Польський закон про ЕМД прийнятий у 2006 р. Для України формування сучасної ЕМД почалося з прийняття 2012 р. Закону України «Про екстрену медичну допомогу» як обов'язкової умови проведення футбольного чемпіонату «Євро – 2012» на території України. Тому при розробці та прийнятті українського законодавства враховані європейські вимоги щодо організації ЕМД, у т.ч. досвід її створення у Польщі. У результаті більшість положень українського закону відповідають сучасним уявленням про ЕМД (табл.).

Так, абсолютно однозначними в обох законах стали дефініції: «ЕМД», «система ЕМД», «бригада ЕМД», «відділення ЕМД», «домедична допомога», «місце події», «невідкладний стан людини», «спеціалізований санітарний транспорт».

Проте є й деякі відмінності щодо включення термінів у закони. Так, польське законодавство визначає кваліфікаційні вимоги до лікаря і медичної сестри системи ЕМД, тоді як в Україні це регулюється підзаконними документами (наказом МОЗ). Натомість в Україні, через проблеми зі створенням самої мережі ЕМД і необхідності забезпечення норм прибуття амбулансу до місця події, довелося вводити у закон поняття «виклик ЕМД», «пункт постійного та тимчасового базування бригади ЕМД». В українському законі немає дефініції «перша допомога», оскільки наша ЕМД повністю вписана тільки в систему охорони здоров'я. Але надалі, якщо буде прийнята змішана модель, коли в систему (так як у Польщі) будуть входити рятівники-немедики, очевидно, такий термін слід буде внести.

Таблиця
**Порівняльна характеристика
положень законів про екстрену медичну допомогу України та Польщі**

Порівнювані положення	Закон України (2012)	Закон Польщі (2006)
Термінологія	Схожість:	
	Екстрена медична допомога Система екстреної медичної допомоги Бригада екстреної медичної допомоги Відділення екстреної медичної допомоги Домедична допомога Місце події Невідкладний стан людини Спеціалізований санітарний транспорт	
	Відмінності:	
	Виклик екстреної медичної допомоги Пункт постійного базування бригади екстреної медичної допомоги Пункт тимчасового базування бригади екстреної медичної допомоги	Лікар системи Медсестра системи Перша допомога
Загальні етико-правові положення	Схожість:	
	Права громадян на екстрену медичну допомогу Обов'язок кожного надавати першу допомогу Право використовувати майно інших осіб для забезпечення вчасного надання (транспортування) екстреної медичної допомоги	
	Відмінності:	
	- - У шкільній програмі є предмет «Безпека життєдіяльності (БЖД)» – програма регулюється МОН; вчителі – не медики	Відшкодування за рахунок держави збитків інших осіб, майно яких постраждало внаслідок надання першої допомоги Обов'язкове страхування надавачів допомоги на випадок нанесення шкоди при наданні екстреної медичної допомоги Обов'язок навчання школярів наданню першої допомоги; програма затверджується спільно Міністерством здоров'я і Міністерством освіти і науки; вчителі – медичні рятівники
Відповідальність за надання екстреної медичної допомоги	Відмінності:	
	Кабінет Міністрів України Міністерство охорони здоров'я Регіональні державні адміністрації (ОДА)	Міністр охорони здоров'я Воєвода
Повноваження органів виконавчої влади і місцевого самоврядування	Схожість:	
	Загальнорегуляторна і координуюча наглядова функція Міністерства охорони здоров'я Воєвода / ОДА забезпечують планування, організацію, координування системи і нагляд над нею на регіональному рівні	
	Відмінності:	
	Кабінет Міністрів України координує діяльність інших міністерств щодо екстреної медичної допомоги	Воєвода веде Реєстр структур, які співпрацюють із системою екстреної медичної допомоги (пожежники, рятівники, поліція, армія тощо)
Принцип організації	Схожість:	
	Єдине управління на рівні регіону (воєводство, область)	
Структура системи	Відмінності:	
	Центр екстреної медичної допомоги і медицини катастроф Станції екстреної (швидкої) медичної	Центр повідомлення (CPR) Лікар-координатор Бригади швидкої допомоги (ZRM):

	допомоги Бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги: лікарські, фельдшерські Відділи невідкладної допомоги багатопрофільних лікарень	спеціалізовані (S, в складі якої лікар) і загальні (P), авіаційні (HEMS) Госпітальні відділи невідкладної допомоги (SOR) Підрозділи, які співпрацюють з системою (внесені в реєстр)
Центр і диспетчерська служба	<i>Відмінності:</i> Тільки для надання екстреної медичної допомоги Координація із парамедичними службами не відпрацьована Телефон «103» (анонсований законом «112» не працює) Підпорядковується департаменту охорони здоров'я ОДА Один на область	CPR єдиний для всіх рятувних служб (ЕМД, пожежники, поліція, оборона) Єдиний телефон «112» (проте активний і старий телефон «999») CPR і лікар-координатор входять в уряд воєводства Кількість центрів визначає МВС за узгодженням із Міністерством здоров'я
Кваліфікаційні вимоги до персоналу екстреної медичної допомоги	<i>Відмінності:</i> Визначає Міністерство охорони здоров'я (для <u>медичних працівників</u>): Завершена освіта у ВМНЗ I–IV рівня акредитації Спеціалізація «Медицина невідкладних станів» <u>Гарантії прав</u> медпрацівників екстреної медичної допомоги (матеріальні, соціальні) <u>Немедичні</u> працівники забезпечують організаційно-технологічне забезпечення екстреної медичної допомоги Представлено перелік <u>осіб, які не мають медичної освіти</u> , але за службовими обов'язками <u>повинні надавати домедичну допомогу</u> Порядок їх підготовки повинен визначити Кабінет Міністрів України	<u>Медичний рятувник:</u> Вища медична освіта за відповідною спеціальністю (ratownictwo medyczne) Закінчена державна поліцейська школа і диплом про отримання звання «медичний рятувник» Відповідна освіта в Євросоюзі <u>Водій</u> вводиться у склад бригади, якщо ніхто не має водійських прав класу B <u>Рятувник:</u> Працівник структур, що співпрацюють із системою Свідоцтво про закінчення курсу кваліфікованої першої допомоги Програма курсу затверджується Воєводою (на підставі типової, затвердженої Міністерством здоров'я)
Часові нормативи прибуття до місця події	<i>Відмінності:</i> Регламентуються Кабінетом Міністрів України: <u>Екстрені</u> виклики – 10 і 20 хв., + 10 хв. при певних умовах <u>Не екстрені</u> виклики переадресовуються на заклад первинної медичної допомоги, при неможливості цього обслуговуються до 1 год.	Виконання забезпечує Воєвода Гнучкі: медіана – до 8 хв. у містах і 15 хв. поза містами з понад 10 тис. мешканців третій квартиль – 12 і 20 хв. відповідно максимально – 15 і 20 хв.
Фінансування	<i>Відмінності:</i> За рахунок бюджетних коштів відповідно до бюджетного законодавства	<u>Бригади:</u> Авіаційні – з <u>бюджету</u> в частині диспозенції Міністра охорони здоров'я Решта (ZRM) – з бюджету в частині диспозенції Воєводи <u>Шпитальні відділи</u> невідкладної допомоги (SOR) – із суспільних коштів <u>фонду</u> обов'язкового медичного страхування (NFZ) <u>Обов'язкова умова:</u> наявність цивільних угод!!!

У блоці загальних етико-правових положень подібними стали базові принципи надання ЕМД, що випливають із загальнолюдського права кожного на ЕМД і обов'язку кожної особи надавати першу допомогу, права використовувати в разі необхідності майно інших громадян для забезпечення надання (транспортування) ЕМД.

Водночас, у польському законі чітко визначена необхідність відшкодування за рахунок держави збитків інших осіб, майно яких постраждало внаслідок надання першої допомоги, а також обов'язкового страхування надавачів допомоги на випадок нанесення шкоди при наданні ЕМД.

Також приваблює в польському законі обов'язкове навчання школярів наданню першої допомоги. При цьому рамкову навчальну програму спільно погоджують Міністерства здоров'я і Міністерство освіти та виховання Республіки Польща, а в якості вчителів задіяні лікарі, медсестри та медичні працівники системи ЕМД, що надає навчання чіткого практичного спрямування. Водночас, як і в Україні, перша медична допомога не є окремим шкільним предметом, програму навчання затверджує виключно Міністерство освіти і науки, а викладають – вчителі загальноосвітніх шкіл, тобто без досвіду надання першої медичної допомоги, а отже, таке навчання є теоретичним і практичної користі не несе.

На жаль, залишки старого радянського менталітету відбилися в українському законі й на положенні про колективну відповідальність за організацію і надання ЕМД. Головними керівними суб'єктами системи в Україні декларується Кабінет Міністрів, Міністерство охорони здоров'я, регіональні державні адміністрації. Зрозуміло, що в такому випадку, коли всі і ніхто конкретно не відповідає за якість питання, важко знайти реального винуватця недоліків у роботі. Натомість, польський закон чітко встановлює персональну відповідальність Міністра здоров'я та Воєводи, кожного у міру своєї компетентності. Особливо це набуває актуальності при впровадженні в Україні законодавства про децентралізацію державної влади.

Найбільш подібним в еволюції надання ЕМД і в Польщі, і в Україні стало об'єднання дрібних станцій, підстанцій, пунктів надання догоспітальної ЕМД, які були окремими закладами охорони здоров'я чи структурними підрозділами закладів охорони здоров'я дрібних територіальних одиниць (повіт, район), в єдину систему з єдиним органом управління (центр) на рівні великого адміністративного регіону держав (воєводство, область).

Однак у структурі системи відмінності викликані тим, що в Польщі ЕМД є складовою загальної системи рятувничих служб (разом із пожежниками, поліцією, обороною тощо), а в Україні – це самостійна окрема служба. Відповідні центри мають назву «Центр повідомлення рятувничого» (Польща) і «Центр ЕМД та медицини катастроф».

Саме тому в Україні ще не запроваджений єдиний для європейського простору телефонний номер для всіх екстрених випадків – «112», а залишився суто медичний – «103». У Польщі паралельно працюють два номери – «112» і старий «999» (виклик медичної служби швидкої допомоги).

Українські центри створені за принципом «один на область», незалежно від її величини, кількості населення та радіусу обслуговування. В Польщі кількість центрів дещо більша, ніж воєводств, оскільки число центрів визначається Міністерством внутрішніх справ за погодженням із Міністерством здоров'я, залежно від ситуації у воєводстві.

Однак найбільшою проблемою в цьому аспекті, на наш погляд, залишається те, що в Україні адміністративно відбулось створення центрів, але їх матеріально-технічне наповнення далеке від нормативного. Зокрема, у жодній області України, навіть в пілотних, де апробувалось реформування екстреної та первинної медичної допомоги (Донецька, Дніпропетровська, Вінницька області і м. Київ), не завершено формування належної оперативно-диспетчерської служби. Це пов'язано з браком коштів на дороговартісне обладнання, унаслідок необхідності створення телекомунікаційних мереж, програмних, технічних засобів тощо. Так, за підрахунками Івано-Франківського центру ЕМД і МК на створення повноцінної диспетчерської служби області потрібно ще 8 млн грн, яких у сьогоднішні кризові та воєнні часи в бюджеті держави і місцевої громади немає.

У зв'язку з цими ж фінансовими проблемами в Україні практично немає гелікоптерних бригаад ЕМД (HEMS). Хоча, за підрахунками Івано-Франківського центру ЕМД і МК та департаменту охорони здоров'я, така бригада змогла б значно скоротити витрати на утримання підпунктів ЕМД в окремих малонаселених, особливо гірських, селах, де зазвичай кількість викликів незначна.

Слід також запозичити польський досвід щодо участі водія амбулансу в ЕМД. В Україні традиційно водій не є медиком. Він не бере жодної участі в наданні екстреної допомоги, що, на наш погляд, є звичайним марнотратством. У Польщі, як і в більшості розвинених країн, водієм є хтось із бригади, а окрема посада вводиться тоді, коли ніхто не має водійських прав класу В. В Україні, на жаль, немає юридичних підстав до використання фельдшерів в якості водія автомобіля ЕМД.

Досить подібними в Україні та Польщі є нормативи прибуття амбулансів до місця події в екстрених ситуаціях. Однак в Україні вони прописані не в законі, а в постанові Кабінету Міністрів. Їх виконання ускладнюється поганим станом доріг і нерегульованістю руху транспорту в містах. Тому в постанові зазначено, що такі нормативи з урахуванням метеорологічних умов, сезонних особливостей, епідемічної ситуації та стану доріг можуть бути перевищені, але не більше ніж на 10 хвилин. Крім того, в Україні розділяється поняття «екстрені» і «не екстрені» виклики. Протягом тривалого часу служба швидкої медичної допомоги в Україні виконувала невластиві їй функції – перевезення хворих, обслуговування викликів до хронічних хворих (до онкологічних, для зняття гіпертонічних кризів тощо). Частка таких викликів сягала 30–50%. Зрозуміло, що для раціоналізації використання коштів назріла необхідність вирішити це питання і розділити екстрену та не екстрену невідкладну допомогу. Бригади екстреної допомоги, які власне становлять основу системи догоспітальної ЕМД,

потребують кращого обладнання і відповідно вишколених кадрів. Не екстрену допомогу можуть надавати або спеціальні амбуланси при системі ЕМД (тоді час доїзду продовжується до 1 год.), або заклади охорони здоров'я первинного рівня. Однак ця проблема в Україні ще не вирішена через брак коштів на відповідне транспортне оснащення закладів охорони здоров'я, незавершене формування та реорганізацію надання первинної допомоги, відсутність чітких стандартів надання такого виду допомоги.

Враховуючи різні концепції та підходи до фінансування систем охорони здоров'я Польщі та України, зрозуміло, що оплата послуг ЕМД також різна. В Україні всі ланки, догоспітальна і госпітальна, фінансуються з коштів бюджетів різних рівнів, а у Польщі існує чітка диференціація: бригади швидкої утримуються з бюджету в частині повноважень Воєводи, крім авіаційних, які знаходяться у сфері компетенції Міністра здоров'я, а госпітальні відділи ЕМД фінансуються із суспільних коштів національного фонду обов'язкового медичного страхування. Взаємовідносини між надавачами ЕМД у Польщі регулюються через систему угод.

Як бачимо, в українському законодавстві дотримана більшість ключових сучасних принципів організації ЕМД і значною мірою проведена відповідна реформа в цілій країні, розпочата відповідна реформа в цілій країні. Її перші результати та нові політичні обставини, викликані воєнними діями на сході України, вимагають подальшого удосконалення організації її надання.

Слід зазначити, що українські медики та політики у сфері охорони здоров'я мають постійну підтримку і допомогу з боку польських колег. Зокрема, Івано-Франківська область, завдяки налагодженій співпраці, змогла (і на наш погляд це – найважливіше) вишколити персонал згідно з європейськими стандартами надання ЕМД. На сьогодні польські колеги підготували близько 30 інструкторів за базовими та вдосконаленими протоколами серцево-легеневої реанімації, а також декілька диспетчерів. Більшість із них тепер працюють тренерами для решти персоналу Івано-Франківського центру ЕМД та МК, частина – беруть участь у міжнародних змаганнях бригад ЕМД як судді.

ЛІТЕРАТУРА

1. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 1 (13). – С. 5–23.
2. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я України на період 2015–2020 років [Електронний ресурс]. – Київ, 2015. – 41 с. – Режим доступу : http://healthsag.org.ua/wp-content/uploads/2014/11/Strategiya_UKR.pdf. – Назва з екрана.
3. Про екстрену медичну допомогу : Закон України від 05.07.2012 р. № 5081-VI // Відомості Верховної Ради. – 2013. – № 30. – С. 340.
4. O Panstwowym Ratownictwie Medycznym: Ustawa z dnia 8 września 2006 r. [Electronic resource]. – Access mode : <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20061911410>. – Title from screen.
5. Sherry A. Glied. Health Care Financing, Efficiency, and Equity / Sherry A. Glied. – National Bureau of Economic Research, 2008.

Не менш важливою стала допомога в матеріально-технічному обладнанні центру, який отримав в якості благодійної допомоги від польських колег декілька сучасних амбулансів, обладнання для тренінгового центру (у т.ч. сучасними манекенами), який розгорнуто при центрі і який постійно працює як у режимі щоденного вишколу персоналу ЕМД, так і для тематичного удосконалення лікарів інших спеціальностей, студентів медичного університету. У сучасних умовах цей тренінговий центр готує й волонтерів для АТО, і це ще один важливий результат тісної співпраці з польськими колегами.

У вересні 2014 р. в Івано-Франківську проходила спільна українсько-польська науково-практична конференція з ЕМД, а у жовтні 2015 р. – друга така конференція в Уббліку (Польща).

На сьогодні відбуваються перемовини на тристоронній основі (Україна, Польща, Чехія) щодо створення служби HEMS в Івано-Франківській області.

ВИСНОВКИ

У цілому українське законодавство з ЕМД є прогресивним і відповідає сучасним європейським стандартам, зокрема, в частині відповідальності органів державної влади та місцевого самоврядування, єдиного управління на рівні регіону, необхідності залучення парамедичних структур до системи, фінансування з державного бюджету.

Встановлені розбіжності між українським і польським правовим забезпеченням системи ЕМД можуть бути усунуті в міру загальноукраїнських процесів із подальшої інтеграції в європейський простір, подолання економічної кризи, децентралізації державного управління, реформи місцевого самоврядування, запровадження обов'язкового медичного страхування.

Перспективи досліджень полягають у подальшому вивченні правових засад функціонування системи екстреної медичної допомоги в Україні порівняно з країнами Європи.

Дата надходження рукопису до редакції: 10.09.2015 р.

Правовые основы функционирования системы экстренной медицинской помощи в Украине и Польше: сходство и отличия

О.З. Децик¹, Р.М. Мельник¹, В.В. Похмурский²

¹Ивано-Франковский национальный медицинский университет, г. Ивано-Франковск, Украина

²Ивано-Франковский областной центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф, г. Ивано-Франковск, Украина

Цель – изучить уровень ответственности украинского законодательства про экстренную медицинскую помощь европейским стандартам путем сравнения его с польским.

