

ISSN 2415–8763

# ЕКОНОМІКА І ПРАВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Экономика и право здравоохранения  
Economy and legislation of health care

№ 2 (2), 2015

НАУКОВО-  
ПРАКТИЧНИЙ  
ЖУРНАЛ

ISSN 2415–8763

Економіка і право охорони здоров'я № 2 (2), 2015

ISSN 2415–8763

# **ЕКОНОМІКА І ПРАВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

**№ 2 (2), 2015**

## Економіка і право охорони здоров'я

№ 2 (2), 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., Ситенко О.Р., Слабкий Г.О., 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), Краков'як Я. (Польща), 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), 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 № 8 від 29.10.2015 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 30 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.

Усі статті рецензовано. 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

## ЕКОНОМІКА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я / HEALTH CARE ECONOMICS

<i>Бугорков И.В., Бугоркова И.А. Снижение медико-экономических рисков за счет повышения информационного сопровождения</i>	5
<i>Bugorkov I.V., Bugorkova I.A. Reduction in the medical-and-economic risks due to the increase in information tracking of the patients</i>	
<i>Вовк С.М., Лобас В.М. Організація сучасного механізму фінансування охорони здоров'я в умовах трансформаційного періоду країни</i>	8
<i>Vovk S.M., Lobas V.M. Organization of modern financing mechanism of health in the transformation period of the country</i>	
<i>Горбенко О.В. Методологія консолідованої оцінки цінності медичних технологій</i>	13
<i>Gorbenko O.V. Methodology for the consolidated assessment of health technologies' value</i>	
<i>Дзюба О.М., Кучеренко Н.Т. Аналіз нормативно-правової бази для запровадження системи діагностично-споріднених груп в Україні</i>	21
<i>Dziuba O.M., Kucherenko N.T. Analysis of the legal base for the implementation of diagnostic-related groups in Ukraine</i>	
<i>Камінська Т.М. Контрактна економіка: еволюція та роль в охороні здоров'я</i>	27
<i>Kaminska T.M. Contract economy: evolution and role in health care</i>	
<i>Лехан В.М., Волчек В. В., Павленко М.В. Зміна методу фінансування стаціонарів як дієвий спосіб підвищення ефективності ресурсовитратних медичних послуг</i>	32
<i>Lekhan V.M., Volchek V.V., Pavlenko M.V. Changing of hospital payment method as an effective way to improve resource-intensive medical services</i>	
<i>Сухан В.С. Фізіоекономіка (лекція)</i>	37
<i>Sukhan V.S. Physiotherapy economy (lecture)</i>	
<i>Шевченко М.В. Результати вивчення зв'язку середньої очікуваної тривалості життя при народженні з обсягами фінансування системи охорони здоров'я</i>	43
<i>Shevchenko M.V. Results of analysis of the relationship between average life expectancy at birth and volume of financing of health care system</i>	

## МЕДИЧНЕ ПРАВО / MEDICAL LAW

<i>Жилка Н.Я., Орлова О.О. Удосконалення нормативного забезпечення якісними послугами планування сім'ї ВІЛ-інфікованих жінок</i> <i>Zhylka N.Ya., Orlova O.O. Improving the standard providing quality family planning services to HIV-positive women</i>	50
<i>Сізінцова Ю.Ю. Значення медичного права в діяльності організаторів охорони здоров'я</i> <i>Sizintsova Yu.Yu. The value of medical law in the activities of the organizers of health service</i>	55
<i>Слабкий Г.О., Істомін С.В., Лисенко П.М. Перспективні напрями удосконалення стану адаптації законодавства України з питань охорони здоров'я до законодавства Європейського Союзу</i> <i>Slabky G.O., Istomin S.V., Lysenko P.M. Promising directions of improving the state of adaptation of Ukrainian legislation on health protection to legislation of the European Union</i>	60
<i>Чепурнова Н.В. Аналіз вітчизняного законодавства щодо реалізації репродуктивної функції дискордантними парами</i> <i>Chepurnova N.V. Analysis of domestic legislation as for the implementation of reproductive function by discordant pairs</i>	67
<i>Шуцько Є.Є., Ковальова О.М. Обґрунтування пріоритетів Національного плану дій з припинення попереджувальних смертей новонароджених у рамках глобальної стратегії ООН «Кожна Жінка, Кожна Дитина»</i> <i>Shunko Ye.Ye., Kovalova O.M. Justification of the priorities of the National Action Plan to end preventable deaths of newborns within the global strategy of the UN «Every Woman Every Child»</i>	72

## МАТЕРІАЛИ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ / MATERIALS FOR DISCUSSION

<i>Концепція розвитку системи громадського здоров'я (проект)</i> <i>The concept of development of system of public health (the project)</i>	79
--	----

## ІСТОРІЯ МЕДИЦИНИ / HISTORY OF MEDICINE

<i>Ціборовський О.М., Сорока В.М. Медичний факультет Київського університету Святого Володимира та його факультетські клініки (до 175-річчя Київського медичного університету)</i> <i>Tsiborovsky O.M., Soroka V.M. Medical faculty of Kyiv University of St. Vladimir and its clinic faculty (to the 175th anniversary of the Kiev Medical University)</i>	84
--	----

## СНИЖЕНИЕ МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ РИСКОВ ЗА СЧЕТ ПОВЫШЕНИЯ ИНФОРМАЦИОННОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ

<sup>1</sup>Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

<sup>2</sup>Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

**Цель** – разработать критерии по снижению медико-экономических рисков за счет повышения информационного сопровождения в работе стоматологической службы.

**Материалы и методы.** Материалами исследования стали результаты социологического исследования 155 пациентов стоматологических кабинетов, а также данные научной литературы при использовании библиосемантического метода.

**Результаты.** Освещена актуальная значимость снижения медико-экономических рисков за счет повышения информационного сопровождения пациентов на примере работы стоматологической службы.

**Выводы.** Пациенты, проинформированные о возможных рисках и осложнениях, не имели претензий к врачу после лечения, даже если риски и наступали. Пациенты стали спокойнее относиться к лечению зубов.

**Ключевые слова:** риски, управление, качество, информационное сопровождение.

### ВВЕДЕНИЕ

В условиях рыночной экономики, когда стоматологические учреждения и предприятия вступили в конкурентную борьбу за потенциальных пациентов, особую актуальность приобрели вопросы медико-экономических рисков, которые возникают в повседневной практике [2–4]. Изучение основ возникновения рисков необходимо для определения методов оценки и их минимизации в системе здравоохранения и стоматологической службы в частности [1].

**Цель работы** – разработать критерии по снижению медико-экономических рисков за счет повышения информационного сопровождения в работе стоматологической службы.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Материалами исследования стали результаты социологического исследования 155 пациентов стоматологических кабинетов, а также данные научной литературы при использовании библиосемантического метода.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Риски всегда ассоциировались с негативными факторами, которые приводят к различным последствиям. Возникновение различных осложнений связывают с высокой степенью риска, а соответственно и со снижением экономических показателей, что, в свою очередь, приводит к снижению имиджа лечебного учреждения и лечащего врача в частности.

В современном мире одним из методов по снижению медико-экономических рисков является информационное сопровождение: Интернет-ресурсы, СМИ, буклеты и другая информационная составляющая, которая представляет доступную информацию для общества, и для пациента в частности, позволяют воспринимать и переводить полученные визуально-аудио-сведения в знания.

По мнению многих авторов, одним из важных элементов информационного наполнения, это аудио-визуальная информация, которая воспринимается традиционно широкими слоями населения и закрепляется на долгое время.

Перепополнение, перенасыщение информационного сопровождения не всегда позитивно воспринимается пациентами и это приводит к повышению роста неоправданных потребительских критериев, что увеличивает риски неоправданных надежд, а соответственно влияет на конечный результат стоматологического лечения.

Риски присущи в любой сфере человеческой деятельности. Это связано со многими условиями и факторами, которые влияют на позитивный результат тех решений, которые принимаются. Во время проявления нестандартной ситуации при оказании медицинской помощи врач может пойти на риск, если он уверен, что это единственно правильное решение, которое может спасти жизнь больного. При принятии такого решения врач должен быть также педагогом, психологом, юристом, экономистом.

Современный врач – это менеджер по реализации медицинских услуг, где система гипотетических рисков не входит в прогнозируемые показатели и не ограничивается фактом ее формального наличия типа: «предупрежден – вооружен». Однако проблема в системе

«пациент – болезнь – врач» при многообразии номинаций специалистов вряд ли повлияет на конечный результат.

Распространенность заболеваний полости рта велика (98–100%), зубная боль бывает особенно сильна, внезапна и беспощадна, несмотря на кажущуюся незначительность такого малого органа, как зуб и трудоемкость современного лечения зубов материально затратная, эффективность снижения рисков происходит через информационный процесс и не исключительно как массовая технология, а как индивидуальное искусство.

В упомянутые риски вмешивается «платная медицина», то есть коммерческий фактор (деньги), имеющий немаловажное осложняющее значение (как предмет спора) при наступлении рисков осложнений лечения. Этим может корыстно воспользоваться другой тип пациента – агрессивный, сутяжный, предвзято относящийся к дорогостоящему, трудоемкому и болезненному стоматологическому лечению, заранее находящийся в оппозиции к врачу.

Информационное сопровождение со стороны медицинских работников должно заключаться в активном аудио-визуальном воздействии на пациента, посредством беседы, диалога, рекламы, наглядных пособий, буклетов и пр. Обратная связь с пациентами также осуществляется посредством отзывов и рекомендаций.

Какова же реальная практическая роль информационных технологий в практике врача и пациента? Нами проведено анкетирование и интервьюирование 155 пациентов с изучением записей в их медицинских картах стоматологического больного.

Респондентам оказана одинаковая стоматологическая услуга эндодонтического лечения с последующей реставрацией.

В процессе анкетирования пациентам были заданы вопросы об удовлетворенности качеством выполненной данной типовой помощи / услуги.

Исследованы отзывы пациентов, негативные претензии (рекламации). Полученные данные засвидетельствовали, что пациенты предъявляют претензии не к качеству лечения (13,5%) или болезненности манипуляций (21,5%), а к недостаточному разъяснению о процессе лечения со стороны врача из-за неосвещения рисков процедур (65,0%).

Нами разработаны информационные листовки с ориентировочным планом беседы с пациентами для информирования по рискам и последствиям лечения. Контрольное анкетирование продемонстрировало снижение показателей от недостаточного разъяснения о процессе лечения со стороны врача в сторону качества лечения.

### **ВЫВОДЫ**

Пациенты, проинформированные о возможных рисках и осложнениях, не имели претензий к врачу после лечения, даже если риски и наступали. Пациенты стали спокойнее относиться к лечению зубов.

**Перспективы исследований** направлены на дальнейшее изучение затронутой проблемы.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Бугорков И. В. Изучение проблемы конкурентоспособности медицинских организаций на рынке стоматологических услуг / И. В. Бугорков // Europäische Fachhochschule. European applied sciences. – 2012. – № 1. – Р. 74–76.
2. Бугорков И. В. Конкурентоспособность государственных стоматологических учреждений / И. В. Бугорков // Научный журнал «Менеджер» вестник Дон. гос. универ. управления. – 2009. – № 4 (50). – С. 203–207.
3. Бугорков И. В. Удовлетворенность населения качеством и ассортиментом стоматологических услуг / И. В. Бугорков // Україна. Здоров'я нації. – 2012. – № 1. – С. 70–74.
4. Бугорков И. В. Экономические факторы повышения конкурентоспособности стоматологических учреждений Донецкой области / И. В. Бугорков // Экономический вестник Донбасса. – 2009. – № 2 (16). – С. 46–47.