Материалы и методы. Исследование базируется на сравнении основных документов: Закона Украины «Об экстренной медицинской помощи» (2012) и Закона Республики Польша «О государственной экстренной медицинской помощи» (2006).

Результаты. Установлено, что в целом украинское законодательство по экстренной медицинской помощи является прогрессивным и отвечает современным европейским стандартам.

Выводы. Выявленные различия между украинским и польским правовым обеспечением системы экстренной медицинской помощи могут быть устранены в меру общеукраинских процессов по последующей интеграции в европейское пространство, преодоления экономического кризиса и военных действий на востоке Украины, децентрализации государственного управления, реформы местного самоуправления, внедрения рациональных механизмов финансирования.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: экстренная медицинская помощь, законодательное обоснование в Польше и Украине.

Legal basis of emergency medical care in Ukraine and Poland: similarities and differences

O.Z. Detsyk¹, R.M. Melnyk¹, V.V. Pokhmursky²

¹Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

²Ivano-Frankivsk Regional Center of Emergency and Disaster Medicine, Ivano-Frankivsk, Ukraine

Purpose – to examine the level of compliance of Ukrainian legislation on emergency medical care to European standards by comparing it with the Polish one.

Materials and methods. The study was based on a comparison of two key documents: the Law of Ukraine «On emergency medical care» (2012) and the Law of PR «On rescue emergency care» (2006).

Results. In general, Ukrainian legislation on emergency medical care is progressive and corresponds to modern European standards.

Conclusion. Installed some differences between Ukrainian and Polish legal system on EMC can be eliminated as the nationwide process of further integration into the European space, overcoming the economic crisis and hostilities in eastern Ukraine, decentralization of public administration, local government reform, the introduction of sustainable financing mechanisms.

KEY WORDS: emergency medical care, Ukrainian and Polish legislation.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Децик Орина Зенонівна – д.мед.н., проф., зав. кафедри соціальної медицини, організації охорони здоров'я і медичного правознавства Івано-Франківського національного медичного університету; вул. Галицька, 2, м. Івано-Франківськ, 76018, Україна.

Мельник Роман Михайлович – асистент кафедри соціальної медицини, організації охорони здоров'я і медичного правознавства ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» МОЗ України; вул. Галицька, 2, м. Івано-Франківськ, 76018, Україна.

Похмурський Володимир Васильович – к.мед.н., головний лікар КЗ «Івано-Франківський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф»; вул. Софіївка, 39, м. Івано-Франківськ, 76009, Україна.

НОРМАТИВНО-ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РЕГІОНАЛІЗАЦІЇ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, Україна

Мета – аналіз та оцінка нормативно-правової бази регіоналізації перинатальної допомоги в Україні.

Матеріали та методи. Проаналізовано нормативно-правові акти щодо забезпечення регіоналізації перинатальної допомоги, дані її моніторингу. Використано методи системного аналізу, статистичний, бібліосемантичний.

Результати. Регіоналізація перинатальної допомоги в Україні є складовою реформи галузі охорони здоров'я в цілому. Забезпечено організаційну оптимізацію закладів перинатальної допомоги за її рівнями, доступність до високотехнологічної спеціалізованої перинатальної допомоги вагітних з високим ризиком перинатальної захворюваності і смертності і новонароджених з дуже низькою масою тіла при народженні. Досягнуто передбачених нормативно-правовими актами очікуваних результатів регіоналізації перинатальної допомоги – зменшення частоти абортів на 23,2%, прееклампсій та еклампсій вагітних – на 24,0%, народжених хворими і захворілих новонароджених – на 2,6%, коефіцієнтів материнської смертності – на 12,5% та малюкової смертності – на 15,6%.

Висновки. В Україні наразі розроблено дієву нормативно-правову базу регіоналізації перинатальної допомоги, яка відповідає принципам ВООЗ з цих питань.

Ключові слова: нормативно-правові акти, регіоналізація, перинатальний центр, новонароджені.

ВСТУП

В умовах депопуляції, що зберігається в Україні протягом тривалого часу, економічного неблагополуччя, надвисокої захворюваності усіх груп населення, формування і збереження здоров'я покоління, що народжується, є пріоритетним завданням соціальної політики і розглядається як чинник національної безпеки [2, 4].

Важливою детермінантою формування здоров'я майбутнього людського капіталу є здоров'я матерів і новонароджених [11, 14]. Невипадково у формулюваннях задач і індикаторів Цілей Розвитку Тисячоліття особливий пріоритет надається здоров'ю і добробуту жінок, матерів і дітей [1].

Виконання заходів міжнародних програм та стратегій Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) з глобальних пріоритетів репродуктивного здоров'я, переорієнтація закладів перинатальної допомоги (ЗПД) на науково обґрунтовану практику сприяли зменшенню показників перинатальної патології, материнських і плодово-малюкових втрат у багатьох країнах світу, у тому числі в Україні [3, 4, 6, 7].

Незважаючи на позитивні тенденції змін цих показників, стан здоров'я вагітних і новонароджених не відповідає міжнародним стандартам. Стан здоров'я вагітних, наслідки пологів і стан здоров'я новонароджених багато в чому визначаються не лише соціальним та економічним статусом населення, але й організацією перинатальної допомоги, наявністю сучасних медико-організаційних технологій.

Наразі в розвинених країнах найважливішою організаційною моделлю на шляху до оптимізації медичної допомоги матерям і дітям, зниження рівня

смертності, захворюваності та інвалідності є регіоналізація перинатальної допомоги (РПД) [4].

Організація трирівневої системи перинатальної допомоги, модернізація технічного оснащення в Японії, США та країнах Західної Європи дозволили в декілька разів знизити материнські і плодово-малюкові втрати, захворюваність та смертність новонароджених і дітей раннього віку [10,12,13,15].

Мета роботи – здійснити аналіз та оцінку повноти розробки нормативно-правових актів щодо регіоналізації перинатальної допомоги в Україні та їх дієвості.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проаналізовано нормативно-правові акти щодо забезпечення регіоналізації перинатальної допомоги та дані її моніторингу. Використано методи системного аналізу, статистичний, бібліосемантичний.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

В Україні реформування перинатальної допомоги здійснюється на виконання Указу Президента від 12.03.2010 р. щодо впровадження програми економічних реформ на 2010–2014 рр., яким передбачена модернізація системи третинної (високоспеціалізованої) медичної, у тому числі перинатальної, допомоги та створення перинатальних центрів (ПЦ) другого рівня перинатальної допомоги [9].

Відповідно до наказу МОЗ України від 02.02.2011 р. № 52 «Про затвердження концепції подальшого розвитку перинатальної допомоги та плану реалізації заходів

концепції», РПД повинен розглядатися як складова реформи галузі охорони здоров'я в цілому, а її метою є зниження материнської, перинатальної та малюкової захворюваності, інвалідності та смертності в Україні шляхом структурної реорганізації системи надання медичної допомоги жінкам під час вагітності та пологів, а також їхнім новонародженим дітям, підвищення рівня доступності та якості родопомочі, її безпечності та економічного використання ресурсів [5].

Очікуваними результатами РПД 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 й основні ризики, які слід враховувати як при плануванні, так і при впровадженні регіоналізації, зокрема:

- Опір реформам з боку населення та, насамперед, 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 у сільських районах.

- Проблеми транспортного забезпечення (стан автошляхів та наявність транспортних засобів).

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

Відповідно до плану реалізації заходів Концепції МОЗ АР Крим, УОЗ обласних, Київської та Севастопольської міських держадміністрацій, у 2011 році слід було:

- розробити паспортизацію закладів та підрозділів акушерсько-гінекологічної та неонатологічної служби;

- сформувати медичне завдання для розробки проектно-кошторисної документації для реконструкції існуючих закладів та будівництва нових обласних і міжрайонних ПЦ;

- передбачити в проекті Державного бюджету кошти для закупівлі спеціалізованого санітарного транспорту та високовартісної апаратури;

- забезпечити підготовку технічних завдань на закупівлю обладнання;

- звернутись до місцевих державних адміністрацій щодо підтримки створення міжрайонних ПЦ;

- з урахуванням пропозицій громади та зацікавлених органів виконавчої влади здійснити детальні економічні розрахунки щодо створення міжрайонних ПЦ;

- здійснити економічні розрахунки щодо створення міжрайонних ПЦ та визначити джерела їх фінансування.

Створення структурованої та інституціонально-організованої мережі ПЦ відповідно до Плану передбачено:

- до грудня 2011 р. у Кіровоградській, Донецькій, Одеській, Дніпропетровській, Житомирській, Тернопільській, Харківській областях та АР Крим;

- до грудня 2012 р. у Вінницькій, Волинській, Закарпатській, Івано-Франківській, Київській, Львівській, Хмельницькій, Чернівецькій областях та м. Севастополі;

- до грудня 2013 р. у Запорізькій, Луганській, Миколаївській, Полтавській, Рівненській, Сумській, Херсонській, Черкаській, Чернігівській областях та м. Києві.

Регіоналізація перинатальної допомоги реалізується також у рамках Національного проекту «Нове життя» – нова якість охорони материнства та дитинства. Цей проект запроваджений і реалізується заради досягнення Цілей Розвитку Тисячоліття, 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. Наказом державного агентства з інвестицій та управління національними проектами України від 08.09.2011 № 74 «Про затвердження концепції реалізації національного проекту «Нове життя» – нова якість охорони материнства та дитинства» щодо створення мережі регіональних ПЦ визначені шляхи реалізації Проекту на 2011–2013 роки, зокрема створення ПЦ III рівня [8].

Слід зазначити, що Проектом врахована позиція ВООЗ: «Акушерські стаціонари з кількістю пологів менше 300 на рік є небезпечними для матері та дитини», оскільки такі відділення не гарантують безпеки медичної допомоги та не забезпечують постійну підтримку висококваліфікованого рівня лікарів, що може негативно вплинути на рівень материнської та перинатальної смертності у регіоні.

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 № 204 «Про затвердження та провадження примірного переліку послуг перинатальної допомоги на всіх етапах її надання» [5]. Цим наказом Міністру охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, начальникам управлінь (головних управлінь) охорони здоров'я обласних, Київської та

Севастопольської міських державних адміністрацій регламентовано забезпечити контроль за впровадженням послуг перинатальної допомоги на всіх етапах її надання, забезпечити проведення аудиту, безперервне навчання медичних працівників, визначити спеціаліста, відповідального за впровадження регіоналізації та моніторинг впровадження із щоквартальним звітом МОЗ України.

Примірний перелік послуг перинатальної допомоги на первинному, вторинному і третинному рівнях їх надання створено за принципами концепції «пакета послуг», що передбачає визначення примірних переліків: втручань (послуг) відповідної якості, які є необхідними, ефективними та доступними для всього населення; обладнання і витратних матеріалів; знань і навичок спеціалістів. Перелік дозволяє планувати, контролювати, аналізувати та покращувати роботу галузі. Впровадження Переліку сприятиме організації та розвитку ефективної мережі перинатальної допомоги, підвищенню якості та доступності послуг, раціональному плануванню та використанню наявних ресурсів галузі.

Для ефективного впровадження Переліку необхідно здійснити аналіз і вирішення низки питань, зокрема:

- подальший розвиток системи стандартів, настанов і протоколів перинатальної допомоги;
- підвищення кваліфікації медичного персоналу, насамперед через покращення якості підготовки лікарів загальної практики – сімейних лікарів з питань акушерства та педіатрії;
- покращення матеріально-технічного забезпечення закладів, насамперед первинного рівня;
- оптимізація системи звітної та облікової медичної документації, зокрема форм галузевої статистичної звітності;
- посилення просвітницької та інформаційної роботи задля підвищення особистої відповідальності населення за власне здоров'я, відповідального батьківства тощо.

Створення ПЦ III рівня здійснюється відповідно до наказу МОЗ України від 15.08.2011 № 514 «Про затвердження Примірного статуту Перинатального центру зі стаціонаром та Примірного положення про Перинатальний центр у складі закладів охорони здоров'я» [5]. Метою створення ПЦ III рівня визначено реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я жінок та дітей, що передбачає проведення на території обслуговування Центру заходів, спрямованих на забезпечення вагітних, роділь, породіль та новонароджених доступною, своєчасною та якісною спеціалізованою медичною допомогою; керованості та безперервності, доступності, своєчасності та якості медичної допомоги; наступності лікувально-діагностичного процесу, а предметом діяльності – організаційно-методична, лікувально-діагностична, консультативна та наукова робота. Цим наказом регламентовані правовий статус та структура ПЦ III рівня.

Наказом МОЗ України від 31.10.2011 № 726 «Про удосконалення організації надання допомоги матерям та новонародженим в перинатальних центрах» затверджені: порядок регіоналізації перинатальної допомоги, який регулює відносини між пацієнтами (жінками, вагітними, роділлями, породіллями, новонародженими тощо) та закладами охорони здоров'я, які забезпечують етапність надання перинатальної допомоги за трьома рівнями перинатальної допомоги з урахуванням регіональних особливостей; перелік медичних показань до направлення пацієнток та надання медичної допомоги в ПЦ II рівня; перелік медичних показань до направлення пацієнток та надання медичної допомоги в ПЦ III рівня; порядок регіоналізації перинатальної допомоги; розрахунки ліжкового фонду перинатальних закладів III рівня; методика з аудиту стану надання регіональної перинатальної допомоги та кадрового забезпечення ПЦ III рівня [5]. Відповідно до цього наказу рівні перинатальної допомоги визначаються: мережею закладів охорони здоров'я, що надають перинатальну допомогу; категорією пацієнтів, яким надається медична допомога; наявністю можливості виїзних консультацій; можливістю транспортування пацієнтів; кваліфікацією медичного персоналу; обсягом надання медичної допомоги; рівнем матеріально-технічного оснащення; перинатальними технологіями, що використовуються в закладі охорони здоров'я.

До закладів охорони здоров'я I рівня перинатальної допомоги належать: на амбулаторному (догоспітальному) етапі – фельдшерсько-акушерський пункт, фельдшерський пункт, сільська лікарська амбулаторія, центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги, амбулаторія загальної практики – сімейної медицини, жіночі консультації, центри/кабінети планування сім'ї; на госпітальному етапі – пологові відділення районних, центральних районних та міських лікарень.

До закладів охорони здоров'я II рівня перинатальної допомоги належать: на догоспітальному етапі – жіночі консультації, як юридичні особи, так і відокремлені структурні підрозділи міських пологових будинків, та/або міських багатoproфільних поліклінік, та/або міських багатoproфільних лікарень; на госпітальному етапі – міські пологові будинки, ПЦ II рівня, у тому числі створені на базі міських пологових будинків або багатoproфільних лікарень (центральных районних лікарень), що виконують функції міжрайонних ПЦ з кількістю пологів 1500 і більше на рік та радіусом обслуговування не більше 60 кілометрів.

До закладів охорони здоров'я III рівня перинатальної допомоги належать обласний (республіканський Автономної Республіки Крим) ПЦ або міський ПЦ (міст Києва та Севастополя), як юридична особа, так і відокремлений структурний підрозділ закладу охорони здоров'я III рівня надання медичної допомоги.

Забезпечення ПЦ III рівня лікувально-діагностичною апаратурою та виробами медичного призначення залежно від кількості спеціалізованих кабінетів та робочих місць у консультативно-поліклінічних

відділеннях та структури та кількості робочих місць у стаціонарних відділеннях регламентовано наказом МОЗ України від 14.11.2011 № 783 «Про затвердження Примірного табеля оснащення обладнанням, медичною технікою та виробами медичного призначення перинатального центру III рівня» [5].

Наказом МОЗ України від 14.11.2011 № 784 «Про затвердження Державних санітарних норм та правил «Гігієнічні вимоги до розміщення, облаштування, обладнання та експлуатації перинатальних центрів» [5] затверджено гігієнічні вимоги до розміщення, облаштування, обладнання та експлуатації ПЦ, які регламентують 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 температура та кратність повітрообміну приміщень, гранично допустимі концентрації (ГДК) та класи небезпеки лікарських засобів у повітрі приміщень ПЦ, допустимі рівні бактеріального обсіменіння повітряного середовища приміщень ПЦ залежно від їх функціонального призначення і класу чистоти та перелік харчових продуктів, які забороняється використовувати у харчуванні пацієнтів перинатальних центрів.

Примірні штатні нормативи ПЦ III рівня затверджено наказом МОЗ України від 12.03.2012 № 160 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 15.08.2011 № 514 «Про затвердження Примірного статуту Перинатального центру зі стаціонаром та Примірного положення про Перинатальний центр у складі закладів охорони здоров'я» [5].

Організація і діяльність ПЦ II рівня регламентовані наказами МОЗ України від 25.07.2013 № 641 «Примірне положення про Перинатальний центр II рівня» та від 09.10. 2013 № 871 «Про внесення змін до Примірного положення про Перинатальний центр II рівня, затвердженого наказом МОЗ України від 25.07.2013 № 641» [5].

Нова, що відповідає вимогам ВООЗ, система транспортування роділь, породіль та новонароджених регламентована наказом МОЗ України від 28.11.2013 № 1024 «Про затвердження Порядку транспортування новонароджених дітей високого перинатального ризику», зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 13.12.2013 за № 2110/24642, та від 06.02.2014 № 51 «Порядок транспортування вагітних, роділь та породіль», зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 26.02.2015 за № 220/26/665 [5].

Теоретичне підґрунтя та шляхи практичної реалізації алгоритму дій з розбудови трирівневої системи перинатальної допомоги в Україні та інструменти оцінки якості надання такої допомоги представлено в практичних

настановах «Національні засади впровадження системи регіоналізації перинатальної допомоги» [4].

Дієвість розробленої і впровадженої нормативно-правової бази регіоналізації перинатальної допомоги вивчалася за даними повноти реструктуризації ЗПД за її рівнями, доступності високотехнологічної спеціалізованої перинатальної допомоги, показниками ефективності перинатальної допомоги.

Світовий досвід показує, що приблизно 17% пологів потребують вчасної корекції і лікування як акушерських, так і неонатальних проблем у ПЦ III рівня надання перинатальної допомоги. У ННД визначений орієнтовний показник долі пологів у цих закладах становить близько 20–30%, у ЗПД I рівня – близько 30%, у ЗПД II рівня – близько 50%. За даними аналізу, станом на 01.01.2015 р. в усіх регіонах проведена реструктуризація ЗПД за її рівнями, у 21 регіоні створені ЗПД III рівня, у тому числі у 12 регіонах за сприяння Національного проекту «Нове життя» – нова якість охорони материнства та дитинства» створені, укомплектовані кваліфікованим медичним персоналом і високотехнологічним обладнанням ПЦ III рівня. Усе ще не організовані ЗПД III рівня у Волинській, Закарпатській, Миколаївській, Чернігівській областях.

У цілому в Україні у 2014 р. із загальної кількості пологів у ЗПД I рівня перинатальної допомоги було розроджено 36,5% жінок, II рівня – 46,8%, III рівня – 16,7%. Подальша організаційна оптимізація закладів перинатальної допомоги за її рівнями можлива за умови удосконалення бюджетного кодексу України та організації ПЦ III рівня в усіх регіонах.

Важливим, передбаченим нормативними актами, завданням РПД є забезпечення доступу до високотехнологічної спеціалізованої перинатальної допомоги вагітним з високим ризиком перинатальної захворюваності і смертності та новонародженим з дуже малою ($\leq 1500,0$ г), у тому числі надзвичайно малою (500,0–999,0 г), масою тіла при народженні. Відповідно до відпрацьованих спеціалістами МОЗ України з урахуванням функцій та можливостей закладів перинатальної допомоги різних рівнів алгоритмів ведення вагітних з перинатальним ризиком можна вважати достатнім розродження в умовах ЗПД III рівня 50,0% вагітних з вродженими вадами серця, 25–30% з хворобами системи кровообігу, 90% і більше з цукровим діабетом, а у ЗПД II–III рівнів – 90% і більше з прееклампсією та еклампсією, антенатальною загибеллю плода.

В Україні у 2014 р., за даними аналізу, у цілому індекс концентрації розроджень в умовах ЗПД III рівня вагітних із вадами серця становив 63,4%, з хворобами системи кровообігу – 50,5%, індекси концентрації у ЗПД II–III рівнів вагітних з прееклампсією і еклампсією – 78,1%, з антенатальною загибеллю плода – 75,3%.

За даними проекту MOSAIC, частка новонароджених з дуже малою масою тіла при народженні, що народилися у ЗПД III рівня, становила від 63–64% у Данії та Польщі до понад 80% у Бельгії, Німеччині, Італії та Португалії.

В Україні у 2014 р. вдалося сконцентрувати у ЗГД III рівня народження 54,6% немовлят з дуже малою масою тіла при народженні, у тому числі 59,0% новонароджених з масою тіла 500,0–999,0 г і 52,9% з масою тіла 1000,0–1499,0 грамів.

Дієвість впровадження основних заходів нормативно-правових актів з РГД вивчалася і за даними передбачених заходами наказу МОЗ України від 02.02.2011 № 52 «Про затвердження концепції подальшого розвитку перинатальної допомоги та плану реалізації заходів концепції» очікуваних результатів РГД. Так, за період впровадження РГД частота абортів зменшилася на 23,2% – з 13,45 на 10 тис. жінок фертильного віку у 2011 р. до 10,37 у 2014 р., прееклампсій та еклампсій вагітних – на 24,0% (з 2,5 до 1,9 на 100 вагітних), народжених хворими і захворілих новонароджених – на 2,6% (з 153,7 до 149,8 на 1000 народжених живими), коефіцієнтів материнської смертності – на 12,5% (з 16,0 до 14,0 на 100 тис. народжених живими) та малюкової смертності – на 15,6% (з 9,0 до 7,6 на 1000 народжених живими).

ЛІТЕРАТУРА

1. Декларация тысячелетия организации объединенных наций, утверждена резолюцией 55/2 генеральной ассамблеи от 8 сентября 2000 года [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/995_6211. – Название с экрана.
2. Моїсєєнко Р. О. Медико-соціальне обґрунтування оптимізації системи надання медичної допомоги дітям і матерям : автореф. дис. ... д-ра мед. наук за спец. 14.02.03 «Соціальна медицина» / Р. О. Моїсєєнко. – Київ, 2013. – 44 с.
3. Мурашко М. А. Современные аспекты оказания акушерской помощи в регионе с низкой плотностью населения / М. А. Мурашко. – Сыктывкар, 2005. – 120 с.
4. Національні підходи до впровадження системи регіоналізації перинатальної допомоги в Україні / МОЗ України; за ред. Р. О. Моїсєєнко. – Київ, 2012. – 135 с.
5. Нормативно-директивні документи МОЗ України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://mozdocs.kiev.ua>. – Назва з екрану.
6. Основная родовая, перинатальная и постнатальная помощь : материалы учебн. семинара [Электронный ресурс]. – Женева : ЕРБ ВОЗ, 2002. – Режим доступа : <http://medical-diss.com>. – Название с экрана.
7. Перша глобальна стратегія ВООЗ в області репродуктивного здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://whqlibdoc.who.int>. – Назва з екрану.
8. Про затвердження концепції реалізації національного проекту «Нове життя» – нова якість охорони материнства та дитинства : наказ державного агентства з інвестицій та Управління національними проектами України від 08.09.2011 № 74 [Електронний документ]. – Режим доступу : http://zakon.nau.ua/search/?refs_to=1039.10908.1&card=card1. – Назва з екрану.
9. Про заходи щодо забезпечення ефективності реалізації Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка» : Указ Президента України від 21 грудня 2010 року № 1154/2010 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1154/2010>. – Назва з екрану.
10. Регионализация перинатальной помощи детям с очень низкой массой тела при рождении и недоношенным детям : мета-анализ [Электронный ресурс] / С. М. Ласуэлл, В. Д. Барфилд, Р. У. Роша, Л. Блэкмон. – Режим доступа : www.healthquality.ru. – Название с экрана.
11. Ainsworth M. The impact of adult deaths on the nutritional status of children. In: Coping with AIDS: the economic impact of adult mortality on the African household [Electronic resource] / M. Ainsworth, I. Semali. – Washington : DC, World Bank, 1998. – Access mode : <http://elibrary.worldbank.org/2266.pdf>. – Title from screen.
12. European indicators of health care during pregnancy, delivery and the postpartum period / K. Wildman, B. Blondel, J. Nijhuis [et al.] // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. – 2003. – Vol. 11 (Suppl. 1). – P. 53–65.
13. Guidelines for perinatal care. Fifth Edition. American Academy of Pediatrics // The American College of Obstetricians and Gynecologists. – 2002. – Vol. 2. – 350 p.
14. Strong M. A. The effects of adult mortality on infant and child mortality. Unpublished paper presented at the Committee on Population Workshop on the Consequences of Pregnancy, Maternal Morbidity and Mortality for Women, their

ВИСНОВКИ

В Україні наразі розроблено досить потужну нормативно-правову базу РГД, яка відповідає принципам ВООЗ з цих питань.

Впровадження заходів нормативно-правових актів з РГД в Україні сприяло проведенню організаційної оптимізації закладів перинатальної допомоги за її рівнями, забезпеченню доступності до високотехнологічної спеціалізованої перинатальної допомоги вагітних з високим ризиком перинатальної захворюваності і смертності і новонароджених з дуже низькою масою тіла при народженні.

Досягнуті передбачені нормативно-правовими актами РГД очікувані результати РГД – зменшення частоти абортів на 23,2%, прееклампсій та еклампсій вагітних – на 24,0%, народжених хворими і захворілих новонароджених – на 2,6%, коефіцієнтів материнської смертності – на 12,5% та малюкової смертності – на 15,6%.

Families, and Society [Electronic resource] / M. A. Strong. – Washington : DC. – 19–20 October 1998. – Access mode : http://www.nap.edu/openbook.php record_id. – Title from screen.

15. Subramaniam Ho J. J. Continuous distending pressure for respiratory distress in preterm infants / Ho J. J. Subramaniam, D. J. Henderson, P. G. Davis // The Cochrane Library. – 2008, Issue.

Дата надходження рукопису до редакції: 20.09.2015 р.

Нормативно-правовое обеспечение регионализации перинатальной помощи в Украине

Е.А. Дудина, У.В. Волошина

ГУ «Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины», Киев, Украина

Цель – анализ и оценка нормативно правовой базы регионализации перинатальной помощи в Украине.

Материалы и методы. Проанализированы нормативно-правовые акты относительно обеспечения регионализации перинатальной помощи, данные ее мониторинга. Использованы методы системного анализа, статистический, библиосемантический.

Результаты. Регионализация перинатальной помощи в Украине является составляющей реформы отрасли здравоохранения в целом. Обеспечена организационная оптимизация учреждений перинатальной помощи по ее уровням, доступность к высокотехнологической специализированной перинатальной помощи беременных с высоким риском перинатальной заболеваемости и смертности и новорожденных с очень низкой массой тела при рождении.

Достигнуты предусмотренные нормативно-правовыми актами ожидаемые результаты регионализации перинатальной помощи – уменьшение частоты абортів на 23,2%, прееклампсій і еклампсій вагітних – на 24,0%, родинних болізними і захворюваннями новонароджених – на 2,6%, коефіцієнтів материнської смертності – на 12,5% і младенческой смертності – на 15,6%.

Выводы. В Украине в настоящее время создана действенная нормативно-правовая база регионализации перинатальной помощи, которая отвечает принципам ВООЗ по этим вопросам.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: нормативно-правовые акты, регионализация, перинатальный центр, новорожденные.

Normative and legal ensuring of perinatal care regionalization in Ukraine

O.O. Dudina, U.V. Voloshyna

SE "Ukrainian Institute of Strategic Researches MoH of Ukraine", Kyiv, Ukraine

Purpose – analysis and assessment of normative and legal base of perinatal care regionalization in Ukraine.

Materials and methods. Normative and legal acts of ensure perinatal care regionalization, data of its monitoring have been analysed. Methods of the system analysis, statistical, bibliosemantick have been applied.

Results. Regionalization of perinatal care in Ukraine is compound reform of health care sector as a whole. Carrying out of organizational optimization of perinatal care institutions for its levels, availability hi-tech specialized perinatal care of pregnant women with high risk of perinatal morbidity and mortality and infants with very low birth weight.

The achieved expected results stipulated by normative and legal acts of perinatal care regionalization – reduce of abortions frequency by 23.2%, preeclampsies and eklampsies of pregnant women – on 24.0%, born sick and ill newborns – on 2.6%, maternal mortality ratios – on 12, 5% and infant mortality – on 15.6%.

Conclusions. In Ukraine now developed an effective normative and legal base regionalization of perinatal care corresponding to WHO principles on these issues.

KEY WORDS: normative and legal acts, regionalization, perinatal center, newborns.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА

Дудіна Олена Олександрівна – к.мед.н., с.н.с., завідувач відділення охорони здоров'я матері і дитини ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

Волошина Уляна Володимирівна – аспірант ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

ВОЄННО-МЕДИЧНА ДОКТРИНА УКРАЇНИ ЯК ОСНОВА СИСТЕМИ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНИХ СТАНДАРТІВ

¹Українська військово-медична академія, м. Київ, Україна

²ДУ “Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України”, м. Київ, Україна

³Військово-медичний клінічний центр Центрального регіону, м. Вінниця, Україна

Мета – обґрунтування необхідності стандартизації діяльності медичної служби ЗС України та інших військових формувань; опрацювання і запровадження єдиних підходів щодо надання медичної допомоги, лікування та реабілітації поранених і хворих.

Матеріали та методи. Об'єкт дослідження – система медичного забезпечення військ у мирний час та в особливий період. Предмет – нормативно-правова база з питань охорони здоров'я військовослужбовців. Методи дослідження – аналітичний, бібліосемантичний, системного підходу.

Результати. Існуюча законодавча та нормативно-правова база охорони здоров'я військовослужбовців є недосконалою та потребує доопрацювання.

Висновки. Розвиток нормативно-правової бази медичного забезпечення ЗС України та інших військових формувань має здійснюватись з урахуванням необхідності впровадження міжнародних стандартів, принципів та політики медичного забезпечення військ НАТО. Основою для їх розробки має стати Воєнно-медична доктрина України.

Ключові слова: охорона здоров'я, Доктрина медичного забезпечення Збройних Сил України, Воєнно-медична доктрина України.

ВСТУП

Життя і здоров'я громадян визнані в Україні найвищою соціальною цінністю, а охорона їх здоров'я та створення безпечних умов життєдіяльності визначені одними із найважливіших функцій держави [2]. Ці положення закріплені у статті 3 Конституції України, де зазначається, що права і свободи людини та їх гарантії визначають зміст і спрямованість діяльності держави, а держава відповідає перед людиною за свою діяльність.

У статті 49 Конституції України визначені права громадян України на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Зокрема зазначається, що “охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм”. Стверджується, що держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування, медична допомога у державних і комунальних закладах охорони здоров'я надається безоплатно, існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Також держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності, дбає про розвиток фізичної культури і спорту та забезпечує санітарно-епідемічне благополуччя.

Іншими законодавчими і нормативно-правовими актами визначаються види медичної допомоги та порядок її надання, регулюються суспільні відносини, що виникають у сфері забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя, тощо.

Незважаючи на те, що за роки незалежності України багато зроблено для формування власної законодавчої та нормативно-правової бази, напрацьовано десятки законів і велику кількість інших нормативно-правових актів з питань охорони здоров'я та порядку

надання медичної допомоги, цей процес іще не завершений – законодавча і нормативно-правова база залишаються недосконалими, а сама система охорони здоров'я держави не відповідає у повній мірі потребам суспільства та вимогам часу, про що свідчать високі показники дитячої смертності, перевищення смертності населення над народжуваністю, одні з найнижчих у Європі та навіть у світі показники тривалості життя [5].

Мета роботи – обґрунтування необхідності стандартизації діяльності медичної служби Збройних Сил (ЗС) України, інших військових формувань та цивільної системи охорони здоров'я, опрацювання і запровадження єдиних підходів щодо надання медичної допомоги, лікування та реабілітації поранених (хворих) військовослужбовців в особливий період і під час надзвичайних ситуацій, які мають ґрунтуватися на законодавстві з питань охорони здоров'я та оборони держави.

Об'єкт дослідження: система медичного забезпечення військ у мирний час та в особливий період.

Предмет дослідження: нормативно-правова база з питань охорони здоров'я військовослужбовців, сили і засоби медичних служб ЗС України та інших військових формувань, організація медичного забезпечення військ у мирний час та в особливий період.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідженні вивчалися законодавча та нормативно-правова база з питань охорони здоров'я в державі, нормативно-правові акти та керівні документи з організації медичного забезпечення ЗС України та інших військових формувань, наукові публікації за темою.

Застосовано аналітичний, бібліосемантичний та метод системного підходу.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Реалізація положень Конституції України щодо охорони здоров'я громадян забезпечується законодавчою та виконавчою гілками влади у державі, які формують законодавчу базу та забезпечують її виконання.

Так, Основи законодавства України про охорону здоров'я визначають правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я, регулюють суспільні відносини у цій сфері з метою забезпечення гармонійного розвитку фізичних і духовних сил, високої працездатності і довголітнього активного життя громадян, усунення факторів, що шкідливо впливають на їхнє здоров'я, попередження і зниження захворюваності, інвалідності та смертності, поліпшення спадковості [4].

Закон України "Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення" врегулює суспільні відносини, які виникають у сфері забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя, визначає відповідні права та обов'язки державних органів, підприємств, установ, організацій та громадян, встановлює порядок організації державної санітарно-епідеміологічної служби і здійснення державного санітарно-епідеміологічного нагляду в Україні [7].

Нормативно-правове врегулювання в медичній галузі передбачає формування законодавчої та нормативно-правової бази, врегулювання процесів охорони здоров'я і надання медичної допомоги, стандартизацію і контроль якості медичної допомоги, врегулювання взаємовідносин та відповідальності медичного персоналу і пацієнтів, що сьогодні об'єднується поняттям "медичне право" [3, 12].

Нормативно-правове врегулювання охорони здоров'я військовослужбовців ЗС України та інших військових формувань, їх медичного забезпечення, враховуючи особливості діяльності, потребує

розроблення власної нормативно-правової бази, яка має ґрунтуватися на законодавстві з питань охорони здоров'я та оборони держави.

За роки незалежності вектор формування законодавства з питань оборони держави неодноразово міняв свій напрям та зміст – від співпраці з країнами СНД до НАТО, а відсутність чіткої і стабільної оборонної політики призвела до зниження спроможностей ЗС України і всього сектору безпеки та оборони держави. Як наслідок, неочікувана агресія застала ЗС України та їхню медичну службу невідповідними до виконання завдань за призначенням, про що свідчили такі об'єктивні показники, як незадовільний стан здоров'я та високі показники захворюваності і працевтрат усіх категорій військовослужбовців; медичні підрозділи військових частин та з'єднань були практично зруйновані; їх укомплектованість персоналом відповідної кваліфікації була недостатньою; медична апаратура і техніка морально і фізично застаріли, а нерідко були просто відсутні.

Ужиті керівництвом медичної служби заходи щодо поліпшення стану медичного забезпечення військ під час антитерористичної операції (АТО) принесли певні позитивні результати, проте не вирішили проблему в цілому. Причиною цього стали відсутність нормативно-правової бази діяльності медичної служби ЗС України, яка б визначала побудову сучасної системи медичного забезпечення військ, та базових керівних документів її діяльності, насамперед в особливий період.

Окремо слід зазначити відсутність у державі основоположного документа щодо завчасної підготовки системи цивільної та військової охорони здоров'я до роботи в особливий період та організації медичного забезпечення військовослужбовців у воєнний час – Воєнно-медичної доктрини України, роль і місце якої у системі законодавчих і нормативно-правових актів держави показано на рис. 1.



Рис. 1. Структура нормативно-правової бази медичного забезпечення ЗС України та інших військових формувань

Вперше висновок про необхідність розроблення та затвердження такого документа, як Воєнно-медична доктрина України, на підставі аналізу проблем медичного забезпечення військ в АТО та пропозицій Української військово-медичної академії (УВМА) було зроблено Національною академією медичних наук (НАМН) України і Комітетом Верховної Ради України з питань охорони здоров'я наприкінці серпня 2014 року [1, 6].