**Дата надходження рукопису до редакції:** 12.10.2015 р.

**Зниження медико-економічних ризиків за рахунок підвищення інформаційного супроводу пацієнтів***I.V. Бугорков<sup>1</sup>, I.A. Бугоркова<sup>2</sup>*<sup>1</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна<sup>2</sup>Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

**Мета** – розробити критерії зі зниження медико-економічних ризиків за рахунок підвищення інформаційного супроводу в роботі стоматологічної служби.

**Матеріали та методи.** Матеріалами дослідження стали результати соціологічного дослідження 155 пацієнтів стоматологічних кабінетів, а також дані наукової літератури при використанні бібліосемантичного методу.

**Результати.** Висвітлено актуальну значущість зниження медико-економічних ризиків за рахунок підвищення інформаційного супроводу пацієнтів на прикладі роботи стоматологічної служби.

**Висновки.** Пацієнти, поінформовані про можливі ризики та ускладнення, не мали претензій до лікаря після лікування, навіть якщо ризики наступали. Пацієнти стали спокійніше ставитися до лікування зубів.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** ризики, управління, якість, інформаційний супровід.

**Reduction in the medical-and-economic risks due to the increase in information tracking of the patients***I.V. Bugorkov<sup>1</sup>, I.A. Bugorkova<sup>2</sup>*<sup>1</sup>National Medical Academy of Postgraduate Education named after P.L. Shupyk, Kyiv, Ukraine<sup>2</sup>National Medical University named after O.O. Bogomolets, Kyiv, Ukraine

**Purpose of study** laid in developing the criteria as for decreasing of medical-and-economic risks on the account of lifting the information tracking in the work of stomatological aid.

**Materials and methods.** The materials of experiment became the results of a sociological study of 155 patients of stomatologists and also the data of scientific literatures with the use of bibliosemantic method of study became the material for research.

**Results.** The urgent significance of the reduction in medical-and-economic risks due to the increase in the information tracking of patients based on the example of the work of stomatological service is reflected in the article.

**Conclusions.** Patients, who were informed about the possible risks and complications, did not have any claims to the doctor after treatment, even if the risks were present. Patients demonstrate more calmly attitude to the treatment of teeth.

**KEY WORDS:** risks, management, quality, information tracking.

**ВЕДОМОСТИ ПРО АВТОРОВ**

**Бугорков Игорь Вениаминович** – д.мед.н., проф. кафедры стоматологии ИПО Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца; бульвар Т. Шевченка, 13, г. Киев, 01601, Украина.

**Бугоркова Ирина Анатольевна** – к.мед.н., доц. кафедры стоматологии ИПО Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца; бульвар Т. Шевченка, 13, г. Киев, 01601, Украина.



## ОРГАНІЗАЦІЯ СУЧАСНОГО МЕХАНІЗМУ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ТРАНСФОРМАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ КРАЇНИ

Донецький національний медичний університет імені М. Горького, м. Донецьк, Україна

**Мета** – розглянути формування сучасного механізму фінансування охорони здоров'я на етапі трансформаційного періоду країни.

**Методи:** інформаційно-аналітичний, системний, емпіричний.

**Результати.** Особливості розвитку фінансово-кредитного механізму країни багато в чому визначається характером формування стратегії фінансової системи суспільства з притаманними їй зв'язками та відносинами. Фінансові відносини впливають на рух грошової готівки у формі фінансових ресурсів відповідно до існуючих стадій. Отже, фінансовий менеджмент в охороні здоров'я охоплює систему принципів, методів, форм, прийомів управління ринковими механізмами в області фінансів із метою підвищення ефективності діяльності і конкурентоспроможності лікувальних закладів. Важливість організації сучасного механізму фінансування охорони здоров'я зростає в умовах швидких трансформаційних змін і дефіциту фінансових ресурсів як у самій системі медико-санітарної допомоги, так і в економіці України в цілому.

**Висновки.** Фінансовий механізм закладів охорони здоров'я відповідає технології фінансування згідно з розподілом державного бюджету з розрахунку на одного мешканця в рік. Але нарахованого бюджету відповідно до нормативних вимог недостатньо. Важливо інше: формування цін на платні медичні послуги має бути максимально гнучким на основі беззбитковості з урахуванням можливостей конкретного пацієнта. Звідси – необхідність розумного планування і формування фінансових ресурсів у лікувальних закладах.

**Ключові слова:** охорона здоров'я, трансформаційний період, лікувальні заклади, фінансовий менеджмент, фінансово-кредитний механізм.

### ВСТУП

Фінансування охорони здоров'я – один із вагомих аспектів, який забезпечує соціальну захищеність населення в охороні здоров'я. Про це свідчать 10 основних фактів, наведених у висновках доповіді Всесвітньої організації охорони здоров'я про стан охорони здоров'я у світі за 2010–2014 рр. [3, с. 5].

Опанування принциповою схемою фінансового менеджменту і контролю за бюджетуванням має на меті отримати фінансовий прибуток, необхідний для прийняття управлінських рішень у сфері охорони здоров'я в умовах ринку, а також віднайти розумний компроміс фінансових можливостей та лікувальних витрат [4, с. 97].

Проблема вивчення механізмів управління фінансами стає актуальною в тих лікувально-профілактичних закладах (ЛПЗ), які намагаються віднайти різноманітні джерела прибутку й отримання коштів, як із державного бюджету, так і з підприємницької діяльності, або за допомогою інших способів (субсидій, інвестицій, страхування, контрактної передоплати з підприємства тощо). У багатьох випадках ці рухи асоціюються зі зростаючою управлінською автономією. Звідси – керівники-менеджери ЛПЗ постійно ведуть пошук різноманітних суспільних і приватних джерел

фінансування для здобуття засобів виживання закладу. Вони шукають методи хоча б часткового покриття витрат на охорону здоров'я і поліпшення зберігання якості медичної допомоги. На жаль, управління фінансовою сферою охорони здоров'я здебільшого не має достатньої менеджерської підготовки в аспектах бюджетування.

Питання організації фінансових механізмів закладів охорони здоров'я в період модернізації ринкових умов країни висвітлені в наукових працях багатьох вітчизняних та закордонних авторів [1–8]. Однак у жодній з них не представлені джерела фінансування у повному обсязі.

**Мета роботи** – розглянути формування сучасного механізму фінансування охорони здоров'я на етапі трансформаційного періоду країни.

**Методи:** інформаційно-аналітичний, системний, емпіричний.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Фінанси – складова частина виробничих стосунків громади, система економічних відносин формування й використання грошових ресурсів у процесі суспільного виробництва. Фінансова стратегія у трансформаційний період України наведена на рисунку 1.



Рис. 1. Вимоги до управління фінансовими відносинами в трансформаційний період України

Особливості розвитку фінансово-кредитного механізму країни багато в чому визначаються характером формування стратегії фінансової системи суспільства з притаманними їй зв'язками та відносинами. Фінансові відносини впливають на рух грошової готівки у формі фінансових ресурсів відповідно до стадій:

- первинний розподіл вартості (авансова частина, оплата праці, прибуток);
- перерозподіл вартості між суб'єктами (сплата податків, збирання платежів);
- використання (втрати).

Фінансовий менеджмент у медицині припускає управління рухом грошових потоків об'єкту охорони здоров'я, а так само фінансовими відносинами, які виникають у процесі розподілу і використання фінансових ресурсів [5, с. 35; 7, с. 142]. Отже, фінансовий менеджмент в охороні здоров'я охоплює систему принципів, методів, форм, прийомів управління ринковими механізмами в області фінансів із метою підвищення ефективності діяльності й конкурентоспроможності ЛПЗ. Важливість фінансового менеджменту зростає в умовах швидких економічних змін і дефіциту фінансових ресурсів як у самій системі медико-санітарної допомоги, так і в економіці країни в цілому.

Щорічне підвищення вартості медичного обслуговування в умовах дефіциту фінансових ресурсів залишає перед Україною два шляхи вирішення цієї проблеми. По-перше, збільшення суми коштів, що виділяються на охорону здоров'я з державного бюджету, або, по-друге, перерозподіл коштів за рахунок інших статей бюджету, при підвищенні податків або фінансових внесків у рамках системи загальнодержавного медичного соціального страхування. Жодний із цих підходів не бездоганний. Власне кажучи, «вірний» шлях фінансування, насамперед, залежить від тієї цінності, що дадуть здоров'ю і медичному обслуговуванню керівники вищої ланки, бо рівень фінансування неминуче визначається політичними пріоритетами.

Витрати на охорону здоров'я можна обмежити шляхом впливу на пропозиції платності медичних послуг,

включаючи співучасть громадян у покритті частини медичних витрат [2, с. 97]. З таким підходом можна було б легально (у межах правового поля) розробити багато стратегій реформування. Це – стратегії скорочення ліжків і лікарняних ліжок за рахунок інтенсифікації праці медичних працівників. Установлення обмежених рівнів витрат ЛПЗ із бюджету, економне використання фармацевтичних ресурсів, оптимізація застосування інноваційних технологій, впровадження ринкових стимулів оплати праці медиків, заміна дорогих лікарняних послуг на медичні послуги в амбулаторних умовах із частковою оплатою тощо.

Накопичений досвід свідчить, що стратегії фінансування за рахунок хворих на сьогоднішній день найменш болісно сприймаються громадянами України, але за платність вони вимагають якісну медичну допомогу. На жаль, деякі фінансові зміни у покритті витрат на медичні послуги в ЛПЗ не відповідають потребам населення і в основному неконституційні й неправові. Тому особливу увагу ми приділяємо вивченню фінансового механізму медичних закладів в умовах трансформаційного періоду.

Фінансова сфера є однією з найбільш проблемних у діяльності закладів охорони здоров'я. Це обумовлено тим, що в ЛПЗ існує багато питань, які потребують вирішення, зокрема, необхідними є:

- раціональне використання наданих із державного бюджету фінансових ресурсів;
- поліпшення якості медичних послуг і доступності їх усім прошаркам суспільства;
- пошук залучення додаткових коштів за допомогою нових джерел фінансування.

Фінансування діяльності ЛПЗ в умовах ринкової економіки багато в чому залежить від здатності реалізувати на практиці функції фінансового менеджменту, тим самим забезпечувати досягнення головної мети галузі (охорону і зміцнення здоров'я працездатного населення) з максимальним економічним ефектом. Шляхи досягнення мети, обумовленої складовими менеджersького управління і планування діяльності ЛПЗ, наведені на рисунку 2.



Рис. 2. Складові фінансового менеджменту лікувального закладу [4, с. 110]

Різне обмеження фінансування з бюджету закладів охорони здоров'я зумовило необхідність дослідження позабюджетних джерел фінансування життєдіяльності медичних закладів [1, с. 52]. Позабюджетними є фінансові кошти і матеріальні цінності, призначені для покриття потреб охорони здоров'я, крім бюджетного фінансування. Частина оплати за медичну допомогу, не забезпечену фінансуванням з бюджету, може покриватися за рахунок грошових внесків пацієнтів або підприємств, як часткове відшкодування вартості ресурсних витрат, розмір яких встановлюється місцевими органами влади [2, с. 54; 6, с. 77].