У цей же час, паралельно з означеними подіями, фахівцями Військово-медичного департаменту Міністерства оборони України та УВМА за участі керівників медичних служб військових формувань України опрацьований проект Воєнно-медичної доктрини України, який розглянутий та схвалений у Національному інституті стратегічних досліджень України і на засіданні Президії НАМН України та направлений для розгляду в Адміністрацію Президента України. Указом Президента України від 14.11.2014 року № 880/2014 доручено Кабінету Міністрів України невідкладно розробити разом зі Службою безпеки України та за участі НАМН України Воєнно-медичну доктрину України [11].

Опрацьований проект Доктрини розглядався та був схвалений на робочій нараді в Адміністрації Президента України, в Національній академії державного управління при Президенті України, на слуханнях у Комітеті Верховної Ради України з питань охорони здоров'я та парламентських слуханнях. На цей час проект Доктрини доопрацьований з урахуванням наданих зауважень та пропозицій, пройшов розгляд та отримав позитивну оцінку від іноземного радника з військово-медичних питань Офісу зв'язку НАТО в Україні та направлений до Кабінету Міністрів України для подальшого опрацювання і затвердження.

У проекті зазначається, що Воєнно-медична доктрина України – це сукупність поглядів, науково обґрунтованих принципів, єдиних організаційних вимог щодо організації медичного забезпечення ЗС України, інших військових формувань і цивільного населення у воєнний час та під час надзвичайних ситуацій. Проект містить п'ять розділів, якими визначаються мета, принципи, організаційні основи системи військової охорони здоров'я, повноваження та відповідальність органів виконавчої влади щодо її виконання, фінансове та ресурсне забезпечення, науковий супровід військової охорони здоров'я та вирішення проблем військової медицини.

Метою Воєнно-медичної доктрини України є збереження життя і здоров'я військовослужбовців через досягнення максимальної ефективності їх медичного забезпечення на час дії особливого періоду, надзвичайного стану та інших кризових ситуацій шляхом об'єднання зусиль медичних служб ЗС України, інших військових формувань та системи цивільної охорони здоров'я України.

Зважаючи на мету та завдання, що визначатимуться Воєнно-медичною доктриною України, а також її роль і місце серед інших нормативно-правових актів держави, вона має бути затвердженою указом Президента України – Верховного Головнокомандувача Збройних Сил України,

що стане практичним втіленням у життя задекларованого принципу – життя людини понад усе.

Воєнно-медична доктрина України має стати підставою для розробки Державної цільової програми розбудови військової охорони здоров'я, основою нормативно-правових актів (військово-медичних стандартів) щодо медичного забезпечення ЗС України та інших військових формувань у мирний і воєнний час та фундаментом для формування єдиного медичного простору держави у воєнний час. Вона має ліквідувати відомчі розбіжності та забезпечити єдині підходи до організації медичного забезпечення і надання вичерпної медичної допомоги пораненим (хворим) військовослужбовцям під час бойових дій та в умовах надзвичайних ситуацій.

Слід зазначити, що процеси стандартизації процесів виробництва, сфери послуг, надання медичної допомоги та оборонної сфери сьогодні є ознакою розвиненої демократичної держави та суспільства, не оминували вони і ЗС України.

З метою визначення єдиних поглядів на перелік і взаємозв'язок керівних документів з питань управління, застосування, підготовки та забезпечення ЗС України наказом Генерального штабу Збройних Сил України (далі – ГШ ЗС України) [10] запроваджено Систему оперативних стандартів Збройних Сил України (систему документів з питань управління, застосування, підготовки та забезпечення, далі – Система оперативних стандартів), яка передбачає упорядкування керівних документів, що застосовуються у сфері діяльності ЗС України як в мирний час, так і в особливий період.

За класифікацією документи, що входять до Системи оперативних стандартів, поділяються на:

- доктринальні (доктрина) – документи, які визначають систему офіційних поглядів і положень щодо управління, застосування, підготовки і забезпечення ЗС України;
- концептуальні (концепції тощо) – документи, які визначають вектор (напрямок) створення, розвитку та загальні обриси тих чи інших систем, теорій та процесів за напрямками діяльності ЗС України;
- регламентуючі (настанови, статuti, керівництва, положення, норми тощо) – документи, які визначають теоретичні положення, норми і правила підготовки і ведення бойових (спеціальних) дій військ (сил) та їх всебічного забезпечення;
- організаційні (інструкції, переліки, порядки тощо) – документи, які регулюють порядок організації та здійснення заходів (роботи), розподіл відповідальності, обов'язків, функцій та завдань різних систем та їх елементів, а також вихідну інформацію для здійснення подальших організаційних (планувальних) дій;
- програмні (програми, правила, курси підготовки тощо) – документи, що визначають методи, способи та послідовність процесу вирішення завдань підготовки сил (військ).

Системою оперативних стандартів передбачено опрацювання документів за напрямками діяльності з

питань управління, застосування, підготовки та забезпечення ЗС України, а за рівнями застосування – стратегічного, оперативного та тактичного рівня.

Відповідно до Системи оперативних стандартів за напрямом медичного забезпечення передбачено опрацювання, введення в дію та використання у

ЗС України таких документів: Доктрина медичного забезпечення Збройних Сил України; Керівництво з медичного забезпечення Збройних Сил України у мирний час; Настанова з медичного забезпечення Збройних Сил України на особливий період (рис. 2).

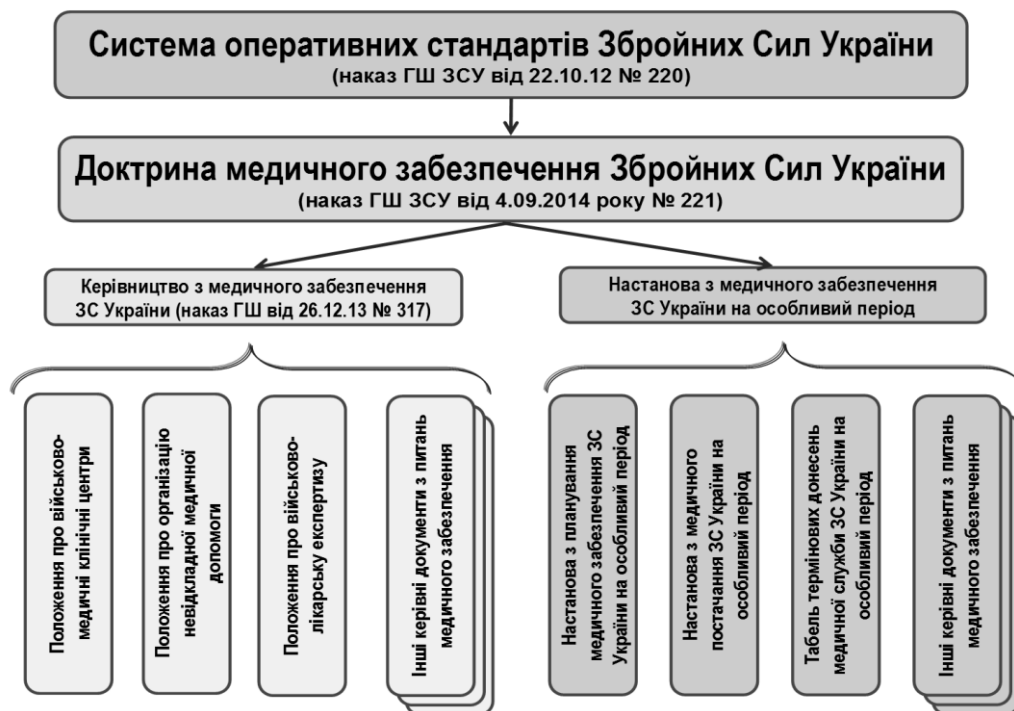


Рис. 2. Система оперативних стандартів медичного забезпечення ЗС України

Доктрина медичного забезпечення Збройних Сил України опрацьована фахівцями Науково-дослідного інституту проблем військової медицини спільно з провідними кафедрами УВМА та введена в дію наказом ГШ ЗС України [8].

Доктрина медичного забезпечення Збройних Сил України – це сукупність сучасних поглядів, науково обґрунтованих принципів, положень і єдиних організаційних вимог, що визначають порядок медичного забезпечення військ і мають на меті досягнення максимальної ефективності діяльності медичної служби в мирний час та під час застосування ЗС України. Правовою основою її розроблення є закони України та інші нормативно-правові акти з питань охорони здоров'я, оборони держави і застосування ЗС України.

Положення зазначеної Доктрини поширюються на медичне забезпечення ЗС України у мирний і воєнний час та в будь-яких умовах діяльності. Вона служить основою для розроблення нормативно-правових актів і керівних документів з питань медичного забезпечення ЗС України та призначена для керівного складу, органів управління медичної служби, керівництва ЗС України і командирів усіх рівнів, виходячи з їхніх обов'язків щодо збереження життя та здоров'я військовослужбовців.

У Доктрині медичного забезпечення Збройних Сил України зазначається, що медичне забезпечення є

окремим видом забезпечення ЗС України і являє собою систему заходів щодо збереження та зміцнення здоров'я особового складу, запобігання виникненню і розповсюдженню хвороб, надання медичної допомоги військовослужбовцям, лікування і відновлення їх працездатності та боєздатності після поранень, захворювань і травм.

Вона визначає мету, завдання і принципи медичного забезпечення ЗС України, вимоги до системи та організаційні основи медичного забезпечення у мирний і воєнний час та містить вісім розділів: Загальні положення; Організаційні основи медичного забезпечення; Організація медичного забезпечення Збройних Сил України у мирний час; Організація медичного забезпечення Збройних Сил України у воєнний час; Організація і проведення санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів; Медичне постачання; Підготовка військово-медичних кадрів та наукове вирішення проблем військової медицини; Організація співробітництва та взаємодії з питань медичного забезпечення.

Положення, принципи та вимоги щодо організації медичного забезпечення ЗС України, що викладені в Доктрині медичного забезпечення Збройних Сил України, стали основою для опрацювання Керівництва з медичного забезпечення Збройних сил України у мирний час та

Настанови з медичного забезпечення Збройних сил України на особливий період.

Керівництво з медичного забезпечення Збройних Сил України у мирний час затверджене та введено в дію наказом ГШ ЗС України [9]. Його положення роз'яснюють та розкривають вимоги Військових статутів Збройних Сил України та інших нормативно-правових актів з питань охорони здоров'я особового складу з метою єдиного їх розуміння, визначають порядок та особливості медичного забезпечення ЗС України в умовах їх повсякденної діяльності, а також зміст і організацію роботи закладів охорони здоров'я та медичних підрозділів військових частин ЗС України, функціональні обов'язки посадових осіб медичної служби тощо.

На цей час фахівцями УВМА продовжується опрацювання Настанови з медичного забезпечення

Збройних Сил України на особливий період, яка визначатиме організацію та порядок медичного забезпечення ЗС України під час їх застосування.

Зазначені доктрини, керівництво та настанова є основою для розробки низки керівних документів щодо медичного забезпечення військ (наведені на рис. 2), які затверджуються Міністром оборони України, начальником Генерального штабу – Головнокомандувачем ЗС України або ж директором Військово-медичного департаменту МО України.

Аналогічні документи, як основа військово-медичних стандартів, прийняті та застосовуються у збройних силах багатьох країн світу, зокрема Принципи і політика медичного забезпечення НАТО (МС 326/3), Спільна доктрина НАТО щодо медичного забезпечення (АJP-4.10 (В)) (табл.).

Таблиця
Керівні документи
щодо медичного забезпечення військ в Україні і світі

Україна	Спільні документи НАТО	Власні документи країн НАТО
Доктрина медичного забезпечення ЗС України	Принципи і політика медичного забезпечення військ НАТО (МС 326/3)	Національні доктрини медичного забезпечення збройних сил
Настанова з медичного забезпечення ЗС України на особливий період	Спільна доктрина НАТО щодо медичного забезпечення (АJP-4.10 (В))	Спільна медична доктрина Великобританії (JDP 4-03)
Настанови з різних елементів медичного забезпечення ЗС України	Стандарти з різних елементів медичного забезпечення військ	Національні стандарти з медичного забезпечення збройних сил країн НАТО

Нині керівництвом держави поставлене завдання ЗС України щодо впровадження до 2020 року міжнародних стандартів, принципів та політики медичного забезпечення військ НАТО шляхом урахування їх вимог у національному законодавстві з питань охорони здоров'я військовослужбовців, формування необхідної структури та кількості сил і засобів медичних служб та організації медичного забезпечення військ. І основою для їх розробки та запровадження має стати Воєнно-медична доктрина України.

ВИСНОВКИ

1. Діяльність центральних органів виконавчої влади та закладів охорони здоров'я в питаннях охорони здоров'я громадян України і, насамперед, військовослужбовців потребує сучасної всеохоплюючої законодавчої та нормативно-правової бази.

2. Існуюча законодавча та нормативно-правова база охорони здоров'я та надання медичної допомоги військовослужбовцям ЗС України та інших військових формувань є недосконалою і не завершеною та потребує доопрацювання.

3. Воєнно-медична доктрина України має стати основою для розробки нормативно-правових актів (військово-медичних стандартів) щодо медичного забезпечення ЗС України та інших військових формувань у мирний і воєнний час та забезпечити єдині підходи до організації медичного забезпечення і надання вичерпної медичної допомоги пораненим (хворим) військовослужбовцям в умовах бойових дій і надзвичайних ситуацій.

4. Розвиток нормативно-правової бази медичного забезпечення ЗС України та інших військових формувань має здійснюватись з урахуванням необхідності впровадження міжнародних стандартів, принципів та політики медичного забезпечення військ НАТО.

ЛІТЕРАТУРА

1. Звернення (лист) Голови Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я від 10.09.2014 року № 04-26/4-548 до Президента України щодо необхідності прискорення прийняття Воєнно-медичної доктрини України.
2. Конституція України, прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28.06.1996 року // Відомості Верховної Ради України (ВВР). – 1996. – № 30. – Ст. 141.
3. Медико-правовий тлумачний словник / за ред. І. Я. Сенюти. – Львів, 2010. – С. 540.
4. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 року № 2801-XII // Відомості Верховної Ради України (ВВР). – 1993. – № 4. – Ст. 19.
5. Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи : спеціалізоване видання / В. В. Лазоришинець, Н. О. Лісневська, Л. Я. Ковальчук [та ін.] ; за ред. В. В. Лазоришинця. – Київ, 2014. – 608 с.
6. Про вжиття невідкладних заходів для поліпшення стану організації медичного забезпечення населення та учасників антитерористичної операції : Рішення Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я від 04.09.2014 року № 04-26/4-38.
7. Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення : Закон України від 24.02.1994 року № 4004-XII // Відомості Верховної Ради України (ВВР). – 1994. – № 27. – Ст. 218.
8. Про затвердження Доктрини медичного забезпечення Збройних Сил України : наказ Генерального штабу Збройних Сил України від 4.09.2014 року № 221.
9. Про затвердження Керівництва з медичного забезпечення Збройних сил України у мирний час : наказ Генерального штабу Збройних Сил України від 26.12.2013 року № 317.
10. Про затвердження Системи оперативних стандартів Збройних Сил України (Системи документів з питань управління, застосування, підготовки та забезпечення) : наказ Генерального штабу Збройних Сил України від 22.10.2012 р. № 220.
11. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 4 листопада 2014 року "Про невідкладні заходи із забезпечення державної безпеки" : Указ Президента України від 14.11.2014 року № 880/2014 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon.rada.gov.ua>. – Назва з екрану.
12. Стеценко С. Г. Медичне право України : підручник / С. Г. Стеценко, В. Ю. Стеценко, І. Я. Сенюта. – Київ, 2008. – С. 507.

Дата надходження рукопису до редакції: 19.09.2015 р.

Военно-медицинская доктрина Украины как основа системы военно-медицинских стандартов

В.А. Жаховский¹, В.Г. Ливинский¹,
Н.В. Кудренко², И.П. Мельник³

¹Украинская военно-медицинская академия, г. Киев

²ГУ "Украинский институт стратегических исследований
МЗ Украины", г. Киев, Украина

³Военно-медицинский клинический центр
Центрального региона, г. Винница, Украина

Цель – обоснование необходимости стандартизации деятельности медицинской службы ВС Украины и других военных формирований, разработки и введения единых подходов к оказанию медицинской помощи, лечению и реабилитации раненых и больных.

Материалы и методы. Объект исследования – система медицинского обеспечения войск в мирное время и в особый период. Предмет – нормативно-правовая база системы охраны здоровья военнослужащих. Методы исследования – аналитический, библиосемантический, системного подхода.

Результаты. Существующая законодательная и нормативно-правовая база охраны здоровья военнослужащих является несовершенной и нуждается в доработке.

Выводы. Развитие нормативно-правовой базы медицинского обеспечения ВС Украины и других военных формирований должно осуществляться с учетом необходимости внедрения международных стандартов, принципов и политики медицинского обеспечения войск НАТО. Основой для их разработки должна стать Военно-медицинская доктрина Украины.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: здравоохранение, Доктрина медицинского обеспечения Вооруженных Сил Украины, Военно-медицинская доктрина Украины.

Medical Military Doctrine of Ukraine as the basis of military medical standards

V. Zhakhovsky¹, V. Livinsky¹,
N. Kudrenko², I. Melnyk³

¹Ukrainian military medical academy

²SI "Ukrainian Institute of Strategic Researches
MHC of Ukraine"

³Military Clinical Medical Center Central region

Aim of work – justification of the need for standartization of medical service of the Armed Forces of Ukraine and other military formations, elaboration and implementation of common approaches to the provision of care, treatment and rehabilitation of sick and wounded.

Materials and methods. The object of study – a system of medical support in peacetime and in times of crisis. Item – regulatory framework on health of military personnel. Methods – analytical, biblosemantychnyy, systematic approach.

Results. The existing legislative and regulatory framework of military health care is imperfect and needs some work.

Conclusions. The development of the legal framework of medical support of the Armed Forces of Ukraine and other military formations must take into consideration the need to introduce international standards, principles and policy of medical support NATO. The basis for their development should be the Military-Medical Doctrine of Ukraine.

KEY WORDS: health, Medical Doctrine of the Armed Forces of Ukraine, Military medical doctrine of Ukraine.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Жаховський Віктор Олександрович – к.держ.упр., доц., провідний науковий співробітник науково-дослідного відділу організації медичного забезпечення Науково-дослідного інституту проблем військової медицини УВМА; вул. 11 лінія, 1, м. Ірпінь, 08203, Україна.

Лівінський Володимир Григорович – науковий співробітник науково-дослідного відділу організації медичного забезпечення Науково-дослідного інституту проблем військової медицини УВМА; вул. 11 лінія, 1, м. Ірпінь, 08203, Україна.

Кудренко Микола Васильович – заступник директора з організаційно-методичної та адміністративної роботи ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» з організаційно-методичної та адміністративної роботи; пров. Волго-Донський, 3, Київ, 02099, Україна.

Мельник Ігор Петрович – к.мед.н., полковник медичної служби, заступник начальника Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону з медичної частини; вул. Свердлова, 185, м. Вінниця, 21000, Україна.

ДИСКУСІЯ: ПРАВА ТА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ ЩОДО ЕФЕКТИВНОЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

²ДУ "Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України", м. Київ, Україна

Мета – дослідити питання відповідальності сімейного лікаря та забезпечення його права на гідні умови праці.

Матеріали та методи. У ході виконання роботи використані методи структурно-логічного аналізу, системного підходу, порівняльного аналізу.

Результати. Проаналізовані основні дискусійні питання відповідальності сімейного лікаря та забезпечення його права на гідні умови праці, нормативно-правове регулювання кадрових питань, матеріально-технічного забезпечення.

Висновки. З різних причин (відсутність організаційного досвіду роботи, нестача фінансових коштів, слабка нормативно-правова база, ідеологічний консерватизм тощо) питання відповідальності сімейного лікаря та забезпечення його права на гідні умови праці залишаються проблемними.

Ключові слова: лікар загальної практики – сімейний лікар, права лікарів, матеріально-технічне забезпечення, медичні кадри.

ВСТУП

Сімейна медицина і сімейний лікар є основними ланками надання первинної медико-соціальної допомоги (ПМСД). Сімейний лікар (СЛ) – це фахівець з вищою медичною освітою, який має юридичне право надавати медичну допомогу, виступає інтегратором оцінки стану здоров'я пацієнтів, бере участь у розробці планів лікувально-оздоровчого характеру, координує їх реалізацію та оцінює ефективність. Він здійснює корекцію способу життя, є адвокатом і провідником у складній системі охорони здоров'я, медико-санітарного, фармацевтичного та соціального забезпечення. Це вимагає спеціального навчання, підтвердженого відповідними дипломом і сертифікатом. Кваліфікований СЛ, що володіє практичним досвідом роботи зі спеціальності, може самостійно діагностувати та ефективно лікувати відповідно до сучасних стандартів до 80% захворювань [2, 3, 13].

Мета роботи – дослідити питання відповідальності сімейного лікаря та забезпечення його права на гідні умови праці.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У ході виконання роботи використані методи структурно-логічного аналізу, системного підходу, порівняльного аналізу.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Робота на рівні всієї родини дає СЛ більше можливостей у реалізації діагностичної, лікувальної, реабілітаційної та профілактичної програм завдяки безпосередньому контакту із соціальним середовищем, у якому перебувають пацієнти. Вивчення культурних, побутових, санітарних, психологічних особливостей сім'ї дає важливу інформацію для планування необхідних заходів. Загальна практика – сімейна медицина здатна

забезпечити безперервність спостереження за пацієнтами від їх народження до літнього віку на тлі збереження індивідуального підходу до хворих. Сімейний лікар відповідає за вибір місця лікування і наступність у системі «сімейний лікар – лікар стаціонару». Це вимагає високої кваліфікації, знань і умінь у наданні невідкладної медичної допомоги в сім'ї, у визначенні необхідності екстреної госпіталізації пацієнтів. Сімейний лікар має право самостійно встановлювати діагноз і визначати тактику ведення хворого відповідно до встановлених стандартів, призначати необхідні для комплексного обстеження пацієнта методи лабораторної та інструментальної діагностики, залучати в необхідних випадках лікарів інших спеціальностей для консультацій, обстеження та лікування хворих, вносити пропозиції керівництву установи щодо удосконалення лікувально-діагностичного процесу, поліпшення роботи адміністративно-господарських та параклінічних служб або з питань організації та умов своєї трудової діяльності, отримувати і користуватися інформаційними матеріалами та нормативно-правовими документами, необхідними для виконання своїх посадових обов'язків, проходити в установленому порядку атестацію з правом отримання відповідної кваліфікаційної категорії.

Права СЛ визначені як такі, що лікуючий лікар – це лікар, який надає медичну допомогу пацієнту в період його спостереження і лікування в амбулаторно-поліклінічному або лікарняному закладі. Проблеми реалізації прав СЛ починаються від самого початкового періоду оволодіння професією. Наприклад, вчені визнають важливість комунікативної компетентності у діяльності сімейного лікаря. Водночас ні студенти, ні практикуючі лікарі не можуть визначити складові комунікативної компетентності, які ототожнюються з професійною компетентністю [12].

Важливою проблемою в діяльності СЛ є конфліктні професійні ситуації, які негативно позначаються на ефективності медичної допомоги:

1. Навіть за умов повного забезпечення права для реалізації ефективної професійної діяльності СЛ, в

його практиці можуть виникати конфліктні ситуації з прикріпленим населенням при впровадженні загальної лікарської практики: намагання хворих пройти, на їхній погляд, необхідне обстеження і консультацію у «вузького» фахівця за відсутності, на думку сімейного лікаря, в цьому об'єктивної необхідності; певна недовіра населення до сімейного лікаря порівняно з «вузькими» спеціалістами; намагання хворого обов'язково потрапити на прийом до лікаря за об'єктивної доцільності прийому середнім медичним персоналом.

2. Конфлікти між СЛ і «вузькими» спеціалістами: намагання СЛ штучно обмежити число консультацій «вузьких» спеціалістів, натомість з боку «вузьких» спеціалістів – намагання збільшити потоки хворих шляхом формування не на користь СМ громадської думки та особистих бесід з хворими.

3. Конфлікти між СЛ та керівництвом стаціонарів, поліклінік та служби швидкої медичної допомоги: намагання СЛ, з одного боку, керівництва поліклінік, стаціонарів та служби швидкої медичної допомоги – з іншого самостійно регулювати потоки хворих для консультації фахівців, обстеження і лікування в умовах поліклініки і стаціонару і, як наслідок, втрата фінансових коштів.

Достатній рівень розвитку загальної лікарської практики потребує створення не тільки нормативної, але й матеріально-технічної складової перетворення сучасних медичних закладів первинної ланки. Як вважають науковці та практики охорони здоров'я, СЛ для виконання однієї із основних своїх функцій – діагностики та виявлення хвороб – повинен мати технічне оснащення. Однак технічна складова вітчизняного медичного обладнання для використання в практиці сімейної медицини іще дуже недосконала. Технічні характеристики медичного обладнання не відповідають вимогам до апаратури медичного призначення для застосування в домашніх умовах. Усе медичне обладнання СЛ має бути безпечним при використанні вдома, відносно дешевим, простим в експлуатації, мати невеликі габарити і масу, але одночасно забезпечувати максимальну ефективність.

Унормовані вимоги до професійної діяльності СЛ не передбачають конкретизації організації робочого дня СЛ, а саме не визначається, чи свідомо буде робочий день СЛ ненормованим і за яким правом це визначено.

Матеріальне забезпечення особистості СЛ шляхом гідної заробітної платні має не менший вплив на мотивацію ефективної діяльності СЛ. На сьогодні це питання залишається найбільш актуальним. Воно гостро порушується навіть у засобах масової інформації. У світовій практиці ці питання вирішуються шляхом глибокого розуміння того, що державі потрібен сімейний лікар, який вчить людей бути здоровими, спостерігає за ними, активно виявляє захворювання на ранній стадії їх прояву. Держава у такому випадку платить за збереження здоров'я генофонду, таким чином, оцінюючи роботу лікарів первинної ланки відповідно до їх навантаження за індикаторами. В Україні за постановою КМУ щодо реалізації ст. 10 Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» від 7 липня 2011 № 3612-VI планується відійти від так званої «зрівнялівки» в оплаті праці медперсоналу. Заплановано

визначити фонд зарплати в Центрах і порядок оплати праці лікарів загальної практики – сімейних лікарів, дільничних лікарів (терапевтів та педіатрів) та молодших спеціалістів з медичною освітою, які працюють на первинному рівні медичної допомоги, з урахуванням навантаження на персонал, яке перевищує норматив населення, що обслуговується (1200 у сільській місцевості та 1500 – у містах), якість виконаної роботи, поправочні коефіцієнти з урахуванням віку (літні люди, діти). Так, заплановано, а сімейні лікарі працюють вже на території усієї країни.

Одним із найсерйозніших факторів, які впливають на право СЛ забезпечувати ефективну професійну діяльність, є кадрова підготовка. На посаду сімейного лікаря призначається той, хто пройшов підготовку в інтернатурі за спеціальністю "Загальна практика – сімейна медицина" або лікарі за освітою "Лікувальна справа" і "Педіатрія", які пройшли підготовку на циклі спеціалізації із сімейної медицини у вищих медичних закладах. Гострою проблемою залишається питання перепідготовки лікарів для надання медичної допомоги дітям. Лікарі суворо ділилися за спеціалізацією і протягом десяти років досконально вивчили свою сферу. І після шестимісячних курсів терапії, який завжди лікував дорослих, дають право лікувати дітей. На захворювання дитячий організм реагує гостріше, і якщо якийсь симптом вчасно не діагностувати, все може закінчитися летальним результатом у лічені години.

Реформа з кадрової підготовки запланована до 1 січня 2020 року. У рамках реформи вже вдалося розробити та затвердити норматив забезпечення амбулаторіями населення, що полегшуватиме доступ населення до закладу первинної медичної допомоги, а це дуже важливо для людей пенсійного віку та людей з фізичними обмеженнями.

Однак не вирішеним залишається кадрове питання, навантаження на сімейного лікаря та дотримання його права на роботу і відпочинок. Норматив навантаження на сімейного лікаря становить 1 200 осіб у сільській місцевості і 1 500 осіб у місті. За умови дотримання цих нормативів країні необхідно 30 тис. сімейних лікарів. Граничне ж навантаження на одного лікаря становить понад 2 тисячі осіб, але при такій кількості СЛ не в змозі надавати якісні медичні послуги [14].

Також проблемними залишаються питання врегулювання прав сімейних лікарів в Україні щодо профілактичної роботи, забезпечення пацієнтів лікарськими засобами з вмістом наркотичних, психотропних речовин та прекурсорів (далі – підконтрольні речовини), їх участі у профілактиці та лікуванні ВІЛ/СНІДу, туберкульозу, розладів психіки, наданні паліативної та невідкладної допомоги, ведення неускладненої вагітності.

Так, щорічно в Україні зростає новотворення викликають 15–17% усіх смертей осіб працездатного віку [15], отже майже півмільйона осіб в Україні можуть потребувати послуг паліативної допомоги для полегшення симптомів тяжких хвороб [5]. При цьому показник вживання морфіну за медичними показаннями в Україні у 2009 р. на душу населення був майже в десять разів менший за середній у світі та у дев'ятнадцять за такий у Європі [1]. За сучасними міжнародними рекомендаціями,

до 80% медичної допомоги повинно надаватися на первинному рівні лікарями загальної практики – сімейними лікарями, тому у Стратегії державної політики щодо наркотиків на період до 2020 р. зазначено, що з метою забезпечення доступності наркотичних лікарських засобів для населення необхідно запровадити порядок забезпечення населення наркотичними лікарськими засобами через первинну ланку медичного обслуговування, її основних представників – лікарів загальної практики – сімейних лікарів [9].

Постановою Кабінету Міністрів України від 13 травня 2013 р. № 333 [8] надано право лікарям загальної практики – сімейним лікарям на використання у своїй практиці таких двох незалежних механізмів забезпечення пацієнтів лікарськими засобами із вмістом підконтрольних речовин, як рецептурне забезпечення та забезпечення через лікувальний заклад первинної медичної допомоги.

Рецептурне забезпечення є зручним та доступним механізмом, як для пацієнтів, так і сімейних лікарів. Виходячи з вищевикладеного, застосування такого механізму вимагає від лікувального закладу, незалежно від форми власності та підпорядкування, де працює СЛ, або від СЛ, що провадить господарську діяльність з медичної практики як фізична особа – підприємець, лише ліцензії на медичну практику. Окремо слід зазначити, що при рецептурному забезпеченні пацієнтів засобами із вмістом підконтрольних речовин обіг цих препаратів у медичному закладі відсутній, що звільняє від необхідності отримувати додаткові дозволи та ліцензії.

Таким чином, постановою КМУ № 333 та наказом МОЗ від 07.08.2015 № 494 [7], шляхом надання СЛ відповідних прав, було створено сприятливі умови для надання паліативної допомоги на первинному рівні. Однак залишається низка перешкод, що не дозволяє ефективно реалізувати цей механізм: низька обізнаність щодо своїх

прав сімейних лікарів та пацієнтів, а також небажання аптечних закладів включати до переліку наявних медикаментів лікарські засоби, що містять підконтрольні речовини.

У всіх ключових документах Всесвітньої організації сімейних лікарів (WONCA) відмічається значна і важлива соціальна роль та відповідальність СЛ, однак у багатьох країнах світу вони працюють в неналежних умовах, без достатнього оснащення і фінансування, а часто і без заслуженого визнання з боку держави. Водночас і пацієнти, і суспільство, і політики очікують і вимагають від СЛ вирішення багатьох проблем, лише частина з яких є повністю медичними. Кожен СЛ несе соціальну місію і відповідальність, є провідником соціальної справедливості на своєму робочому місці, запроваджуючи єдині підходи і стандарти в допомозі багатим, бідним та маргінальним членам суспільства, є борцем за права людини в найповнішому сенсі і захисником права людини на справедливість [10].

ВИСНОВКИ

З різних причин (відсутність організаційного досвіду роботи, нестача фінансових коштів, слабка нормативно-правова база, ідеологічний консерватизм тощо) питання відповідальності СЛ та забезпечення його права на гідні умови праці залишаються проблемними.

Перспективи подальших досліджень полягають у поглибленому аналізі нормативно-правового забезпечення умов діяльності лікаря загальної практики – сімейного лікаря у комплексі з умовами трудової діяльності, оцінці взаємних прав та обов'язків СЛ та їхніх пацієнтів, а також задоволеності населення медичною допомогою що надає сімейний лікар.

ЛІТЕРАТУРА

1. Аналіз споживання наркотичних анальгетиків в Україні (за даними міжнародного комітету з контролю за наркотиками) / Н. О. Дацюк, Д. С. Волох, Н. В. Шолойко // Фармацевтичний часопис. – 2012. – № 2. – С. 103–106.
2. Горбань Є. М. За сімейним лікарем майбутнє системи охорони здоров'я України / Є. М. Горбань // Одеський мед. журн. – 2004. – № 3. – С. 4–7.
3. Думанский Ю. В. Семейный врач (врач общей практики) / Ю. В. Думанский, О. В. Синяченко, Г. А. Игнатенко. – Донецк : Из-во медунивер., 2013. – 253 с.
4. Морозов А. Правові аспекти та захист професійної відповідальності лікаря / А. Морозов, А. Степаненко, Л. Чернецька // Ліки України. – 2004. – № 6. – С. 80–85.
5. Неконтрольований Біль. Зобов'язання України забезпечити надання паліативної допомоги згідно з принципами доказової медицини. 2011 рік [Електронний ресурс] / Звіт Human Rights Watch. – 127 с. – Режим доступу: <https://www.hrw.org/node/256202>. – Назва з екрана.
6. Пацієнт, незадоволений якістю отриманих медичних послуг, має право змінити сімейного лікаря. Прес-служба МОЗ України 04.09.2013 [Електронний документ]. – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрана.
7. Про деякі питання придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я : наказ МОЗ України від 07.08.2015 № 494 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрана.
8. Про затвердження Порядку придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я : Постанова Кабінету Міністрів України від 13 травня 2013 р. № 333 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.kmu.gov.ua>. – Назва з екрана.
9. Про схвалення Стратегії державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 28.08.2013 № 735-р [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.apteka.ua/article/254718>. – Назва з екрана.

10. Роль сімейної медицини [Електронний документ]. – Режим доступу : [http:// intranet.tdmu.edu.ua/data/.../RoI_SM.doc](http://intranet.tdmu.edu.ua/data/.../RoI_SM.doc) – Назва з екрану.
11. Семейная медицина по-украински. Аналитика минусов и потенциальных смертей [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://mk-donbass.com.ua/index.php?id=8058&show=news&newsid=50914>. – Назва з екрану.
12. Тимофієва М. П. Психологічні умови розвитку комунікативної компетентності майбутнього сімейного лікаря : автореф. ... дис. к.психобіол.н. : 19.00.07 – педагогічна та вікова психологія / М. П. Тимофієва. – Київ, 2008. – 13 с.
13. Файда М. М. Майбутнє – за сімейним лікарем / М. М. Файда // Нова медицина. – 2004. – № 4. – С. 4–5.
14. Черняхівський Є. "За" і "проти" сімейної медицини [Електронний документ] / Є. Черняхівський. – Режим доступу : <http://golosukraine.com/publication/suspilstvo/zdorovya/23359-za-i-proti-simejnoyi-medicini/#.U8uqT0DNkUo> – Назва з екрану.
15. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2014 рік / за ред. О. Квіташвілі; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ, 2015. – 460 с.
16. The PHAMEU project. Utrecht, Netherlands Institute for Health Services, 2008. [Electronic resource]. – Access mode: <http://www.phameu.eu>. – Title from screen.

Дата надходження рукопису до редакції: 10.09.2015 р.