Досвід роботи показує, що обсяг позабюджетного фінансування окремої установи може бути 5–10% від загального фінансування, а середній показник охорони здоров'я – 6,4%. Більшість цих засобів становлять добродійні внески і пожертвування. Абсолютний обсяг платних послуг закладів охорони здоров'я області зріс у 2013 р. удвічі порівняно з попереднім роком, а їх питома

вага досягла 5,3% регіонального бюджетного фінансування.

Згідно зі статтею 68 Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні», органи місцевого самоврядування можуть мати позабюджетні цільові кошти, яким, як правило, надається статус позабюджетних фондів. Утворення та функціонування таких фондів здійснюється на основі законодавства та положень, затверджених місцевою радою. Вони акумулюються на окремих рахунках і використовуються за цільовим призначенням для здійснення конкретних програм чи заходів. Кількість позабюджетних фондів, що можуть бути утворені органами місцевого самоврядування, відповідними законодавчими та нормативними актами, не обмежена. Таким чином, усі питання, пов'язані з утворенням позабюджетних цільових коштів (фондів) ЛПЗ, належать до компетенції керівників регіональної влади, згідно із законодавчою базою.

Позабюджетне притягнення фінансових і матеріальних коштів може здійснюватися у формі [8, с. 178]:

- обов'язкового відшкодування витрат ЛПЗ на лікування і реабілітацію хворих за рахунок фізичних і юридичних осіб, винних у хворобі або травмі, а також оплати комунальних послуг, амортизації медичного обладнання та інвентарю, підтримки санітарно-технічного стану;
- повного відшкодування витрат на лікування потерпілих при виробничих травмах і профзахворюваннях за рахунок засобів власника виробництва;
- відшкодування витрат при лікуванні та реабілітації потерпілих від автодорожніх травм;
- добровільних пожертвувань та внесків до ЛПЗ і фондів охорони здоров'я;
- гуманітарної допомоги;
- платних послуг (лікувальних, діагностичних, реабілітаційних, оздоровчих, соціальних, додаткових, немедичних);
- договорів із підприємствами, установами й організаціями;
- добровільного страхування окремих громадян і колективів;
- здавання в оренду неживаних територій, будівель і приміщень, прокат устаткування, медичної апаратури і автотранспорту;
- підприємницької діяльності, менеджерських дій та маркетингових послуг;
- інших джерел.

Джерелом фінансування усіх платних послуг для працюючих можуть бути кошти підприємств, установ, організацій з будь-якою формою власності, спроможність страхових компаній та індивідуального страхування,

добродійні фонди, кредити банків та інших кредиторів, кошти самих громадян та будь-які інші джерела фінансування, не заборонені законодавством України. Для соціально залежного населення (діти, інваліди, пенсіонери тощо) оплата медичних послуг може забезпечуватися за рахунок соціальних фондів або деяких благодійних фондів та ін.

Отже, запропонована консолідація позабюджетних коштів у лікарнях дасть змогу управлінцям – менеджерам ЛПЗ належно оцінити усі фінансові ресурси, розпорядником яких вони є, і визначити доцільність використання додаткових джерел фінансування.

### ВИСНОВКИ

Фінансовий механізм закладів охорони здоров'я відповідає технології фінансування згідно з розподілом державного бюджету з розрахунку на одного мешканця в рік. Але нарахованого бюджету відповідно до нормативних вимог недостатньо. Тому керівники ЛПЗ вимушені відшкодовувати витрати за рахунок введення плати на деякі медичні послуги, а також із додаткових джерел, не заборонених законодавством України.

### ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Формування цін на платні медичні послуги має бути максимально гнучким на основі беззбитковості з урахуванням можливостей конкретного пацієнта. Звідси – необхідність розумного планування і формування фінансових ресурсів у ЛПЗ.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Економіка та фінансування охорони здоров'я: навч.-метод. посіб. / укл. : А. Г. Ахламов, Н. Л. Кусик. – Одеса : ОРІДУ НАДУ, 2011. – 134 с.
2. Москаленко В. Ф. Принципи побудови оптимальної системи охорони здоров'я : монографія / В. Ф. Москаленко. – Київ : Книга плюс, 2008. – 320 с.
3. Слабкий Г. О. Сучасні підходи до фінансування системи охорони здоров'я / Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко, О. О. Заглада. – Київ, 2011. – 45 с.
4. Шутов М. М. Уроки управління. Менеджмент та лідерство в медсестринстві : навч. пос. – Кн. 1 / М. Шутов, С. Вовк, О. Швидкий ; за заг. ред. проф. В. Й. Шатила. – Донецьк–Житомир : ВІК, 2014. – 347 с.
5. Blank R. H. Comparative health policy / R. H. Blank, V. Burau. – Palgrave Macmillan, 2013. – P. 392.
6. Chikoto G. L. Building nonprofit financial capacity: The impact of revenue concentration and overhead costs / G. L. Chikoto, D. G. Neely // Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly. – 2013. – P. 120.
7. Handbook of public economics / A. J. Auerbach [et al.] (ed.). // Newness. – 2013. – Т. 5. – P. 1–474.
8. Ryan C. Not-For-Profit Ratios for Financial Resilience and Internal Accountability: A Study of Australian International Aid Organizations / C. Ryan, H. Irvine // Australian Accounting Review. – 2012. – Т. 22, № 2. – С. 177–194.

*Дата надходження рукопису до редакції: 22.10.2015 р.*

**Организация современного механизма  
финансирования здравоохранения  
в условиях трансформационного периода страны**

С.М. Вовк, В.М. Лобас

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

**Цель** – рассмотреть формирование современного механизма финансирования здравоохранения на этапе трансформационного периода страны.

**Методы:** информационно-аналитический, системный, эмпирический.

**Результаты.** Особенности развития финансово-кредитного механизма страны во многом определяются характером формирования стратегии финансовой системы общества со свойственными ей связями и отношениями. Финансовые отношения влияют на движение денежной массы в форме финансовых ресурсов согласно существующим стадиям. Следовательно, финансовый менеджмент в здравоохранении охватывает систему принципов, методов, форм, приемов управления рыночными механизмами в области финансов с целью повышения эффективности деятельности и конкурентоспособности лечебных учреждений. Важность организации современного механизма финансирования здравоохранения растет в условиях быстрых трансформационных изменений и дефицита финансовых ресурсов как в самой системе медико-санитарной помощи, так и в экономике Украины в целом.

**Выводы.** Финансовый механизм учреждений здравоохранения соответствует технологии финансирования согласно распределению государственного бюджета в расчете на одного жителя в год. Но начисленного бюджета в соответствии нормативных требований недостаточно. Важно другое: формирование цен на платные медицинские услуги должно быть максимально гибким на основе безубыточности с учетом возможностей конкретного пациента. Отсюда – необходимость разумного планирования и формирования финансовых ресурсов в лечебно-профилактических учреждениях.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** здравоохранение, трансформационный период, лечебные учреждения, финансовый менеджмент, финансово-кредитный механизм.

**Organization of modern financing mechanism  
of health in the transformation period of the country**

S.M. Vovk, V.M. Lobas

Donetsk National Medical University M. Gorky,  
Donetsk, Ukraine

**Purpose** – to consider the organization of modern health financing mechanism at the stage of transition of the country.

**Methods:** analytical, systemic and empirical.

**Results.** Features of development of financially-credit mechanism of the country is largely determined by the nature of the strategy formation of financial system of the society with the audience her connections and relationships. Financial relations affect the movement of money in the form of financial resources in accordance with existing stages. Therefore, financial management in health care covers the system of principles, methods, forms, techniques of market mechanisms in the field of Finance with the purpose of increase of efficiency of activity and competitiveness of medical institutions. The importance of organizing a modern mechanism of financing health care is growing in conditions of rapid transformational change and lack of financial resources in health care and in the economy of Ukraine in general.

**Conclusions.** Financial mechanism of health care institutions meets technology funding according to the distribution of the state budget per inhabitant per year. But the assessed budget for in accordance with regulatory requirements is not enough. Is important that the formation of prices for paid medical services had a high degree of flexibility on the basis of break-even, based on the functionality of a particular patient. Hence the need for a reasonable planning and formation of financial resources in hospitals.

**KEY WORDS:** health care, transformational period, medical institutions, financial management, financial-credit mechanism.

**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.

**Лобас Віталій Михайлович** – д.держ.упр., проф., зав. кафедри організації вищої освіти, управління охороною здоров'я факультету інтернатури та післядипломної освіти; вул. Кірова, 27, м. Красний Лиман, Донецька область, 84404, Україна.

## МЕТОДОЛОГІЯ КОНСОЛІДОВАНОЇ ОЦІНКИ ЦІННОСТІ МЕДИЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

ViiV Healthcare, Лондон, Велика Британія

**Мета** – науково обґрунтувати методологію консолідованої оцінки цінності медичних технологій для розрахунку зведеного індексу цінності з подальшою можливістю його зіставлення з вартісною компонентою в рамках якісної нової системи оцінки медичних технологій України.

**Матеріали та методи.** У роботі були використані методи контент-аналізу та концептуального моделювання.

**Результати.** Беручи до уваги останні тенденції розвитку системи оцінки медичних технологій і результати перегляду існуючих методологій оцінки медичних технологій у різних країнах світу, широко впровадження методології Value-Based Assessment, а також раніше запропоновані нами потенційні моделі системи оцінки медичних технологій для України, запропоновано перелік індикаторів для оцінки шести різних складових ціннісної компоненти системи оцінки медичних технологій (ефективності, безпеки, терапевтичного комплаєнсу та зручності застосування, економічної, соціальної та етичної), а також джерела для їх одержання і розрахунку.

**Висновки.** Запропонована методологія консолідованої оцінки цінності медичних технологій в якості ключового елементу системи оцінки медичних технологій може бути запроваджена в Україні. Результатом аналізу складових ціннісної компоненти має бути зведений індекс цінності медичних технологій, визначений кількісно за допомогою запропонованої емпіричної формули.

**Ключові слова:** оцінка медичних технологій, система оцінки медичних технологій, цінність, вартість, компонента.

### ВСТУП

Актуалізація, обґрунтування, розробка, адаптація, представлення, затвердження та подальше практичне впровадження систем оцінки медичних технологій (СОМТ) є найбільш комплексним і відповідальним завданням, яке наразі стоїть перед урядами багатьох країн світу. Навіть ті розвинені країни світу, що вже мають сформовані та оптимізовані СОМТ, постійно стикаються з потребою та зовнішніми вимогами їх удосконалення та перегляду [2, 3, 6].

Причиною цього є низка факторів. По-перше, біофармацевтична та медико-інструментальна галузі постійно інвестують у відкриття та розробку нових технологій або інноваційних підходів до діагностики, лікування та профілактики різних патологій, що неодмінно вимагає і перегляду методології оцінки медичних технологій (ОМТ), здійснення багатовимірної, мультифакторної оцінки цінності медичної технології. По-друге, виклики, що адресовані державним системам охорони здоров'я стають дедалі більшими та комплексними: підвищення очікувань споживачів та посилення навантаження на системи у зв'язку з внутрішніми та зовнішніми міграційними процесами, збройними конфліктами, постарінням населення, епідемічною та неепідемічною захворюваністю та інвалідизацією населення; зменшення витрат на охорону здоров'я та соціальний захист населення; поступове зростання вартості технологій, ресурсів та процедур їх надання. Нещодавно (вересень 2015) затверджені Генеральною Асамблеєю ООН Цілі Сталого Розвитку (Sustainable Development Goals) та нова Концепція ВООЗ щодо всебічного охоплення охороною здоров'я (Universal Health Coverage) окреслили нові горизонти та базові вимоги для систем охорони здоров'я у всьому світі, що

також виступає окремим фактором у цій групі і впливає на розвиток СОМТ в різних країнах [13, 15]. По-третє, загальна модель надання медичної допомоги стає дедалі більш орієнтованою на пацієнта, коли саме пацієнт, а не спеціаліст, відіграє ключову роль у визначенні потреб охорони здоров'я, плануванні ресурсів, інноваційних процесах і власне ОМТ. Результати, повідомлені пацієнтами (РПП), не можуть не братися до уваги сучасними СОМТ у ході прийняття стратегічно важливих рішень щодо відшкодування вартості або закупівлі тих або інших медичних технологій [7]. По-четверте, наразі не існує уніфікованої методології ОМТ, що була б водночас прийнятною для всіх систем охорони здоров'я, і ряд експертів мають сумніви щодо можливості та доцільності розробки такої методології у сучасних умовах.

Таким чином, великі системи охорони здоров'я (США, Велика Британія, Франція, Німеччина, Іспанія, Канада, Бразилія, Китай, Австралія) впровадили і вдосконалюють СОМТ, функціонально адаптовані до поточних потреб і ресурсів охорони здоров'я в цих країнах, інтегровані із системами формулярних переліків та стандартизації, ліцензування та відшкодування вартості, а отже здатні вирішувати комплексні питання ОМТ та доступу пацієнтів до сучасних технологій. Ці СОМТ замість традиційного співвідношення вартість/ефективність розглядають співвідношення вартість/цінність (cost/value) та широко впроваджують концепцію оцінки, що ґрунтується на цінності (VBA – value-based assessment), відомої раніше як VBP (value-based pricing). Звичайно, це є більш комплексним завданням з огляду методології, аналізу та інформаційних джерел [2, 8, 12].

В Україні постала нагальна потреба створення загальнодержавної СОМТ, яка могла б бути реальним інструментом прийняття рішень у системі охорони

здоров'я і в основі якої мала би місце наступність аналізу ціннісної та вартісної компонент. Майже за 25 років Незалежності в Україні не було створено належних правових, методологічних, організаційних, освітньо-кваліфікаційних передумов для функціонування такої системи. Разом з цим, були впроваджені фактично взаємо не пов'язані субсистеми в галузі охорони здоров'я: реєстрації/затвердження лікарських засобів, медичної апаратури та продуктів медичного призначення; медичної стандартизації; Національного Формуляру; закупівельних переліків та тендерів, що регулювалися окремими підзаконними актами. Певного поширення набув фармако-економічний аналіз з переважною оцінкою ефективності лікарських засобів та деяких інших технологій, але навіть такий суто традиційний підхід мав виключно науково-теоретичне, а не практичне значення. Цінність технології, як консолідований показник, залишалася фактично поза увагою дослідників і ніколи не була визначальним фактором (компонентом) для прийняття рішень щодо закупівлі або відшкодування вартості технології.

Результатом такого фрагментарного і несистемного підходу стала критична ситуація, що склалася протягом останніх років із забезпеченням медичними технологіями найбільш вразливих категорій пацієнтів (ВІЛ/СНІД, гепатити В і С, туберкульоз, цукровий діабет, орфанні захворювання, стратегічна вакцинопрофілактика, хіміотерапія гемобластозів та солідних пухлин тощо), а також випадки необґрунтованої генеричної або фармако-терапевтичної заміни, домінуючий підхід мінімізації коштів незалежно від ефективності та безпеки технологій, дублювання та нерациональне використання виділених ресурсів, волюнтаризм та непрозорість у прийнятті рішень як щодо закупівель на державному рівні, так і щодо призначення лікування окремому пацієнту. Така ситуація викликала і продовжує викликати великий резонанс та занепокоєння з боку української громадськості і міжнародних організацій.

В Україні існує нагальна потреба створення та розвитку власної COMT, обґрунтування її наукових, організаційних, методологічних, ресурсних, правових та освітньо-кваліфікаційних засад [1, 3, 4].

**Мета роботи** – науково обґрунтувати методологію консолідованої оцінки цінності медичних технологій для розрахунку зведеного індексу цінності (ЗІЦМТ) з подальшою можливістю його зіставлення з вартісною компонентою в рамках якісної нової COMT України.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У роботі були використані методи контент-аналізу та концептуального моделювання.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У публікаціях попередніх років ми характеризували ціннісну та вартісну компоненти COMT, а також розглянули чотири моделі співвідношення цих компонент для побудови стратегій відшкодування вартості [3–5]. Ціннісна компонента COMT є найскладнішою, оскільки

має шість складових: ефективності, безпеки, комплаєнсу та зручності застосування медичної технології, економічну, соціальну та етичну [5].

Останніми роками (2013–2015) у літературі та під час проведення міжнародних наукових заходів мали місце чисельні дискусії щодо змісту різних складових ціннісної компоненти, можливостей їх кількісного визначення та розрахунку відповідних індикаторів, а також інтеграції нових підходів у існуючу методологію ОМТ. У цьому аспекті наочним є приклад перегляду існуючої методології ОМТ у Великій Британії, який був проведений експертними радами NICE за участі експертів NHS (National Health System) Англії та урядового Департаменту охорони здоров'я протягом 2014–2015 років з метою урахування всіх можливих факторів, які можуть підвищувати цінність медичних технологій на сучасному етапі розвитку системи охорони здоров'я [12]. Слід зазначити, що подібні точки зору були озвучені й експертами інших країн, COMT яких стикнулися з необхідністю вдосконалення існуючих підходів до оцінки ціннісної компоненти COMT.

Раніше запропонована концепція ціноутворення, що ґрунтується на цінності технології (VBP – value-based pricing), була нещодавно замінена на більш узагальнену та гнучку концепцію оцінки, що ґрунтується на цінності технології (VBA – value-based assessment). Ключовими складовими, які беруться до розгляду відповідно до VBA-концепції, є соціальна та економічна. Не дивлячись на певні методологічні труднощі у їх визначенні, було погоджено, що традиційно граничний для ОМТ Великої Британії рівень ІКПВ (інкрементальний коефіцієнт приросту витрат) у 20 000 фунтів стерлінгів на один рік збереженого якісного життя (QALY – quality adjusted life year) може бути максимально збільшений у 2,5 разу (до 50 000 фунтів стерлінгів), якщо оцінювана медична технологія буде відповідати наступним критеріям:

- технологія доведено впливає на перебіг захворювання, яке має виключне соціальне значення або більш широкий вплив на суспільство (стандартно вираховується як QALY);

- є додаткові докази, що технологія впливає на соціальний тягар захворювання (вираховується як відношення QALY, які мають пацієнти в результаті застосування медичної технології до QALY без її застосування);

- визначеність ІКПВ (чітко зрозуміло, яким чином збільшення витрат на технологію покращить соціальні індикатори або зменшить соціальний тягар захворювання);

- дані РПП (результатів, повідомлених пацієнтами) щодо технології – суттєвий приріст показників якості життя: загального (QoL) та якості життя, пов'язаного із перебігом захворювання (HRQoL);

- технологія застосовується на кінцевому етапі життя пацієнтів, які мають невиліковні захворювання або морбідний стан (наприклад окремі режими хіміотерапії або паліативна терапія на останній стадії онкологічних захворювань);

- технологія має вплив на немедичні (організаційні) показники NHS і сприяє виконанню поставлених цілей системи охорони здоров'я;

– технологія є інноваційною (наразі тривають дискусії щодо доцільності виокремлення складової інновації у компоненті цінності COMT).

Таким чином, кожен з перелічених вище критеріїв суттєво додає цінності аналізованій медичній технології і характеризує більш гнучкий підхід до ОМТ і прийняття рішень щодо закупівлі або відшкодування вартості найбільш цінних технологій, навіть якщо така вартість є більшою за попередньо очікувану [8, 12]. Такий підхід є абсолютно зрозумілим для більшості експертів, а також конструктивно відповідає на критику з боку пацієнтських організацій, деяких політиків та громадських активістів щодо обмеженості доступу пацієнтів до медичних технологій, в першу чергу покликаних вплинути на поширеність найбільш соціально небезпечних захворювань (ВІЛ/СНІД, туберкульоз, вірусні гепатити В і С, серцево-судинні та онкологічні захворювання тощо). Нова концепція залишає право урядам поряд із рекомендаціями ВООЗ визначати перелік соціально значущих/небезпечних захворювань для своїх країн або конкретних територій в аспекті COMT і часовому вимірі. Окремі рекомендації стосуються технологій, які застосовуються для лікування або корекції орфанних захворювань.

Критично важливим елементом ціннісного аналізу медичних технологій є РПП, покликані відповісти на запитання, яку цінність становить конкретна медична технологія для пацієнта. Вперше РПП стали офіційно братися до уваги в процесі ОМТ у США, коли спочатку FDA (Food and Drug Administration) та NIH (National Institutes of Health), а потім PCORI (Patient-Centered Outcomes Research Institute) розробили та впровадили в клінічну практику методології збирання інформації від пацієнтів, пов'язаної із застосуванням тієї або іншої медичної технології [3]. Вагомою причиною детального розгляду РПП при ОМТ була дискореляція між об'єктивно зібраними клінічними або лабораторними результатами та РПП під час або після застосування певних медичних технологій. Наприклад, у певному дослідженні були досягнуті первинні кінцеві точки (об'єктивна нормалізація клінічних симптомів, лабораторних або функціональних

показників), натомість пацієнти суб'єктивно повідомляли про незначну зміну симптоматики, відсутність покращення якості життя, депресію або тривогу, незадоволеність застосованою технологією, що вимагало перегляду значення всієї ціннісної компоненти. У результаті перегляду методології ОМТ протягом останніх трьох-п'яти років регулятори у низці країн додали РПП як облігатний або факультативний критерій для оцінки ціннісної компоненти медичних технологій. Відповідно, розробники технологій та дослідницькі установи стали дедалі більше включати РПП у дизайн досліджень у якості кінцевих точок. З іншого боку, думка пацієнта повинна бути врахована не тільки шляхом одержання РПП в рамках конкретного клінічного дослідження, але й шляхом проведення незалежних фокус-груп, дискусійних панелей або експертних рад, що наразі успішно використовується деякими ОМТ агенціями (наприклад, SMC PACE процедура) [7, 11].