**Дискуссия: права и ответственность
семейного врача относительно эффективной
профессиональной деятельности**

Н.Я. Жилка¹, А.В. Кудря²

¹Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

²ГУ "Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины", г. Киев, Украина

Цель – исследовать вопрос ответственности семейного врача и обеспечения его права на достойные условия труда.

Материалы и методы. В ходе выполнения работы использованы методы структурно-логического анализа, системного подхода, сравнительного анализа.

Результаты. Проанализированы основные дискуссионные вопросы ответственности семейного врача и обеспечения его права на достойные условия труда, нормативно-правовое регулирование кадровых вопросов, материально-технического обеспечения.

Выводы. По разным причинам (отсутствие организационного опыта работы, недостаток финансовых средств, слабая нормативно-правовая база, идеологический консерватизм и др.) вопросы ответственности семейного врача и обеспечения его права на достойные условия труда остаются проблемными.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: врач общей практики – семейный врач, права врачей, материально-техническое обеспечение, медицинские кадры.

**Discussion: rights and responsibilities of family doctor
for effective professional activities**

N. Ya. Zhylka¹, A. V. Kudria²

¹National Medical Academy of Postgraduate Education named after P.L. Shupyk, Kyiv, Ukraine

²SI "Ukrainian Institute of Strategic Researches MHC of Ukraine", Kyiv, Ukraine

Purpose – to investigate the question of responsibility of the family doctor and ensure its rights to decent working conditions.

The methods used in carrying out the work: structural and logical analysis, systematic approach, comparative analysis.

Results. The article analyzes the main discussion liability family physician and ensure his right to decent working conditions, legal regulation staffing, logistics providing.

Conclusions. For various reasons (lack of organizational experience, lack of funds, lack of legal legislative framework, ideological conservatism, etc.) liability family doctor and ensure its rights to decent conditions of work remain problematic.

KEY WORDS: general practitioner, family doctor, the doctors right, logistics and medical staff.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Жилка Надія Яківна – д.мед.н., с.н.с., заслужений лікар України, доц. кафедри акушерства, гінекології та перинатології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна.

Кудря Андрій Віталійович – н.с. сектору організації первинної медико-санітарної допомоги населенню відділу стратегії розвитку системи охорони здоров'я та наукових основ організації медичної допомоги населенню ДУ "Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України"; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

УПРАВЛІНСЬКІ ОБМЕЖЕННЯ ЯК ІНДИКАТОР ЗДАТНОСТІ І ГОТОВНОСТІ КЕРІВНИКІВ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДО РЕФОРМИ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпропетровськ, Україна

Мета – проаналізувати управлінські обмеження керівників закладів охорони здоров'я для визначення їх здатності і готовності до реформи системи охорони здоров'я.

Матеріали та методи. Дослідження проводилося у два етапи: у 2001 та 2014 роках. Психологічним обстеженням було охоплено 887 організаторів охорони здоров'я з трьох областей України. Використовувалася методика М. Вудкока і Д. Френсіса «Аналіз обмежень».

Результати. Майже у всіх керівників охорони здоров'я (90,2%) виявлено обмеження управлінської діяльності. Найчастіше проявляються такі обмеження: розмиті особистісні цінності (56,9%), низька здатність формувати колектив (53,3%), невміння навчати підлеглих (51,2%). Негативна динаміка високої частоти управлінських обмежень, пов'язаних з розмитими особистісними цінностями, вказує на збільшення та накопичення проблем серед керівної ланки охорони здоров'я, що суттєво ускладнює процес реформування системи охорони здоров'я.

Висновки. Результати дослідження свідчать про необхідність проведення роботи з удосконалення системи добору, підготовки і перепідготовки управлінського персоналу, оптимізації трудової діяльності у закладах охорони здоров'я.

Ключові слова: керівник, заклад охорони здоров'я, управлінські компетенції, обмеження, реформа охорони здоров'я.

ВСТУП

На теперішній час розвитку охорони здоров'я доведено, що розглядати вимоги до керівників закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) доцільно з позицій компетентісного підходу, який відбиває їх здатність застосовувати знання, вміння та особистісні якості для успішної діяльності у сфері управління [5, 6, 10–12]. Такий підхід дозволяє акцентувати увагу на результатах роботи, здатності успішно функціонувати у професійному середовищі, готовності до реформ системи охорони здоров'я.

Робота у складних умовах перетворень та модернізації галузі вимагає наявності у керівників різних рівнів певного арсеналу особистих та професійних якостей. У їх визначенні та групуванні спостерігається певне різноманіття поглядів, як вітчизняних, так і закордонних фахівців [3–7, 10, 12].

Враховуючи необхідність використання інноваційних підходів до підвищення управлінського потенціалу реформування, нами було розглянуто необхідні навички та здатності керівників закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) з позиції концепції обмежень М. Вудкока і Д. Френсіса [1, 9].

Визначення здатності ефективно управляти, за даною концепцією, ґрунтується на тому, що зміст роботи керівників потребує певних соціально-психологічних якостей: здатності керувати собою; розуміння особистісних цінностей і цілей; здатності працювати над постійним особистим зростанням; навичок вирішувати управлінські проблеми різного характеру; винахідливості і здатності до інновацій; вміння впливати на оточуючих;

знань сучасних управлінських підходів; здатності максимально й ефективно використовувати особистісні ресурси підлеглих; вміння навчати і сприяти розвитку підлеглих; здатності формувати і розвивати ефективні робочі групи. Коли будь-які з цих навичок і здатностей відсутні у менеджера, виникають обмеження – певні межі, які стримують потенціал діяльності організацій [1, 9].

Наявність у керівників ЗОЗ певних обмежень може стати гальмом у процесі перебудови системи охорони здоров'я та підвищення її ефективності, що й обумовило актуальність проведеного дослідження.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

З метою аналізу управлінських обмежень керівників закладів охорони для визначення їх здатності і готовності до реформи системи охорони здоров'я було проведено психодіагностичне обстеження організаторів охорони здоров'я. Дослідження проводилося у два етапи – у 2001 [2] та 2014 роках, загалом обстеженням було охоплено 887 керівників закладів охорони здоров'я трьох областей (Дніпропетровської, Одеської, Херсонської). Використовувалася методика М. Вудкока і Д. Френсіса «Аналіз обмежень» [1, 9].

Організатори охорони здоров'я були розподілені на три групи порівняння: I – вищий, стратегічний, рівень управління (директори, головні лікарі та ін.); II – середній, тактичний, рівень управління (заступники головних лікарів, заступники директорів та ін.) та III – управлінці низової ланки, оперативний, технічний рівень (керівники організаційно-методичних, інформаційно-аналітичних відділів, лікарі-статистики та ін.).

Статистичну обробку результатів проводили за допомогою програмного продукту STATISTICA 6.1 (StatSoft Inc., серійний № AGAR909E415822FA) та Excel-2010 з використанням наступних методів статистичного аналізу: описової статистики, оцінки вірогідності різниці відносних показників за критерієм Хі-квадрат (χ^2) Пірсона, у тому числі з поправкою Йетса при значеннях показника, близьких до 0 або 100; кореляційного аналізу з розрахунком коефіцієнтів лінійної кореляції Пірсона (r) та рангової кореляції Спірмена (ρ). Критичне значення рівня значущості приймалося за $p \leq 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У ході дослідження було виявлено, що на теперішній час у 90,2% обстежених керівників ЗОЗ існують різного роду обмеження, що майже вдвічі більше ($p < 0,001$) показника 2001 р. (51 %). Показово, що 95% з числа тих, у кого виявлені обмеження, мають їх декілька, а у 0,8 % реєструється 10 з 11-ти можливих обмежень. У 51,2% реєструється 3–5 обмежень управлінської діяльності, що становить у середньому $4,6 \pm 0,09$ ($M \pm m$)

обмеження на кожного, у кого вони виявлені. А чим більше обмежень в управлінській діяльності керівника, тим складніше йому адаптуватися до зовнішнього впливу й успішно вирішувати управлінські завдання.

У керівників охорони здоров'я зареєстровано весь спектр обмежень, зазначених в методиці М. Вудкока і Д. Френсіса [1]. При цьому частота кожного виду обмеження має різний ступінь виразу (табл. 1).

Найчастіше проявляються такі обмеження, як розмиті особистісні цінності (56,9%), низька здатність формувати колектив (53,3%) та невміння навчати підлеглих (51,2%), що має негативний вплив на процес реформування галузі та запускає стартовий механізм для формування інших обмежень: навичок вирішувати проблеми (частота обмеження – 38,2%); вміння впливати на людей (41,5%); розуміння особливостей управлінської праці (46,3%); навичок домагатися результату від роботи підлеглих (38,2%); саморозвитку (43,1%). Наявність розмитих особистісних цінностей і брак творчого підходу в управлінні (48%) не дозволяють багатьом керівникам мати тверді підстави для прийняття управлінських рішень, спрямованих на нововведення.

Таблиця 1
Частота прояву обмежень у керівників охорони здоров'я (%)

№ за [1]	Назва та зміст обмеження	Частота обмеження ($P \pm m_p$) %	Ранг
1.	Невміння управляти собою (нездатність повною мірою використовувати свій час, енергію, вміння опановувати стрес)	$30,9 \pm 0,16$	10
2.	Розмиті особистісні цінності (відсутність чіткого розуміння цінностей, що відповідають вимогам сучасного менеджменту)	$56,9 \pm 0,17$	1
3.	Неясні особисті цілі (відсутність ясності щодо цілей у своєму особистому та діловому житті)	$9,8^* \pm 0,10$	11
4.	Призупинений саморозвиток (нерозвинені здібності, відсутність налаштованості на сприйняття нових ситуацій та можливостей)	$43,1 \pm 0,17$	6
5.	Недостатність навичок вирішувати проблеми (відсутність навичок у прийнятті рішень, вмінні брати ініціативу і відповідальність на себе)	$38,2 \pm 0,16$	8-9
6.	Нестача творчого підходу (відсутність здатності генерувати нові ідеї та вміння використовувати запропоновані ідеї)	$48,0 \pm 0,17$	4
7.	Невміння впливати на людей (недостатня здатність забезпечувати участь і допомогу з боку оточуючих або впливати на їх рішення)	$41,5 \pm 0,15$	7
8.	Недостатнє розуміння особливостей управлінської роботи (брак розуміння мотивації підлеглих, проблеми з встановленням зворотних зв'язків та делегуванням)	$46,3 \pm 0,17$	5
9.	Слабкі управлінські навички (відсутність практичних здібностей домагатися результату від роботи підлеглих)	$38,2 \pm 0,18$	8-9
10.	Невміння навчати (відсутність спроможності або бажання допомагати іншим розвивати або розширювати свої можливості)	$51,2 \pm 0,2$	3
11.	Низька здатність формувати колектив (нездатність сприяти розвитку та підвищенню ефективності колективу та сприятливому мікроклімату)	$53,3 \pm 0,17$	2

Примітка: * – $p < 0,001$ порівняно з обмеженнями з 1–3 ранговим місцем.

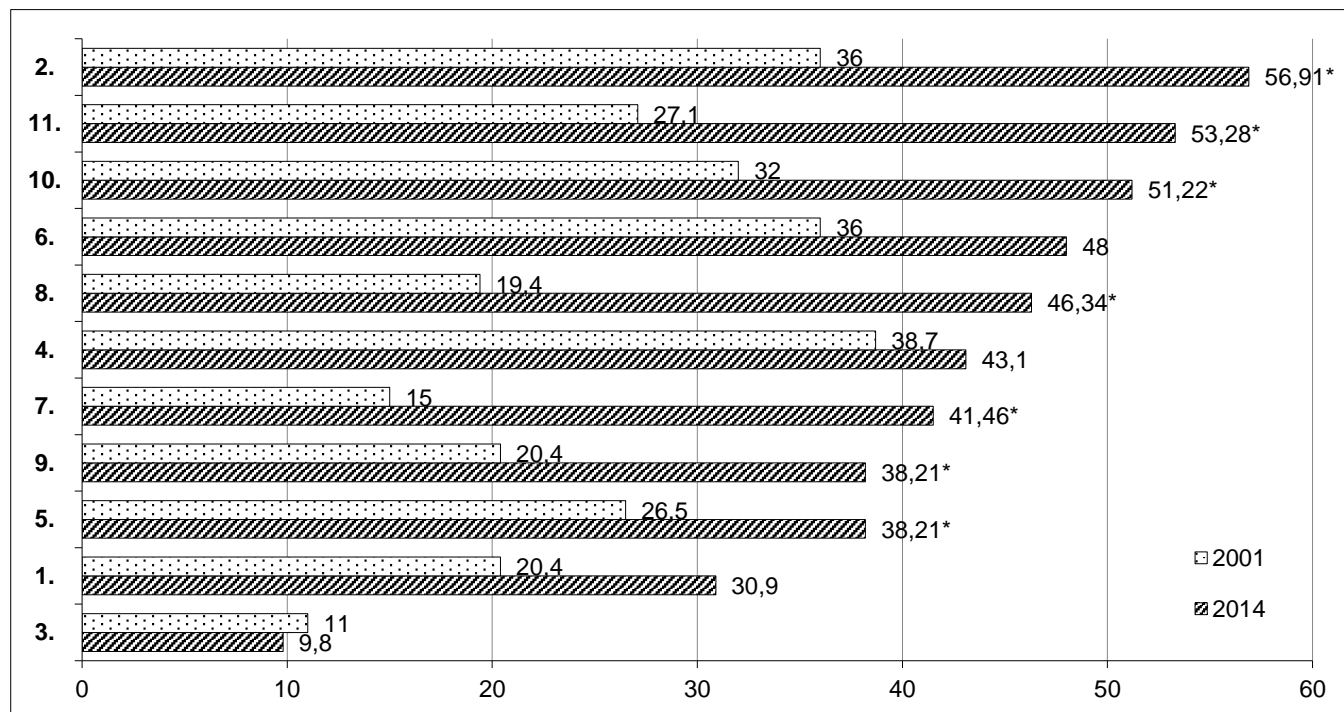
Останнє рангове місце серед частоти прояву обмежень у керівників ЗОЗ займають, суттєво відрізняючись від інших ($p < 0,001$), неясні особисті цілі. Це

свідчить про те, що, на відміну від особистісних цінностей, які у керівників ЗОЗ не відповідають вимогам сучасного менеджменту стосовно реалізації потенціалу працівників і

готовності до інновацій, особисті цілі є для них достатньо ясними і зрозумілими.

При порівнянні отриманих даних з матеріалами дослідження 2001 р. [2] визначається збільшення частоти прояву майже усіх обмежень, за винятком обмеження щодо неясних особистих цілей, рівень реєстрації якого

зменшився на 11,3% (рис. 1). Найшвидшими темпами підвищилися частота прояву невміння впливати на людей (в 2,7 разу), недостатнє розуміння особливостей управлінської роботи (у 2,4 разу) та низька здатність формувати колектив (на 96,6%).



Примітка: * – $p < 0,05$ у динаміці

Рис. 1. Частота прояву обмежень (%) керівників охорони здоров'я у 2001 та 2014 рр. (номер обмеження відповідає даним із табл. 1)

Якщо розглядати управлінські здатності керівників та їх обмеження залежно від рівня займаної посади, то виявляються певні закономірності. Як видно з таблиці 2, ранговий порядок частоти певних обмежень у головних лікарів не відрізняється від загального. У понад половини керівників I-го посадового рівня (66,0%) складності в управлінській діяльності пов'язані, передусім, з розмитими особистісними цінностями, що за наявності таких

обмежень, як нездатність сформувати колектив (56,0%) і невміння навчати (54,0%), призводить до невміння організувати людей для вирішення поставлених завдань. А приєднання до зазначених обмежень ще й браку творчого підходу в управлінні (44,0%), призупиненого саморозвитку (44,0%) та нездатності вирішувати проблеми (46,0%) призводить до застою, низької винахідливості та невміння боротися з перешкодами і невдачами.

Таблиця 2
Частота прояву обмежень у керівників охорони здоров'я залежно від рівня управління (%)

Рівень управління	Обмеження*										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
I рівень	26,0	66,0	4,0**	44,0	46,0	44,0	38,0	40,0	48,0	54,0	56,0
II рівень	33,3	48,9	17,8	44,4	37,8	57,8	48,9	55,6	31,1	48,9	53,3
III рівень	35,7	53,6	7,1	39,3	25,0	39,3	35,7	42,7	32,1	50,0	46,4

Примітки: * – номер обмеження відповідає номеру та змісту з табл. 1; ** – $p < 0,05$.

Незважаючи на те, що з набуттям управлінського досвіду спостерігається певна тенденція до зменшення окремих обмежень у головних лікарів (наприклад таких, як неясні особисті цілі, – 4,0% (проявляється у чотири рази

рідше порівняно із заступниками головних лікарів і майже удвічі рідше порівняно з іншими організаторами охорони здоров'я); невміння керувати собою – 26,0% (на 21,9% та 27,2% рідше порівняно з II та III рівнями управління)), ціла

низка обмежень не має достовірних відмінностей на різних посадових рівнях і приблизно однаково властива керівникам усіх рангів, що свідчить про загальні психологічні проблеми, характерні для керівників галузі.

У багатьох керівників II рівня управління виявлено обмеження, яке свідчить про нестачу творчого підходу (57,8%). Ці обмеження є результатом сформованих в охороні здоров'я стереотипів управління, при яких самостійність та ініціативність управлінців на більш низьких посадових рівнях не тільки не заохочується, але й деякою мірою карається. У заступників головних лікарів нестача творчого підходу поєднується з недостатнім розумінням особливостей управлінської роботи (55,6%), що свідчить про їх безініціативність та механічне виконання доручень вищого керівництва. Це прикра ситуація, оскільки австралійські дослідники визначають, що саме менеджери середньої ланки є тим «клеєм», що здатен зміцнити систему охорони здоров'я, саме їх ставлення до перетворень і є ключем до успіху модернізації галузі [7].

Недостатній розвиток одних управлінських навичок тягне за собою несформованість інших. За результатами дослідження встановлено, що визначальними

обмеженнями, що стримує рівень результативності більшості керівників і підлеглих їм колективів, є недостатня сформованість навички у вирішенні виробничих проблем (коефіцієнт рангової кореляції із загальним числом обмежень дорівнює $r=0,5$; $p<0,05$), низька здатність формувати колектив ($r=0,49$; $p<0,05$) та невміння впливати на інших ($r=0,38$; $p<0,05$).