Інноваційність медичної технології суттєво додає їй цінності, що потенційно може бути окремою складовою ціннісної компоненти COMT. Водночас наразі не існує єдиної думки щодо критеріїв інноваційності – що саме треба вважати інновацією? Експерти погоджуються, що інновацією може бути принципово новий метод профілактики, лікування або діагностики захворювань, окрема фармакотерапевтична група з новим механізмом дії/точкою прикладання, вирішення нагальних потреб пацієнтів, спеціалістів або системи охорони здоров'я, що вже знайшло своє відображення в COMT Австрії, Бельгії, Канади, Франції та Великої Британії [2]. Разом з тим нова лікарська форма або метод введення в більшості випадків інновацією не вважаються.

Беручи до уваги викладені вище останні тенденції розвитку COMT і результати перегляду існуючих методологій ОМТ у різних країнах світу, а також раніше запропоновані нами потенційні моделі COMT для України, ми пропонуємо наступні індикатори для оцінки різних складових ціннісної компоненти COMT, а також джерела для їх одержання і розрахунку (табл.).

Таблиця  
**Рекомендовані індикатори для оцінки складових ціннісної компоненти COMT та основні джерела для їх одержання і розрахунку**

№	Складові ціннісної компоненти COMT	Рекомендовані індикатори	Основні джерела для одержання та розрахунку індикаторів
I	Складова ефективності	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ефект (наявність об'єктивно визначеного достовірного ефекту від застосування технології) – оціненого за допомогою первинних або вторинних кінцевих точок;</li> <li>Ефективність (ступінь або динаміка виразності ефекту за об'єктивними критеріями протягом періоду застосування технології або після його закінчення);</li> <li>Ефективність за РПП – ступінь виразності ефекту, оцінений пацієнтами:               <ol style="list-style-type: none"> <li>Стан здоров'я (індикатори SF-36 і/або EQ-5D).</li> <li>Якість життя (QoL).</li> </ol> </li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Міжнародні або Національні клінічні настанови, включені до GIN (Guidelines International Network) [9].</li> <li>Технологічні стандарти (NICE, SMC/SIGN, FDA) [10].</li> <li>Індустріальні та галузеві стандарти (національний рівень): критерії та індикатори.</li> <li>Стандартні Операційні Процедури (СОПи).</li> <li>Клінічні алгоритми та уніфіковані протоколи.</li> <li>Інструкції або опис характеристик певної технології.</li> </ol>



		<p>3. Якість життя, пов'язана із перебігом захворювання (HRQoL).</p> <p>4. Індикатори психологічного стану (BDI, HADS тощо).</p> <p>5. Задоволеність технологією.</p> <p>6. Оцінка та динаміка симптомів або функціональних змін.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Чутливість (для діагностичних технологій);</li> <li>• Специфічність (для діагностичних технологій);</li> <li>• Полімодальність технології (терапевтична або діагностична широта, варіабельність клінічних сценаріїв застосування за методикою Delphi);</li> <li>• Загальна виживаність (період часу);</li> <li>• Виживаність без прогресування (період часу);</li> <li>• Рівні обізнаності та поінформованості в популяціях ризику щодо захворювань та пов'язаних з ними медичних технологій (переважно для профілактичних технологій);</li> <li>• Терапевтичні та відносні індекси (співвідношення кількісних показників ефективності та безпеки)</li> </ul>	<p>7. Мета-аналіз.</p> <p>8. Систематичні огляди.</p> <p>9. Контрольовані інтервенційні дослідження з включеними РПП або без них.</p> <p>10. Обсерваційні та лонгітудинальні дослідження з РПП або без них.</p> <p>11. Несистематичні дослідження, дослідження типу випадок-контроль, клінічні звіти з РПП або без них.</p> <p>12. Окремі дослідження з РПП: фокус-групи, персональні або електронні інтерв'ю.</p> <p>13. Клінічні реєстри.</p> <p>14. Експериментальні доклінічні дослідження та клінічні дослідження першої фази.</p> <p>15. Документально оформлені думки експертів.</p> <p>16. DELPHY сценарії.</p> <p>17. Соціологічні дослідження.</p> <p>18. Дослідження ринку медичних технологій.</p>
		<b>Розрахунок: <math>\Sigma_{el} m</math></b>	
II	Складова безпеки	<p>– Оцінка за індикаторами 10 класів рамкової концепції ВООЗ щодо Міжнародної Класифікації Безпеки Пацієнтів (ICPS, WHO 2009) [14]:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Тип інциденту</li> <li>2. РПП, пов'язані з безпекою.</li> <li>3. Характеристики пацієнтів.</li> <li>4. Характеристики інцидентів.</li> <li>5. Провокуючі фактори/Ризики.</li> <li>6. Організаційні наслідки.</li> <li>7. Визначення інцидентів.</li> <li>8. Мітигуючі фактори.</li> <li>9. Коригуючі дії.</li> <li>10. Дії, спрямовані на зменшення ризиків</li> </ol> <p>– Загальна поширеність рапортованих/оцінених побічних ефектів/побічних реакцій;</p> <p>– Загальна поширеність рапортованих/оцінених серйозних побічних ефектів/серйозних побічних реакцій, у тому числі летальних випадків;</p> <p>– Рівні переносимості;</p> <p>– Інші скарги на якість технології, що не пов'язані з побічними ефектами або реакціями;</p> <p>– Індикатори безпеки інших учасників (медичного персоналу, соціальних працівників, близьких та опікунів пацієнтів)</p>	<p>Зазначені вище пункти 1–18 і/або:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>19. Бази даних щодо безпеки медичних технологій.</li> <li>20. Періодичні оновлені звіти щодо безпеки медичних технологій (Periodic Safety Updated Reports – PSUPs).</li> <li>21. Літературний пошук (бази медичної інформації).</li> <li>22. Приховані або потенційні повідомлення про побічні ефекти/реакції, знайдені та відфільтровані у соціальних мережах (social listening).</li> <li>23. Статистичні дані.</li> <li>24. Аналіз медичної документації.</li> <li>25. Звіти/акти/повідомлення контролюючих органів та посадових осіб щодо дотримання техніки безпеки та регламентованих норм у закладах охорони здоров'я.</li> </ol>
		<b>Розрахунок: <math>\Sigma_{st} m</math></b>	
III	Складова комплаєнсу та зручності застосування	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Рівні дотримання комплаєнсу (відповідність схеми або режиму фактичного застосування технології призначеній схемі або режиму);</li> </ul>	Зазначені вище пункти 1-18, 21-24.

	медичної технології	<ul style="list-style-type: none"> <li>Індикатор прихильності пацієнтів до призначеної технології (adherence);</li> <li>Індикатор самовільної відмови/припинення застосування технології пацієнтом (discontinuation);</li> <li>РПП – задоволеність пацієнтів технологією з огляду на зручність та тривалість застосування;</li> <li>Індикатор зручності застосування технології для медичного персоналу</li> </ul>	
		<b>Розрахунок: <math>\Sigma_{ic} I_{icm}</math></b>	
IV	Економічна складова	<ul style="list-style-type: none"> <li>ІКПВ (інкрементальний коефіцієнт приросту витрат; англ. аббревіатура ICER);</li> <li>Класичні індикатори та підходи:               <ol style="list-style-type: none"> <li>Вартість/Ефективність (cost/effectiveness).</li> <li>Вартість/Корисність (cost/utility).</li> <li>Вартість/Перевага (cost/ benefit), у тому числі ранні та віддалені наслідки застосування технології.</li> <li>Вартість захворювання (cost of illness (безпосередні та опосередковані витрати) і сумарний економічний тягар захворювання).</li> <li>Мінімізація вартості (cost minimization).</li> </ol> </li> <li>Відсоток вартості медичної технології від валового національного доходу на душу населення в аспекті купівельної спроможності (прогноз фінансової доступності за квинтилями) [4].</li> <li>Частка бюджетних витрат, пов'язаних із застосуванням медичної технології (прогноз)</li> </ul>	<p>Зазначені вище пункти можуть бути корисними в якості джерел. Індикатори для оцінки економічної складової можуть також бути одержані/ розраховані з наступних джерел:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Дані галузевої статистики та аналітико-статистичні звіти.</li> <li>Епідеміологічні дослідження.</li> <li>Проспективні дослідження та прогнози.</li> <li>Дослідження порівняльної ефективності (CER – comparative effectiveness research) з порівняльним аналізом ІКПВ.</li> <li>Класичний аналіз співвідношення вартості та ефективності/корисності/ переваг.</li> <li>Аналіз бюджетних витрат (документація).</li> <li>Митні звіти.</li> <li>Кластерний аналіз фінансової доступності за квинтилями.</li> <li>Документально оформлені думки експертів та аналітиків.</li> <li>Оцінка економічного тягара (системний аналіз).</li> </ol>
		<b>Розрахунок: <math>\Sigma_{ec} I_{ecm}</math> (тільки для оцінки економічної складової ціннісної компоненти; в той же час ці індикатори використовуються для оцінки вартісної компоненти COMT)</b>	
V	Соціальна складова	<ul style="list-style-type: none"> <li>Збережені роки якісного життя (QALY – Quality-Adjusted Life Years (загальний показник). Практичне значення має розрахунок ІКПВ (у грошових одиницях) на 1 збережений рік якісного життя);</li> <li>Збережені роки якісного життя у перерахунку на роки захворювання (HrQALY – Health related Quality-Adjusted Life Years (також розраховується як ІКПВ на 1 збережений рік якісного життя без захворювання);               <ul style="list-style-type: none"> <li>Поширеність певного явища, пов'язаного з громадським здоров'ям та системою охорони здоров'я (захворювань, травматизму, шкідливих факторів тощо);</li> <li>Захворюваність;</li> <li>Смертність;</li> <li>Народжуваність;</li> <li>Непрацездатність (тимчасова, стійка) та інвалідизація;</li> <li>Втрачені робочі дні, що пов'язані із</li> </ul> </li> </ul>	<p>Зазначені вище пункти можуть бути корисними в якості джерел. Індикатори для оцінки економічної складової можуть бути одержані/розраховані також з наступних джерел:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Економічні індикатори.</li> <li>Дані галузевої статистики та аналітичні звіти.</li> <li>Епідеміологічні дослідження.</li> <li>Проспективні дослідження та прогнози.</li> <li>РПП.</li> <li>Соціологічні дослідження, фокус-групи та опитування (у тому числі дослідження рівнів обізнаності та поінформованості).</li> <li>Експертні оцінки.</li> <li>Бібліосемантичний та історичний аналіз.</li> <li>Контент-аналіз.</li> <li>Оцінка соціального тягара (системний аналіз).</li> </ol>

		захворюванням; – Соціальний тягар захворювання (комплексний індикатор); – Індикатори організації охорони здоров'я, що пов'язані із застосуванням технології: 1. Узгодженість зі стратегією та пріоритетами розвитку системи охорони здоров'я. 2. Багатофункціональність/ гнучкість технології (факт застосування однієї технології для різних захворювань). 3. Необхідність залучення додаткових нефінансових ресурсів (інформаційних, освітньо-кваліфікаційних, людських) та створення додаткових умов для застосування технології. – Інноваційність (дискутується)	11. Аналіз медичної документації та клінічний аудит
		<b>Розрахунок: <math>\Sigma_{ph}l_{ph}m</math></b>	
VI	Етична складова	<ul style="list-style-type: none"> <li>Рівність надання (технологія може бути застосована до різних категорій пацієнтів з урахуванням прав дітей; ґендерних прав; її застосування не пов'язане з дискримінацією за будь-якою ознакою, насильством або конфліктом інтересів);</li> <li>Дотримання прав пацієнта;</li> <li>Дотримання прав медичного персоналу;</li> <li>Комплаєнс з кодексами біоетики (технологія була розроблена і досліджена із дотриманням норм біоетики);</li> <li>Порядок ОМТ не суперечить 15 правилам ОМТ [3].</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Експертні оцінки.</li> <li>Документально підтверджені звіти етичних комісій (експертних рад).</li> <li>РПП (у разі, якщо питання етики внесені до програми опитувань або дизайну досліджень).</li> <li>Соціологічні дослідження, фокус-групи та опитування з різним дизайном</li> </ol>
		<b>Розрахунок: <math>\Sigma_{et}l_{et}m</math></b>	

Примітки:

- Наведені емпіричні формули розрахунку, де  $\Sigma_{ix}$  – сукупність індикаторів певної складової ціннісної компоненти, кожен з яких помножений на рангований показник значущості індикатора ( $m$ ).
- Кількісне визначення та валідація індикаторів не є предметом розгляду цієї публікації.

Таким чином, на основі розрахунку консолідованих індикаторів щодо кожної складової ціннісної компоненти COMT, можна запропонувати наступну емпіричну формулу для розрахунку ЗІЦМТ ( $v$ ):

$$v = \Sigma_{ef}l_{ef}m + \Sigma_{s}l_{s}m + \Sigma_{tc}l_{tc}m + \Sigma_{ec}l_{ec}m + \Sigma_{ph}l_{ph}m + \Sigma_{et}l_{et}m$$

Кількісне визначення запропонованих індикаторів та їх валідація й оцінка значущості є предметом математичного моделювання і в цій публікації не розглядається. Важливо мати кількісне визначення ЗІЦМТ для кожної аналізованої технології, що є вихідною умовою для аналізу вартісної компоненти, а також порівняльного аналізу з іншими медичними технологіями.

Індикатори економічної складової можуть бути корисними як для оцінки економічної цінності технології з метою прогнозування фінансової доступності та моделей доступу для пацієнтів, так і для оцінки вартісної компоненти COMT.

## ВИСНОВКИ

Нами запропонована методологія консолідованої оцінки цінності медичних технологій у якості ключового елементу COMT, що може бути запроваджена в Україні. При розробці методології були враховані тенденції останніх років та узгоджені думки експертів розвинених країн світу щодо змісту складових ціннісної компоненти COMT. Методологія ґрунтується на ідентифікації переліку дієвих індикаторів та потенційних джерел їх одержання/розрахунку для оцінки кожної зі складових ціннісної компоненти COMT: ефективності, безпеки, комплаєнсу та зручності застосування медичної технології, економічної, соціальної та етичної складових.

Результатом аналізу складових ціннісної компоненти має бути ЗІЦМТ, визначений кількісно за допомогою запропонованої емпіричної формули.

**Перспективи подальших досліджень** полягають у науковому обґрунтуванні кількісного визначення запропонованих індикаторів та їх валідації з розробкою

математичної моделі (програми) розрахунку ЗІЦМТ, а також подальшому обґрунтуванні методологічних засад COMT в Україні.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Аристов М. А. Необходимость создания системы оценки медицинских технологий в Украине / М. А. Аристов // Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції [«Оцінка медичних технологій та можливі механізми їх впровадження в Україні»], (м. Київ, 16 жовт. 2012 р.). – Health Technology Assessment Review Україна. – С. 23–24.
2. Роль оценки медицинских технологий в ценовой политике : переклад з польської / Wendyłowska K., Wladyśiuk M., Bondaryk K. [et al.] // Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції [«Практичні аспекти впровадження оцінки технологій охорони здоров'я в Україні»], (м. Київ, 5–6 бер. 2013 р.) ; ред. кол. : А. С. Немченко [та ін.]. – Харків : Вид-во НФаУ, 2013. – С. 70–82.
3. Слабкий Г. О. Від фармакоекономічних досліджень – до оцінки медичних технологій: досвід країн світу / Г. О. Слабкий, О. Ю. Марков, О. В. Горбенко // Україна. Здоров'я нації. 2011. – № 3 (19). – С. 132–142.
4. Слабкий Г. О. Моделі відношення ціннісної та вартісної компонент системи оцінки медичних технологій та їх роль у побудові стратегій відшкодування вартості / Г. О. Слабкий, О. Ю. Марков, О. В. Горбенко // Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції [«Оцінка медичних технологій та можливі механізми їх впровадження в Україні»], (м. Київ, 16 жовт. 2012 р.) // Health Technology Assessment Review Україна. – С. 19–22.
5. Слабкий Г. О. Цінність та вартість – дві компоненти системи оцінки медичних технологій та прийняття рішень в охороні здоров'я / Г. О. Слабкий, О. Ю. Марков, О. В. Горбенко // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2012. – № 2. С. 98–103.
6. A comparative analysis of the role and impact of Health Technology Assessment / Prepared By: T. Wilsdon and A. Serota; Charles River Associates // CRA Project. – 2011, May. – Vol. D15891-00.
7. Garattini S. Patients and the public deserve big changes in evaluation of drugs / S. Garattini, I. Chalmers // BMJ. – 2009. – Vol. 338. – P. 1025.
8. Houses of Parliament; The Parliamentary Office of Science and Technology; POSTnote 487 January 2015 Value Based Assessment of Drugs [Electronic resource]. – Access mode : [www.parliament.uk/post](http://www.parliament.uk/post) – Title from screen.
9. <http://www.g-i-n.net/library/international-guidelines-library/>
10. <http://www.nice.org.uk/guidance/qualitystandards/qualitystandards.jsp>
11. [https://www.scottishmedicines.org.uk/files/PACE/PACE\\_factsheet\\_FINAL.pdf](https://www.scottishmedicines.org.uk/files/PACE/PACE_factsheet_FINAL.pdf)
12. National Institute for Health and Care Excellence Item 4: Value Based Assessment of Health Technologies; Date: 22 January 2014; Ref: 14/007.
13. Sustainable Development Goals by 2030 [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.globalgoals.org/global-goals/good-health/>. – Title from screen.
14. WHO: International Classification for Patient Safety Statement of purpose [Electronic resource]. – Access mode : [http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/ICPS\\_Statement\\_of\\_Purpose.pdf](http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/ICPS_Statement_of_Purpose.pdf). – Title from screen.
15. WHO: Universal Health Coverage [Electronic resource]. – Access mode : [http://www.who.int/universal\\_health\\_coverage/en/](http://www.who.int/universal_health_coverage/en/) – Title from screen.

**Заява про конфлікт інтересів:** Горбенко Олександр є співробітником компанії ViiV Healthcare. Погляди автора, викладені в статті, є незалежною науково обґрунтованою позицією і можуть не збігатися з офіційною позицією компанії. Компанія не є спонсором цієї публікації.

**Дата надходження рукопису до редакції:** 05.10.2015 р.

### **Методология консолидированной оценки ценности медицинских технологий**

А.В. Горбенко

ViiV Healthcare, Лондон, Великобритания

**Цель** – научно обосновать методологию консолидированной оценки ценности медицинских технологий для расчета сведенного индекса ценности с последующей возможностью его сопоставления со стоимостной компонентой в рамках качественно новой системы оценки медицинских технологий Украины.

**Материалы и методы.** В работе были использованы методы контент-анализа и концептуального моделирования.

**Результаты.** Принимая во внимание последние тенденции развития системы оценки медицинских технологий и результаты пересмотра существующих методологий оценки медицинских технологий в разных странах мира, широкое внедрение методологии Value-Based Assessment, а также ранее предложенные нами потенциальные модели системы оценки медицинских технологий для Украины, предложен перечень индикаторов для оценки шести разных составляющих ценностной компоненты системы медицинских технологий (эффективности, безопасности, терапевтического комплаенса и удобства применения, экономической, социальной и этической), а также источники для их получения и расчета.

**Выводы.** Предложенная методология консолидированной оценки ценности медицинских технологий в качестве ключевого элемента системы оценки медицинских технологий может быть внедрена в Украине. Результатом анализа составляющих ценностной компоненты должен выступать сведенный индекс ценности медицинских технологий, определенный количественно с помощью предложенной эмпирической формулы.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** оценка медицинских технологий, система оценки медицинских технологий, ценность, стоимость, компонента.

### **Methodology for the consolidated assessment of health technologies' value**

O.V. Gorbenko

ViiV Healthcare, London, UK

**Purpose** – to substantiate a methodology for consolidated assessment of health technologies' value with a calculation of Consolidated Index of Health Technology Value (CIHTV) which then possibly to be collated with a cost compound within the framework of the newly developed HTAS of Ukraine.

**Methods.** Content-analysis and conceptual modeling were used for this study.

**Results.** Taking the latest global trends in HTASs development and outcomes from recent review of existing HTA methodologies around the world, wide implementation of Value-Based Assessment (VBA) methodology as well as our earlier publications on potential HTAS models relevant for Ukraine, we've identified and proposed the lists of indicators for the six elements of value compound's assessment (effectiveness, safety, therapeutic compliance, economical, public health and ethical elements). In addition, potential sources/resources for the indicators search and calculation were discussed.

**Conclusions.** The new methodology for consolidated assessment of health technologies' value has been proposed as a crucial compound of the HTAS, which could be implemented in Ukraine. The final step of consolidated value assessment is a getting quantitative characteristic of a technology value through calculation of the Consolidated Index of Health Technology Value (CIHTV) by the substantiated empiric formula.

**KEY WORDS:** health technology assessment, health technology assessment system, value, cost, component.

### **ВІДОМОСТІ ПРО ПРО АВТОРА**

Горбенко Олександр – к.мед.н, ViiV Healthcare TW8 9GS, 980 Great West Road, Brentford, Middlesex, UK.

## АНАЛІЗ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЇ БАЗИ ДЛЯ ЗАПРОВАДЖЕННЯ СИСТЕМИ ДІАГНОСТИЧНО-СПОРІДНЕНИХ ГРУП В УКРАЇНІ

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

**Мета** – провести порівняльний аналіз організаційно-правової та фінансово-економічної бази запровадження системи діагностично-споріднених груп в Україні.

**Методи:** бібліографічний, статистичний, порівняльного аналізу.

**Результати.** Серед першочергових кроків реформування медичного обслуговування є поліпшення ефективності фінансування сектора охорони здоров'я. Для цього необхідно сформувати національну систему єдиних економічно обґрунтованих тарифів на медичні послуги, на основі яких будуть фінансуватися медичні заклади.

**Висновки.** Удосконалення нормативно-правової та методологічної бази для запровадження системи діагностично-споріднених груп, необхідність адаптації однієї з міжнародних моделей діагностично-споріднених груп будуть сприяти подальшому поліпшенню національної системи охорони здоров'я.

**Ключові слова:** діагностично-споріднені групи, нормативно-правова база, фінансування, тарифи медичних послуг.

### ВСТУП

Реформа системи охорони здоров'я передбачає зміну адміністративних методів управління економічними. Заклад охорони здоров'я (ЗОЗ) є системою, яка складається із взаємопов'язаних структурних елементів (підсистем), що виконують різноманітні функції, націлені на досягнення єдиної мети – максимально швидко і якісно надати медичну допомогу, скоротивши при цьому витрати на її виробництво й реалізацію.