Слабкі управлінські навички, що формуються під впливом недостатнього розуміння управлінської роботи (коефіцієнт парціальної кореляції середньої сили $r=0,47$, $p<0,05$) і нестачі творчого підходу ($r=0,4$; $p<0,05$) впливають на недостатність навички вирішувати проблеми ($r=0,49$; $p<0,05$) (рис. 2). Бездіяльність, як наслідок недостатньої навички вирішувати проблеми, веде до зростання такого обмеження, як невміння об'єднувати людей у кваліфікований і результативний колектив ($r=0,52$; $p<0,05$). Усе це надалі послаблює навички керівництва. Призупинений саморозвиток відбивається на вмінні навчати ($r=0,41$, $p<0,05$). А невміння навчати створює проблеми у формуванні кваліфікованої та результативної команди ($r=0,4$; $p<0,05$) і забезпеченні сприятливого морально-психологічного клімату.

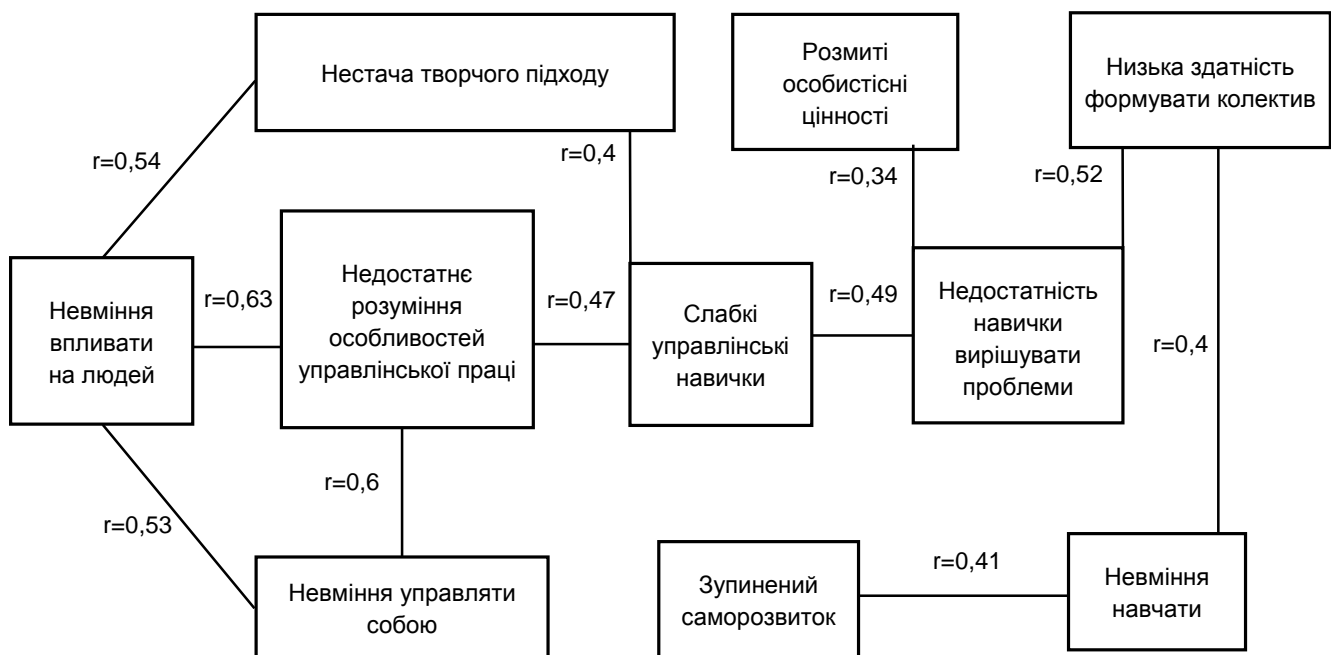


Рис. 2. Кореляційна плеяда зв'язків різних обмежень між собою
(r – коефіцієнти парціальної кореляції середньої сили, $p<0,05$)

ВИСНОВКИ

Робота у складних умовах реформування вимагає наявності у керівників закладів охорони здоров'я певного арсеналу особистих та професійних якостей, відсутність яких веде до формування численних управлінських обмежень та є перешкодою на шляху модернізації галузі.

Наявність великої когорти керівників (90,2% з числа обстежених) з численними (у середньому $4,6\pm0,09$)

обмеженнями управлінської діяльності може нівелювати усі спроби перетворень у системі охорони здоров'я, оскільки зрушення можливі тільки за умов наявності «критичної маси» керівників, здатних до інновацій.

Встановлено, що найбільш часто проявляються такі обмеження, як розмиті особистісні цінності (56,9%), низька здатність формувати колектив (53,3%) та невміння навчати підлеглих (51,2%), що негативно відбивається на будь-яких спробах з оптимізації діяльності галузі, оскільки

керівники закладів не можуть організувати і себе, і колектив у нових умовах діяльності. Також це перешкоджає розвитку інших управлінських здатностей. Стрижневим обмеженням, що стримує рівень результативності більшості керівників, є недостатня сформованість навички вирішення проблем, що в свою чергу веде до недостатньої згуртованості колективу. При цьому спостерігається невідповідність між особистими цілями керівника (частота обмеження 9,8 %) та сучасними управлінськими завданнями, які стоять перед організаторами охорони здоров'я.

Для того, щоб правильно оцінити нові умови діяльності системи охорони здоров'я і діяти відповідно до

них, керівникам потрібно відпрацьовувати необхідні управлінські компетенції на шляху подолання власних обмежень. Це можливо під час спеціальної професійної підготовки керівників, самопідготовки і саморозвитку організаторів охорони здоров'я, організації спеціальних тематичних тренінгів тощо.

У період модернізації системи охорони здоров'я аналіз управлінських обмежень керівників закладів охорони здоров'я повинен стати підґрунтям для удосконалення системи добору, підготовки і перепідготовки управлінського персоналу, оптимізації трудової діяльності закладів охорони здоров'я та підвищення результативності діяльності галузі в цілому.

ЛІТЕРАТУРА

1. Вудкок М. Раскрепощенный менеджер / Вудкок М., Фрэнсис Д. – Москва : Дело, 1991. – 320 с.
2. Канюка Г. С. Психологические основы успешности управленческой деятельности руководителей учреждений здравоохранения : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.05 / Канюка Галина Степановна. – Днепропетровск, 2001. – 189 с.
3. Лехан В. М. Вивчення психологічних основ формування лідерських компетенцій керівників закладів охорони здоров'я / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, Г. С. Канюка // Медичні перспективи. – 2014. – Т. XIX, № 4. – С. 165–169.
4. Панчишин Н. Я. Оцінка ефективності управління в системі охорони здоров'я / Н. Я. Панчишин, В. Л. Смірнова // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2012. – № 3 (53). – С. 57–59.
5. Роль управління кадровими ресурсами у покращенні результатів діяльності системи охорони здоров'я України / [Проект ЄС «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні»] // Представництво Європейської Комісії в Україні. – Київ, 2009. – 70 с.
6. Степурко Т. Компетенції адміністраторів в охороні здоров'я: реалії та перспективи : Аналітична записка НСЗ/2013 / Т. Степурко, І. Грига. – Київ : Інститут економічних досліджень та політичних консультацій, 2013. – 12 с.
7. Briggs D. Health managers and health reform / D. Briggs, M. Cruickshank, P. Paliadelis // Journal of Management & Organization. – 2012. – Vol. 18 (5). – P. 641–658.
8. Development of an interprofessional competency model for healthcare leadership / J. G. Calhoun, L. Dollett, M. E. Sinioris [et al] // Journal of Health care Management. – 2008. – Vol. 53 (6). – P. 375–389.
9. Francis D. The new unblocked manager: a practical guide to self development / D. Francis, M. Woodcock. – London : Gower, 1996. – 234 p.
10. Holder R. Health leadership and management competencies: a systemic approach / R. Holder, C. Ramagem // World Hosp Health Serv. – 2012. – Vol. 48, № 3. – P. 9–12.
11. Lekhan V. Blockages to administrative activity of the managers of public health institutions / V. Lekhan, L. Kryachkova, G. Kanyuka // British Journal of Science, Education and Culture. – 2014. – Vol. III, № 1 (5). – P. 285–290.
12. Malloch K. Developing high-level change and innovation agents: competencies and challenges for executive leadership / Malloch K., Melnyk B. M. // Nurs Adm Q. – 2013. – Vol. 37(1). – P. 60–66.

Дата надходження рукопису до редакції: 20.09.2015 р.

Управленческие ограничения как индикатор способности и готовности руководителей медицинских учреждений к реформе системы здравоохранения

В.Н. Лехан, Л.В. Крячкова,
Г.С. Канюка, Е.В. Романова
ГУ «Днепропетровская медицинская академия
МЗ Украины», г. Днепропетровск, Украина

Цель – проанализировать управленческие ограничения руководителей медицинских учреждений для определения их способности и готовности к реформе системы здравоохранения.

Материалы и методы. Исследование проводилось в два этапа: в 2001 и 2014 годах. Психологическим обследованием было охвачено 887 организаторов здравоохранения из трех областей Украины. Использовалась методика М. Вудкока и Д. Фрэнсиса «Анализ ограничений».

Результаты. Практически у всех руководителей здравоохранения (90,2 %) выявлены ограничения управленческой деятельности. Наиболее часто встречаются такие ограничения: размытые личностные ценности (56,9%), низкая способность формировать коллектив (53,3%), неумение обучать подчиненных (51,2%). Отрицательная динамика высокой частоты управленческих ограничений, связанных с размытыми личностными ценностями, указывает на увеличение и накопление проблем руководящего звена здравоохранения, что существенно усложняет процесс реформирования системы здравоохранения.

Выводы. Результаты исследования свидетельствуют о необходимости проведения работы по совершенствованию системы отбора, подготовки и переподготовки управленческого персонала, оптимизации трудовой деятельности в учреждениях здравоохранения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: руководитель, учреждение здравоохранения, управленческие компетенции, ограничения, реформа здравоохранения.

Management blockages as an indicators of the health facilities managers ability and willingness to health care reform

V.M. Lekhan, L.V. Kryachkova,
G.S. Kanyuka, O.V. Romanova
SE «Dnipropetrovsk Medical Academy
of Health Ministry of Ukraine»

Purpose – to analyze the management blockages of health facilities managers to study their ability and willingness to health care reform.

Materials and methods. The study was conducted in two stages in 2001 and 2014. Psychological examination covered 887 healthcare organizers of the 3 regions of Ukraine. Used Woodcock – Francis method «The blockages survey».

Results. Determined, that the almost all managers of health facilities (90.2%) have management blockages. The most common blockages are negative personal values (56.9%); weak team building capacity (53.3%) and inactive people development (51.2%). The negative dynamics of high frequency management blockages associated with negative personal values, the increase in the accumulation of problems and managerial level of health protection. This situation significantly complicates of health care reform.

Conclusions. The results indicate the need for work to improve the system of selection, training and retraining of personnel management, optimization of work in health care.

KEY WORDS: managers, health facilities, managerial competence, blockages, health care reform.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Лехан Валерія Микитівна – д.мед.н, професор, заслужений діяч науки і техніки України, зав. кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я ДЗ «ДМА МОЗ України»; пр. К. Маркса, 24, м. Дніпропетровськ, 49027, Україна.

Крячкова Лілія Вікторівна – д.мед.н., доцент, доцент кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я ДЗ «ДМА МОЗ України»; пр. К. Маркса, 24, м. Дніпропетровськ, 49027, Україна.

Канюка Галина Степанівна – к. психол. н., зав. лабораторії психофізіологічних досліджень ДЗ «ДМА МОЗ України»; пр. К. Маркса, 24, м. Дніпропетровськ, 49027, Україна.

Романова Олена Валеріївна – провідний психолог лабораторії психофізіологічних досліджень ДЗ «ДМА МОЗ України»; пр. К. Маркса, 24, м. Дніпропетровськ, 49027, Україна.

ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА ДОШПИТАЛЬНОМУ ЕТАПІ: ПРАВОВІ АСПЕКТИ

¹Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

²Львівський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, м. Львів, Україна

З метою удосконалення роботи служб екстреної медичної допомоги проведено аналіз існуючої нормативно-правової бази діяльності медичної служби на дошпитальному етапі.

Матеріалом дослідження слугувала нормативно-правова база, яка регламентує діяльність служби дошпитального етапу екстреної медичної допомоги. Використано **методи** системного підходу та контент-аналізу.

Результати. Встановлено ряд проблемних питань щодо доступності медичної допомоги на дошпитальному етапі, міжсекторальної взаємодії рятувальних служб різних відомств, підготовки до впровадження європейських стандартів організації медичної допомоги на дошпитальному етапі, нормативних документів, що визначають завдання та обов'язки, права та відповідальність фахівців при наданні екстреної консультативної медичної допомоги. На основі досягнень та рекомендацій національної та світової медицини, власного досвіду роботи у цій сфері надано пропозиції з удосконалення організації медичної допомоги на дошпитальному етапі.

Висновки. Зміни, що розпочалися в системі охорони здоров'я України, спрямовані на цивілізований європейський підхід, впровадження сучасної моделі дошпитальної допомоги і потребують неодмінного удосконалення та адаптації до реальних умов сьогодення.

Ключові слова: екстрена медична допомога, дошпитальний етап, правовий аспект.

ВСТУП

Соціально-економічні перетворення обумовлюють проведення структурних та функціональних реформ у галузі управління охороною здоров'я. У ході реформування системи охорони здоров'я при незначному бюджетному фінансуванні є необхідність у концентрації матеріальних та кадрових ресурсів, їх раціонального використання.

Мета роботи – провести аналіз існуючої нормативно-правової бази, що регламентує діяльність медичної служби на дошпитальному етапі, з метою удосконалення роботи служб екстреної медичної допомоги (ЕМД).

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Матеріалом дослідження слугувала нормативно-правова база, яка регламентує діяльність служби дошпитального етапу ЕМД. Використані методи системного підходу та контент-аналізу.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Соціально-економічна ситуація в Україні стала визначальним поштовхом для проведення змін у службі надання ЕМД. У напрямку реформування дошпитальної медичної допомоги прийнято низку державних управлінських рішень: Закон України «Про екстрену медичну допомогу» [4], постанови Кабінету Міністрів від 21 листопада 2012 р. №1114 «Про затвердження Типового положення про бригаду екстреної (швидкої)

медичної допомоги» [11], №1117 «Про затвердження Типового положення про станцію екстреної (швидкої) медичної допомоги» [12], №1118 «Про затвердження Порядку інформування бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги про виклик екстреної медичної допомоги та їх направлення на місце події» [7], №1119 «Про норматив прибуття бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події» [14], №1121 «Про затвердження Порядку взаємодії закладів охорони здоров'я, що входять до системи екстреної медичної допомоги, з аварійно-рятувальними службами та підрозділами центральних та інших органів виконавчої влади, органів влади Автономної Республіки Крим, органів місцевого самоврядування під час виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків» [6]; накази МОЗ України від 01.06.2009 р. за №370 «Про єдину систему надання екстреної медичної допомоги» [5], які спрямовані на удосконалення надання ЕМД, забезпечення доступності, своєчасності та підвищення її якості.

Адаптація до міжнародних стандартів спонукає до постійного удосконалення правової складової діяльності служби екстреної медичної допомоги та медицини катастроф України [1, 3]. Необхідний рівнозначний підхід до оцінки якості надання швидкої та невідкладної медичної допомоги, напрацювання єдиних технологічних вимог, протоколів, стандартів надання ЕМД. Такі кроки стануть базовим в обрахунку вартості кожної медичної послуги, контролю за виконанням протоколів надання ЕМД, особливо при впровадженні обов'язкового медичного страхування [19].

Стандартизація ЕМД є важливим елементом організації медичної допомоги на дошпитальному етапі і дає можливість досягти найвищої її якості, є запорукою

успішного надання медичної допомоги постраждалим. Аналіз правової складової надання допомоги при серцево-легеневій реанімації (СЛР) в Україні регламентовано рядом документів [8, 10], які містять розбіжності з рекомендаціями Європейської Ради Реанімації [18] в оцінці параметрів співвідношення між компресією грудної клітки та вентиляцією, прекардіального удару, аналізу серцевого ритму в динаміці, дефібриляції при фібриляції шлуночків, інтервалу між розрядами дефібриляції. Як буде оцінювати надання ЕМД страхова компанія, якщо пацієнт – іноземець? При формуванні сучасних стандартів з надання ЕМД в Україні доцільним є урахування рекомендацій впливових світових організацій (таких як Європейська Рада Реанімації або Американська Кардіологічна Асоціація), які, спираючись на методи доказової медицини, ретельно та якісно розробляють і вдосконалюють ці стандарти. На сьогодні прийнятий до виконання наказ МОЗ України від 15 січня 2014 року за №34 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації екстреної медичної допомоги» [9], однак протоколи, які затверджені цим наказом, не охоплюють усі клінічні стани, які трапляються у практиці бригади ЕМД.

Екстрена медична допомога має бути такою, щоб забезпечити доїзд відповідних бригад до пацієнтів у межах 10-ти хвилин в містах та 20-ти хвилин у сільській місцевості згідно з Постановою Кабінету Міністрів №1018 [7] та наказом МОЗ України від 01.06.2007р. №370 [5]. Але враховуючи такі фактори сьогодення, як віддаленість розташування баз швидкої та невідкладної медичної допомоги від місця виклику, географічний фактор, застарілу матеріально-технічну базу мережі швидкої та невідкладної медичної допомоги, особливо у сільській місцевості, невпорядкованість руху автомобільного транспорту, затори та низький рівень культури водіїв на автошляхах, вважаємо нереальним дотримання такого нормативу доїзду. Тому необхідно встановити реальні нормативи в кожній області з урахуванням вищеперерахованих факторів.

Ще однією проблемою є невідповідність кадрового забезпечення служби ЕМД нормативним вимогам. У реальності на виклики у сільській місцевості виїжджає бригада у складі фельдшера та водія, що є порушенням Постанови Кабінету Міністрів №1114 «Про затвердження Типового положення про бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги», згідно з яким до складу фельдшерської бригади входять два медичні працівники. Виконати усі вимоги Протоколу з надання ЕМД одному фельдшеру практично неможливо [11].

Одним з напрямків удосконалення нормативно-законодавчої бази є законодавче забезпечення проведення

спільних рятувальних операцій усіма дотичними службами (МВС, МНС, служба медицини катастроф, служба швидкої та невідкладної медичної допомоги).

Основним документом, яким керуються у роботі служби дошпитального етапу (невідкладна та швидка, служба медицини катастроф), є Закон України «Про екстрену медичну допомогу» 2013 року зі змінами у 2014 р. [4], наказ МОЗ України №500 від 29.08.2008 р. «Про заходи щодо удосконалення надання екстреної медичної допомоги населенню в Україні» [13]. Проте цей закон ще не зареєстрований у Міністерстві юстиції. Суттєвих змін і доповнень потребують накази МОЗ України від 23.02.2000 р. за №33 [17], від 18.03.2005 р. за №120 [15], від 02.03.2009 р. за №132 [16]. Особливо це актуально, коли постає потреба привести всі штатні посади до вимог Національного класифікатора України – класифікатора професій [2].

За наявної нормативно-правової бази неможливо забезпечити ефективну діяльність обласних центрів екстреної медичної допомоги як бази для надання екстреної консультативної медичної допомоги. Необхідно розробити посадову інструкцію лікаря-консультанта Центру екстреної медичної допомоги, а також внести доповнення до посадових інструкцій лікаря-ординатора клінічної лікарні, обласного лікувально-профілактичного закладу чи відділення міської лікарні, які залучаються до надання екстреної консультативної допомоги. Це дасть можливість законодавчо вирішити при укладанні контракту з адміністрацією закладу обов'язковість надання планової та екстреної консультативної медичної допомоги та участь лікаря-консультанта в ліквідації медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій.

ВИСНОВКИ

Запропоновані зміни та доповнення правового характеру сприятимуть покращенню:

- доступності медичної допомоги на дошпитальному етапі;
- міжсекторальної взаємодії рятувальних служб різних відомств;
- підготовки до впровадження європейських стандартів організації медичної допомоги на дошпитальному етапі;
- нормативних документів, що визначають завдання та обов'язки, права та відповідальність фахівців при наданні екстреної консультативної медичної допомоги.

Перспективи подальших досліджень: вивчення психології розуміння завдань, які стоять перед працівниками, щодо покращення організації надання екстреної медичної допомоги на дошпитальному етапі.

ЛІТЕРАТУРА

1. Авіаційна рятувальна служба Польщі: досвід та можливості для України / Я. Д. Пилипець, Л. П. Гера, П. В. Римаренко, Пшемислав Барчентевич // Медицина неотложных состояний. – 2013. – № 3 (50). – С. 164–168.

2. Національний класифікатор України, Класифікатор професій ДК 003:2010 : наказ Державного комітету України з питань технічного врегулювання та споживчої політики від 28.07.2010 р. № 327 [Електронний документ]. – Режим доступу : http://www.upk.org.ua/load/upravlenie_personalom_kadrovaja_politika/klasifikator_profesij_dk_003_2010_skachat_nakaz_vid_28_lipnja_2010_roku_n_327_pro_vnesennja_zmini_ta_skasuvannja_normativnikh_dokumentiv/8-1-0-232. – Назва з екрану.
3. Першочергові заходи щодо подальшої розбудови єдиної системи надання екстреної медичної допомоги / З. М. Митник, Г. Г. Рошин, М. Д. Близнюк [та ін.] // Актуальні питання екстреної медичної допомоги та медицини катастроф : зб. матер. Всеукраїнської наук.-практ. конф. – Тернопіль, 2011. – С. 3–4.
4. Про екстрену медичну допомогу : Закон України від 05.07.2012 р. № 5081-VI [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/5081-17>. – Назва з екрану.
5. Про єдину систему надання екстреної медичної допомоги : наказ МОЗ України від 01.06.2009 р. №370 [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0863-09>. – Назва з екрану.
6. Про затвердження Порядку взаємодії закладів охорони здоров'я, що входять до системи екстреної медичної допомоги, з аварійно-рятувальними службами та підрозділами центральних та інших органів виконавчої влади, органів влади Автономної Республіки Крим, органів місцевого самоврядування під час виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків : Постанова Кабінету Міністрів України від 21.11.2012 р. №1121 [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/1121-2012-п>. – Назва з екрану.
7. Про затвердження Порядку інформування бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги про виклик екстреної медичної допомоги та їх направлення на місце події : Постанова Кабінету Міністрів України від 21.11.2012 р. №1118 [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/1118-2012-п>. – Назва з екрану.
8. Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Медицини невідкладних станів» : наказ МОЗ України від 17.01.2005 р. № 24 [Електронний документ]. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20050117_24.html. – Назва з екрану.
9. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації екстреної медичної допомоги : наказ МОЗ України від 15.01.2014 р. №34 [Електронний документ]. – Режим доступу : https://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20140115_0034.html. – Назва з екрану.
10. Про затвердження тимчасових державних соціальних нормативів надання медичної допомоги за спеціальністю «Загальна практика-сімейна медицина» : наказ МОЗ України від 05.05.2003 р. №191 [Електронний документ]. – Режим доступу : https://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20040505_191.html. – Назва з екрану.
11. Про затвердження Типового положення про бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги : Постанова Кабінету Міністрів України від 21.11.2012 р. №1114 [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/1114-2012-п>. – Назва з екрану.
12. Про затвердження Типового положення про станцію екстреної (швидкої) медичної допомоги : Постанова Кабінету Міністрів України від 21.11.2012 р. №1117 [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/1117-2012-п>. – Назва з екрану.
13. Про заходи щодо удосконалення надання екстреної медичної допомоги населенню в Україні : наказ МОЗ України від 29.08.2008 р. №500 [Електронний документ]. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20080829_500.html. – Назва з екрану.
14. Про норматив прибуття бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події : Постанова Кабінету Міністрів України від 21.11.2012 р. №1119 [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/1119-2012-п>. – Назва з екрану.
15. Про організацію навчання медичних та немедичних працівників з надання медичної допомоги в екстрених ситуаціях : наказ МОЗ України від 18.03.2005 р. №120 [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://zakon.nau.ua/doc/?uid=1039.4309.0>. – Назва з екрану.
16. Про організацію навчання окремих категорій немедичних працівників навичкам надання першої невідкладної медичної допомоги : наказ МОЗ України від 02.03.2009 р. №132 [Електронний документ]. – Режим доступу : http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20090302_132.html. – Назва з екрану.
17. Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я України (Додаток 31, п. III. Тимчасові штатні нормативи територіальних центрів екстреної медичної допомоги, примітки) : наказ МОЗ України від 23.02.2000 р. №33 [Електронний документ]. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20000223_33n.html. – Назва з екрану.
18. Стандарти серцево-легеневої та мозкової реанімації в Україні / Я. М. Підгірний, З. Т. Гузар, С. І. Степанишин, Р. Р. Волощук // Медичні перспективи. – 2010. – № I. – С. 46–48.
19. Pylypets Y. Reforming of the Emergency Medical Aid System – the way of the national health condition improvement In Ukraine / Yaroslav Pylypets // Miedzynarodowa konferenja naukowa dni medycyny społecznej i zdrowia publicznego: [«Sytuacja zdrowotna w Polsce w okresie transformacji systemowej»], (16-18 października 2014 r.). – Poddebice, Polska. – S. 106–107.

Дата надходження рукопису до редакції: 15.09.2015 р.

Организация медицинской помощи на догоспитальном этапе: правовые аспекты

О.В. Любинец, Я.Д. Пилипец,
Я.Л. Гржибовский, О.Е. Ходор
Львовский национальный медицинский университет
имени Данила Галицкого, г. Львов, Украина

С **целью** усовершенствования работы служб экстренной медицинской помощи проведен анализ существующей нормативно-правовой базы деятельности медицинской службы на догоспитальном этапе. **Материалом** исследования послужила нормативно-правовая база, регламентирующая деятельность службы догоспитального этапа экстренной медицинской помощи. Использованы **методы** системного подхода и контент-анализа.

Результаты. Выявлен ряд проблемных вопросов относительно доступности медицинской помощи на догоспитальном этапе, межсекторального взаимодействия спасательных служб различных ведомств, подготовки к внедрению европейских стандартов организации медицинской помощи на догоспитальном этапе, нормативных документов, определяющих задачи и обязанности, права и ответственность специалистов при оказании экстренной консультативной медицинской помощи. На основе достижений и рекомендаций национальной и мировой медицины, собственного опыта работы в этой сфере даны предложения по совершенствованию организации медицинской помощи на догоспитальном этапе.

Выводы. Начавшиеся в системе здравоохранения Украины изменения направлены на цивилизованный европейский подход, внедрение современной модели догоспитальной помощи и требуют неуклонного совершенствования и адаптации к реальным условиям настоящего.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: экстренная медицинская помощь, догоспитальный этап, правовой аспект.

Organization of medical care at prehospital stage: legal aspects

O. Lyubinetz, Ya. Pylypets,
Y. Hrzhybovsky, O. Khodor
Danylo Halytsky Lviv National Medical University,
Lviv, Ukraine

Purpose. In order to improve the operation of emergency medical aid the analysis of the existing legal framework of the medical service at prehospital stage was made. Research materials served as legal framework that regulates service prehospital phase of emergency medical care. **Methods:** a systematic approach and content analysis.

Results. The study found a number of issues regarding to the availability of medical care at the prehospital stage, intersectoral cooperation of rescue services of various departments, preparation for the introduction of European standards of medical care at the prehospital stage of regulations that defines the tasks and responsibilities, rights and responsibilities of specialists in the provision of emergency advisory medical care. Based on the achievements and recommendations of national and world medicine, personal experience in this area provided suggestions to improve the organization of medical assistance prehospital stage.

Conclusions. The changes that began in the healthcare system of Ukraine aimed at the civilized European approach, the introduction of modern models of the prehospital assistance and indispensable need of improvement and adaptation to real conditions.

KEY WORDS: emergency medical treatment, prehospital stage, legal aspects.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Любінець Олег Володимирович – д.мед.н., проф., завідувач кафедри організації і управління охороною здоров'я Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, вул. Пекарська, 69, м. Львів, 79010, Україна.

Пилипец Ярослав Дмитрович – заступник директора з медичної роботи комунального закладу «Львівський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф», вул. І. Миколайчука, 9, м. Львів, 79059, Україна; асистент кафедри організації і управління охороною здоров'я Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, вул. Пекарська, 69, м. Львів, 79010, Україна.

Гржибовський Ярослав Леонідович – асистент кафедри організації і управління охороною здоров'я Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, вул. Пекарська, 69, м. Львів, 79010, Україна.

Ходор Орест Євгенович – старший викладач кафедри організації і управління охороною здоров'я Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, вул. Пекарська, 69, м. Львів, 79010, Україна.

ДО ВІДОМА КЕРІВНИКІВ ОРГАНІВ І ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 04.05.1993 р. №326 “Про концепцію побудови національної статистики України та Державну програму переходу на міжнародну систему обліку і статистики”, рекомендації ВООЗ та наказу МОЗ України від 08.10.1998 р. №297 “Про перехід органів і закладів охорони здоров'я України на Міжнародну статистичну класифікацію хвороб і споріднених проблем охорони здоров'я десятого перегляду”, у галузі охорони здоров'я використовується Міжнародна класифікація десятого перегляду (МКХ-10).

МКХ-10 підготовлено і видано Українським інститутом громадського здоров'я (тепер – ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України») (1998 р.) українською мовою, видання містить уточнення, які не порушують міжнародного статистичного зіставлення.

Оскільки ще не всі медичні заклади та підрозділи мають МКХ-10 і досі користуються МКХ-9, що вносить плутанину у статистичну облікову документацію щодо переліку діагнозів та синдромів захворювання, ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» пропонує придбати видання МКХ-10 (3 томи).

Довідки та замовлення за телефонами: (44) 576-41-19, 576-41-48.

***В.о. директора ДУ «Український інститут
стратегічних досліджень МОЗ України»***

П.С. Мельник

**РЕДАКЦІЯ ЖУРНАЛУ «ЕКОНОМІКА І ПРАВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я»
ЗАПРОШУЄ АВТОРІВ ДО АКТИВНОЇ СПІВПРАЦІ!**

Тематична спрямованість журналу: міжнародний досвід розвитку економіки та права охорони здоров'я, економіка охорони здоров'я, медичне право, розвиток ресурсної бази охорони здоров'я тощо.

До редакції (за адресою: м. Київ, 02099, пров. Волго-Донський, 3, отримувач ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України») подаються роботи, що раніше ніде не друкувалися, не направлялися для опублікування в інші друковані видання, не мають інформації, що становить державну таємницю: оригінальні статті, огляди літератури, короткі повідомлення, рецензії, реферати, інформація про роботу з'їздів, конференцій, симпозіумів, нарад, семінарів та інших наукових, науково-практичних і практичних заходів, а також рекламний матеріал (корпоративна інформація).

Правила подання матеріалу для опублікування:

• **Структура матеріалу:** вступ (стан проблеми за даними літератури); мета, основні завдання та методи дослідження; основна частина (висвітлення статистично опрацьованих результатів дослідження); висновки; перспективи подальшого розвитку в даному напрямку; список літератури, резюме.

• Стаття має супроводжуватись **офіційним направленням** (супровідним листом), **гарантійним листом про оплату публікації**, **експертним висновком** (внутрішньою рецензією установи, в якій була виконана дана робота) та **рецензією** з візою керівництва (наукового керівника), і завіреною круглою печаткою установи. Експертний висновок, внутрішня рецензія та заява надаються у друкованому вигляді з підписами авторів. Додатково – на електронну адресу як відскановані документи. Рукописи, що не відповідають цій вимозі, повертаються авторам.

• На останній сторінці статті мають бути власноручні підписи всіх авторів, а також **авторська довідка: прізвище, ім'я та по батькові (повністю)**, науковий ступінь, вчене звання, посада, установа, поштова та електронна адреси, номери телефонів.

• Авторський текстовий оригінал має складатися з двох примірників українською або російською мовою:

– тексту (обсяг статей, у тому числі рисунків, таблиць, списку літератури, резюме, має становити до 8–10 с., оглядів літератури, лекцій – до 15 с., рецензій – до 4 с., повідомлень, листів до редакції – до 3 с.);

– списку літератури (якщо в статті є посилання, – до 15–18 літературних джерел, в оглядах – до 50),

– таблиць;

– рисунків (не більше ніж 4) і підписів до них;

– резюме (українською, російською та англійською мовами).

• Текст статті має набиратися на комп'ютері в програмі Word, зберігатися у форматі .rtf і подаватися в роздрукованому та електронному варіантах (на диску або електронною поштою – e-mail: **s.nauka@ukr.net**). Шрифт – 12 пунктів, міжрядковий інтервал – 1,5, розміри берегів (полів): ліве, верхнє, нижнє – 25 мм, праве – 15 мм. Сторінки мають нумеруватися у правому нижньому кутку. Ілюстрації (діаграми, графіки, схеми) мають будуватися в програмах Word або Excel та у

вигляді окремих файлів і разом із текстовим файлом подаватися на диску. **Обсяг однієї сторінки – не більше 40 рядків.**

- На першій сторінці зазначаються: індекс УДК ліворуч, ініціали та прізвища авторів, назва статті, назва установи, де працюють автори, місто, країна.

- Бібліографія має включати наукові роботи переважно за останні 7 років, оформлятися згідно з **ДСТУ**, подаватися відразу за текстом. Автори згадуються за абеткою – спочатку праці вітчизняних авторів, опубліковані російською чи українською мовою, далі – іноземних авторів, опубліковані іноземною мовою.

- Посилання в тексті мають позначатися цифрами у квадратних дужках і відповідати нумерації у списку літератури. Скорочення слів та їх поєднань приводять згідно з ДСТУ 3582–97 «Скорочення слів в українській мові у бібліографічному описі. Загальні вимоги та правила».

- Кількість ілюстрацій (рисунки, схеми, діаграми) має бути мінімальною. Таблиці і рисунки вміщуються у текст статті зразу після першого посилання на них. У підписі до рисунка наводиться його назва, пояснення всіх умовних позначень (цифр, букв, кривих тощо). Таблиці повинні бути компактними, пронумерованими, мати назву. Нумери таблиць, їх заголовки та цифрові дані, оброблені статистично, мають точно відповідати наведеним у тексті. Формули виконуються в редакторі формул Microsoft Equation 3.0.

- Позначки різних мір, одиниці фізичних величин, результати клінічних і лабораторних досліджень наводяться відповідно до Міжнародної системи одиниць (СИ), медичні терміни – згідно з Міжнародною анатомічною та Міжнародною гістологічною номенклатурами, назви захворювань – за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду, лікарські засоби – за Державною Фармакопеею (X, XI). Назви фірм і апаратів зазначаються в оригінальній транскрипції.

- Скорочення в тексті слів, імен, термінів (крім загальновідомих) не допускається. Абревіатура розшифровується після першого згадування і не змінюється протягом усього тексту.

- У резюме вказуються: назва статті, прізвища та ініціали авторів, установа, мета, матеріали і методи, результати, висновки, ключові слова; при цьому обсяг кожного резюме має становити 175 слів (у т.ч. назва, автори, установа); у резюме не подаються абревіатури, зноски та посилання. Резюме подається українською, російською та англійською мовами. **Звертаємо вашу увагу на якість перекладу резюме англійською мовою.**

- Відповідальність за вірогідність та оригінальність поданих матеріалів (фактів, цитат, прізвищ, імен, результатів досліджень тощо) покладається на авторів. Статті, оформлені без дотримання правил, не розглядаються і не повертаються авторам.

- Редакція забезпечує рецензування статей, виконує спеціальне та літературне редагування, залишає за собою право скорочувати обсяг статей. Відмова авторам в опублікуванні статей може бути без пояснення її причини і не вважатиметься негативним висновком стосовно наукової та практичної значущості роботи.

Редакційна рада