**Мета роботи** – провести порівняльний аналіз організаційно-правової та методологічної бази запровадження системи діагностично-споріднених груп (ДСГ) в Україні.

У статті використано такі **методи** дослідження: бібліографічний, статистичний, порівняльного аналізу.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Основами законодавства України про охорону здоров'я Верховною Радою України від 19.11.1992 р. № 2801-XII (у редакції від 15.07.2015 р.) (ст. 18) визначено, що фінансування охорони здоров'я здійснюється за рахунок Державного бюджету України та місцевих бюджетів, фондів медичного страхування, благодійних фондів і будь-яких інших джерел, не заборонених законодавством. Усі ЗОЗ мають право використовувати для підвищення якісного рівня своєї роботи кошти, добровільно передані підприємствами, установами, організаціями та окремими громадянами, а також з дозволу власника або уповноваженого ним органу встановлювати плату за послуги у сфері охорони здоров'я.

Бюджетним Кодексом України від 08.07.2010 р. № 2456-VI (редакція станом на 09.12.2015 р.) регламентовано, що власні надходження бюджетних установ отримуються додатково до коштів загального фонду бюджету і включаються до спеціального фонду бюджету. Власні надходження бюджетних установ

поділяються на групи: надходження від плати за послуги (включаючи плату за надання адміністративних послуг), що надаються бюджетними установами згідно із законодавством (перша група), інші джерела власних надходжень бюджетних установ (друга група).

Теоретичні основи методології ДСГ викладені в матеріалах проекту Європейського Союзу (ЄС) «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні» (2007–2009 рр.), посібник № 13 «Модель фінансового відшкодування (на прикладі ДСГ). Індикатори результативності роботи» [1].

Використання методики на основі ДСГ дає змогу більш комплексно проводити розрахунок вартості стаціонарного лікування з урахуванням основного і супутніх діагнозів та виконаних оперативних втручань, а також самостійно аналізувати якість внутрішньолікарняного бюджетування ЗОЗ, розраховувати перерозподіл ресурсів між підрозділами ЗОЗ без зміни загального бюджету ЗОЗ, аналізувати рівень складності випадків, пролікованих лікарем, відділенням і лікарнею в цілому.

Оскільки в Україні проводиться робота щодо створення національної системи ДСГ, важливим фактором є вибір існуючих у світі міжнародних систем ДСГ. У матеріалах Проекту ЄС представлений реєстр існуючих міжнародних систем ДСГ-групувань, проведений попередній аналіз цих систем і запропоновані рекомендації Україні щодо вибору систем ДСГ. При виборі системи ДСГ враховані такі фактори:

- відносна легкість розуміння системи для українських лікарів та економістів (відносно невелика кількість ДСГ-груп);
- можливість вільного використання таблиць ДСГ-групування;
- схожість структури та системи кодування операцій для України;
- поширеність у декількох країнах, у т.ч. бажано в країнах колишнього СНД;
- досвід використання в українських лікарнях.

Наказом МОЗ України від 14.10.2013 р. № 880 «Про затвердження Плану заходів із впровадження системи діагностично-споріднених груп в Україні» [4] затверджено План заходів із запровадження системи діагностично-споріднених груп в Україні, який передбачає основні напрями та етапи його реалізації на 2014–2017 роки.

У 2014 р. положеннями наказу МОЗ України від 29.08.2014 р. № 605 «Про затвердження Плану заходів із впровадження системи діагностично-споріднених груп в Україні» [5] деталізовано план, передбачено створення Українського центру з впровадження системи ДСГ зі статусом юридичної особи та проведення роботи щодо тестового використання австралійської системи діагностично-споріднених груп (AR-DRG) в якості референтної (базової) для подальшого створення української системи ДСГ.

Наказом МОЗ України від 22.11.2013 р. № 996 «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо формування діагностично-споріднених груп та визначення вартості медичних послуг на їх основі» [3] затверджено відповідні методичні рекомендації, розроблені на основі рекомендацій Світового Банку і викладені в публікаціях Designing and implementing health care provider payment systems : How-to manuals / edited by John C. Langenbrunner, Cheryl Cashin, and Sheila O'Dougherty (2009) (TheWorldBank, USAID) [6, 7].

У проекті закону України «Про заклади охорони здоров'я та медичне обслуговування» [2] вперше в Україні передбачено започаткувати «планування та розрахунок обсягу фінансування закладів охорони здоров'я, що надають стаціонарну вторинну (спеціалізовану) і стаціонарну третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу за рахунок Державного та місцевого бюджетів на основі базової ставки за кількістю пролікованих випадків відповідно до ДСГ. Базовою ставкою фінансування лікування визначено обсяг коштів, який витрачається на лікування середньостатистичного пацієнта. Пролікованим випадком є комплекс медичних послуг, наданих пацієнту в стаціонарних та/або стаціонаророзамінних умовах із часу госпіталізації пацієнта до ЗОЗ до моменту виписування» (ст. 10 законопроекту).

Також цим законопроектом введено відповідне поняття – «діагностично-споріднені групи (ДСГ) – групи захворювань та станів, подібні за етіологією і патогенезом, об'єднані подібними діагностичними дослідженнями і медичними втручаннями, а також середньою ресурсоемністю» (ст. 1 законопроекту).

На етапах обговорення розглянуто основні міжнародні моделі ДСГ: AR-DRG (Австралія), G-DRG (Німеччина), HCF (Великобританія), NordDRG (Скандинавські країни, зокрема Фінляндія).

У подальшому вибір здійснено між двома міжнародними моделями ДСГ: AR-DRG (Австралія) і NordDRG (Скандинавські країни, зокрема Фінляндія). Основні характеристики цих двох моделей наведено в таблиці 1.

На засіданні робочої підгрупи МОЗ України по затвердженню методики формування ДСГ, яке відбулося 20.03.2014 р., прийнято рішення визначити AR-DRG як базову для створення української системи ДСГ із залученням міжнародної технічної допомоги.

У рамках даної статті проведено розрахунки первинної (спрощена схема групування) моделі розрахунку ДСГ.

За аналогією з методологією, використаною для розрахунку ДСГ, спочатку виділено групи діагнозів, які на першому етапі виключені з системи фінансування за ДСГ. Це захворювання, які лікуються в спеціалізованих диспансерах та/або потребують особливих підходів до фінансування: туберкульоз, онкологія (клас за МКХ-10 «Новоутворення» – C00-D48), розлади психіки та поведінки (за МКХ-10 – F00-F99).

На наступному етапі проведено попередній розрахунок вагових коефіцієнтів (ВК). Вагові коефіцієнти є економічною характеристикою групи, що показує як вартість випадку з цієї групи співвідноситься до середньої за системою вартості випадку.

Таким чином, дані таблиці 2 відображають макет первинної моделі ДСГ. Цей макет може бути використаний для моделювання різних варіантів. При зміні вагового коефіцієнта будь-якої групи, нормовані коефіцієнти автоматично перераховуються.

Таблиця 1  
Основні характеристики міжнародних моделей ДСГ: AR-DRG і NordDRG

№ пор.	Характеристика	AR-DRG	NordDRG
1.	Призначення системи	Фінансування, управління лікарнями, бенчмаркінг <sup>1</sup> , статистика і дослідження щодо послуг з охорони здоров'я	Фінансування, управління лікарнями, бенчмаркінг, статистика і дослідження щодо послуг з охорони здоров'я
2.	Початок впровадження	1993 (AN-DRG)	1996
3.	Періодичність внесення змін	Періодично (9-а версія)	Щорічно
4.	Можливість використання для стаціонарного сектора, у т.ч. стаціонар одного дня	Так	Так, класична версія NordDRG (~500 груп, лише стаціонарне лікування)
5.	Можливість використання для амбулаторно-поліклінічної допомоги	Так, лише хірургія одного дня	Так, повна версія NordDRG (~900 груп, у т.ч. хірургія одного дня та амбулаторні хворі)

6.	Кількість груп ДСГ		
6.1.	Кількість основних діагностичних категорій	698 <sup>2</sup> , у т.ч. хірургія одного дня	908 <sup>3</sup> , у т.ч. лікування одного дня, стаціонарне і амбулаторне лікування
6.2.	Кількість груп ДСГ, в які входять випадки з помилками у вхідних даних (ERROR-DRG)	23	28
6.3.	Кількість базових груп ДСГ	6	11
6.4.	Кількість підкласів складності випадків	382	500 груп для стаціонарних хворих і 400 для амбулаторних хворих
6.5.	Кількість підкласів складності випадків	4	2
7.	Характеристика пацієнтів		
7.1.	Вік	Так	Так
7.2.	Стать	Ні	Так
7.3.	Діагноз	Так	Так
7.4.	Новоутворення / Злоякісність	Так	Ні
7.5.	Вага (для новонароджених)	Так	Ні
7.6.	Психічна дієздатність	Так	Ні
8.	Дослідження, процедури	Так	Так
9.	Вид виписки (виписано, переведено, смерть)	Так	Так
10.	Тип госпіталізації (планова, ургентна)	Так	Так
11.	Термін перебування на лікуванні / виписки того ж дня, що і госпіталізація	Так, але рівень складності випадку залежить від трьох варіантів перебування пацієнта за основним діагнозом: - від 0 днів до середнього терміну перебування (рівень складності 3); - середній термін перебування (рівень складності 3 до 3*) - вище середнього терміну перебування (рівень складності 3*)	Так
12.	Стійкість системи до помилки лікаря у визначенні основного із супутніх діагнозів	Так	Так
14.	Стійкість системи до помилки лікаря у визначенні комбінації діагнозу, найменування операції, статі, віку тощо	Так	Так
15.	Відкритість методології визначення групи ДСГ	Ні	Таблиця Excel, розміщена у відкритому доступі на веб-сайті NordicDRG ( <a href="http://www.nordcase.org/eng/norddrng_/">www.nordcase.org/eng/norddrng_/</a> )
16.	Близькість системи кодування операцій, процедур	Необхідні переклад, імплементація Класифікатора «The Australian Classification of Health Interventions» (ACHI). Попередня редакція класифікатора, запропонована мережею партнерських центрів ВООЗ (the Network of WHO Collaborating Centres), розроблена на основі австралійської модифікації Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду (ICD-10-AM)	Тимчасовий галузевий класифікатор медичних процедур (послуг) та хірургічних операцій (затверджений наказом МОЗ від 14.02.2007 р. № 67) споріднений з класифікатором NOMESCO NCSP. Класифікатори всіх інших (не хірургічних) втручань повинні підтримувати окремо кожна з країн, які запровадили NordDRG. До загальної редакції класифікатора NCSP такі втручання включені лише у вигляді додатку («NCSP-plus»),



			орієнтованого головним чином для вирішення власних завдань ДСГ
17.	Можливість самостійного внесення змін до базової (референтної) системи для створення національної системи ДСГ	Так	Так
18.	База даних	Необхідне внесення змін до форми первинної облікової документації № 066/о «Карта хворого, який вибув зі стаціонару, №__»	Необхідне внесення змін до форми первинної облікової документації № 066/о «Карта хворого, який вибув із стаціонару, №__»
19.	Використання показника інтегральної складності випадків	Рівень клінічної складності пацієнта (англ. PCCL) враховується, система є більш стійкою до спроб завищення рівня складності випадків лікування	Не передбачено
20.	Можливість попереднього визначення групи у випадку складних операцій або процедур (наприклад, вентиляція легенів, трансплантація), незалежно до визначеного головного діагнозу	Так 17 груп ДСГ	Так 12 груп ДСГ

Примітки:

<sup>1</sup> Бенчмаркінг – безупинний систематичний пошук і впровадження найкращих практик, що приведуть організацію до досконалішої форми. Дієвий інструмент для визначення становища компанії порівняно з іншими, подібними за розмірами та/або сферою діяльності, організаціями. Перманентний, безперервний процес порівняння товарів (робіт, послуг), виробничих процесів, методів та інших параметрів досліджуваного підприємства (структурного підрозділу) з аналогічними об'єктами інших підприємств чи структурних підрозділів.

<sup>2</sup> 2013 рік

<sup>3</sup> 2012 рік

Таблиця 2  
Макет первинної моделі діагностично-споріднених груп

№ ДСГ	Класи та окремі хвороби (шифр за МКХ-10)	Шифр відповідно до МКХ-10	ВК_Норм	№ ДСГ (укрупнені групи)
17 груп ДСГ	Усього	A00-T98	1,0	10 груп ДСГ
1.	Симптоми, ознаки та відхилення від норми, що виявлені при лабораторних та клінічних дослідженнях, не класифіковані в інших рубриках	R00-R99	0,83	1
2.	Хвороби ока та його придаткового апарату	H00-H59	1,06	2
3.	Хвороби органів травлення	K00-K93	1,08	2
4.	Вагітність, пологи та післяпологовий період	O00-O99	1,08	2
5.	Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин	S00-T98	1,16	3
6.	Хвороби вуха та соскового відростку	H60-H95	1,19	4
7.	Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	L00-L99	1,2	5
8.	Хвороби органів дихання	J00-J99	1,21	5
9.	у т.ч. деякі інфекційні та паразитарні хвороби	A00-B99	1,31	6
10.	Хвороби системи кровообігу	I00-I99	1,32	6
11.	Уроджені аномалії (вади розвитку), деформації і хромосомні порушення	Q00-Q99	1,32	6
	інсульт, не уточнений як крововилив або інфаркт мозку	I64	1,33	6

12.	Хвороби сечостатевої системи	N00-N99	1,34	6
13.	Окремі стани, що виникають в перинатальному періоді	P00-P96	1,41	7
14.	Хвороби ендокринної системи, розлади харчування, порушення обміну речовин	E00-E90	1,43	7
	з них цукровий діабет	E10-E14	1,52	7
15.	Хвороби нервової системи	G00-G99	1,6	8
	з них гострий інфаркт міокарду	I21-I22	1,6	8
16.	Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	M00-M99	1,64	9
17.	Хвороби крові, кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	D50-D89	1,67	9

**ВИСНОВКИ**

Встановлено наявність недосконалої нормативно-правової та методологічної бази для запровадження системи ДСГ, необхідність адаптації однієї з міжнародних моделей ДСГ, що потребує додаткових фінансових ресурсів.

Досліджено основні характеристики міжнародних моделей ДСГ, зокрема AR-DRG і NordDRG, та кваліфікаційні критерії для запровадження системи ДСГ.

**ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ**

За результатами дослідження запропоновано первинну (спрощену схему групування) модель розрахунку ДСГ для України. Перспективи досліджень спрямовані на подальше вивчення даної проблеми.

**ЛІТЕРАТУРА**

1. Модель фінансового відшкодування (на прикладі ДСГ) : посібник № 13 [Електронний документ] // Матеріали проекту Європейського Союзу «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні» (2007–2009 роки). – Режим доступу : [www.eu-shc.com.ua](http://www.eu-shc.com.ua). – Назва з екрана.
2. Про заклади охорони здоров'я та медичне обслуговування : проект Закону України [Електронний документ]. – Режим доступу : [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro\\_20140505\\_0.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20140505_0.html). – Назва з екрана.
3. Про затвердження Методичних рекомендацій щодо формування діагностично-споріднених груп та визначення вартості медичних послуг на їх основі : наказ МОЗ України від 22.11.2013 р. № 996 [Електронний документ]. – Режим доступу : [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20131122\\_0996.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20131122_0996.html). – Назва з екрана.
4. Про затвердження Плану заходів із впровадження системи діагностично-споріднених груп в Україні : наказ МОЗ України від 14.10.2013 р. № 880 [Електронний документ]. – Режим доступу : [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20131014\\_0880.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20131014_0880.html). – Назва з екрана.
5. Про затвердження Плану заходів із впровадження системи діагностично-споріднених груп в Україні : наказ МОЗ України від 29.08.2014 р. № 605 [Електронний документ]. – Режим доступу : [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20140829\\_0605.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20140829_0605.html). – Назва з екрана.
6. Case-based hospital payments systems: a step-by-step guide for design and implementation in low-and middle-income countries / Cheryl Cashin, Sheila O'Dougherty, Yevgeniy Samyshkin, Alexander Katsaga, Ainura Ibraimova, Yevgeniy Kutanov, Konstantin Lyachshuk, Olga Zuys. – ZdravPlus, USAID, 2005. – 139 p.
7. Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems : How-To Manuals / Ed. by John C. Langenbrunner, Cheryl Cashin and Sheila O'Dougherty. – The World Bank and the United States Agency for International Development, 2009. – 253 p.

**Дата надходження рукопису до редакції: 19.10.2015 р.**

**Анализ нормативно-правовой базы  
для внедрения системы диагностически-  
родственных групп в Украине**

А.Н. Дзюба, Н.Т. Кучеренко

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

**Цель** – провести сравнительный анализ организационно-правовой и финансово-экономической базы внедрения системы диагностически-родственных групп в Украине.

**Методы:** библиографический, статистический, сравнительного анализа.

**Результаты.** Среди первоочередных шагов реформирования медицинского обслуживания является улучшение эффективности финансирования сектора здравоохранения. Для этого необходимо сформировать национальную систему единых экономически обоснованных тарифов на медицинские услуги, на базе которых будут финансироваться медицинские учреждения.

**Выводы.** Совершенствование нормативно-правовой и методологической базы для внедрения системы диагностически-родственных групп, необходимость адаптации одной из международных моделей диагностически-родственных групп будут способствовать дальнейшему улучшению национальной системы здравоохранения.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** диагностически-родственные группы, нормативно-правовая база, финансирование, тарифы медицинских услуг.

**Analysis of the legal base for the implementation  
of diagnostic-related groups in Ukraine**

O.M. Dziuba, N.T. Kucherenko

SI «Ukrainian Institute of Strategic Researches  
Ministry of Health of Ukraine», Kyiv, Ukraine

**Purpose** – to carry out a comparative analysis of the legal, financial and economic base of introduction of diagnostic-related groups in Ukraine.

**Methods:** bibliographic, statistical, the comparative analysis.

**Results.** Among the priority steps of health care reforming improvement of efficiency of financing health care sector is determined. For this purpose are necessary formation of unified national system economically justified tariffs for medical services on the basis of which medical facilities will be financed.

**Conclusions.** Perfection of legal and methodological base for introduction of diagnostic-related groups, need of adaption one of the international DRG models will further improvement of national health care system.

**KEY WORDS:** diagnostic-related groups, legal base, financing, rates of medical services.

**ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ**

**Дзюба Олександр Миколайович** – д.мед.н., проф., заступник директора з наукової роботи ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

**Кучеренко Наталія Тимофіївна** – к.е.н., зав. відділу економічних досліджень охорони здоров'я та медичного страхування ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

## КОНТРАКТНА ЕКОНОМІКА: ЕВОЛЮЦІЯ ТА РОЛЬ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

Національний юридичний університет імені Ярослава Мудрого, м. Харків, Україна

**Мета** – аналіз еволюції, змісту та видів контрактної економіки в охороні здоров'я і шляхів її удосконалення.

**Матеріали та методи.** Аналіз і синтез, співвідношення загального та особливого, кількісних і якісних змін та інші методи дозволяють досліджувати контрактну економіку в охороні здоров'я як окремий випадок і результат розвитку договірної економіки взагалі.

**Результати.** Контрактна економіка в охороні здоров'я є водночас різновидом договірної ринкової економіки, державного регулювання економіки, державно-приватного партнерства. Вона передбачає тривалі інвестиції в інноваційний розвиток охорони здоров'я. В Україні вона необхідна через низький рівень бюджетного фінансування та непривабливий інвестиційний клімат. Контрактна система може розвиватися за допомогою квазіринків державних і приватних медичних послуг, державно-приватного партнерства, при формуванні економічних відносин із сімейними лікарями. Відбір партнерів відбувається на конкурсній основі, а сфери, де застосовується партнерство, визначає законодавство.

**Висновки.** Необхідне залучення страхових компаній як довгострокових інвесторів, перетворення лікувальних закладів на мікроекономічних суб'єктів, укладання контрактів з місцевими органами влади; удосконалення законодавства про державно-приватне партнерство.

**Ключові слова:** охорона здоров'я, контрактна економіка, державно-приватне-партнерство.

### ВСТУП

Реформування охорони здоров'я досі залишається політичним гаслом, без відчутних кроків у порівнянні з розвитком інших сфер економіки України. Державний бюджет України на 2016 рік передбачає скорочення коштів на фінансування цієї галузі, що ускладнює можливості для сучасного менеджменту, інноваційного оновлення лікувальних закладів і надання якісної медичної допомоги. При цьому рівень хронічних захворювань залишається високим. Кількість уперше зареєстрованих випадків захворювань (без урахування АР Крим, м. Севастополя та зони проведення АТО) у 2014 р. становила 26881 тис. [2]. Стара модель розвитку не виправдовує себе і потребує удосконалення підходів. Досвід зарубіжних країн свідчить, що значний резерв підвищення соціально-економічної ефективності охорони здоров'я України лежить у площині поєднання переваг і можливостей держави і ринку.

У науковій літературі контрактні відносини розглядають по-різному. Медики акцентують увагу на залученні додаткових коштів у лікувальні заклади як умови їх подальшого існування та надання медичної допомоги. Юристи розглядають контракти як «основи спеціального режиму господарювання» і «господарсько-правову процедуру, яка на підставі договору передбачає ... державні закупівлі з метою задоволення державних потреб» [4]. Проте економічний зміст залишається поза увагою авторів, хоча саме економічна еволюція стала першопричиною контрактизації. Дебати на цю тему часто є заплутаними й поверхневими. Навіть економісти зміщують їх зміст від соціально-економічної доцільності у бік ідеології. Так, І. Зінченко пише, що партнерство між державою і бізнесом – це «сумнівний не тільки в

соціальному, а й у правовому відношенні механізм», який «використовується з метою виведення соціальних активів з державної власності». Розвивається він тому, що більшості держав створення системи охорони здоров'я М. Семашка «залишається непідсильним, і тому вони шукають спосіб вирішення даної проблеми в інтеграції з приватним бізнесом» [3].

**Мета роботи** – аналіз історико-економічного підґрунтя контрактної економіки, її змісту та видів, зокрема в охороні здоров'я, і вироблення рекомендацій щодо її удосконалення.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідженні використано такі методи наукового пізнання, як аналіз і синтез, дедукція та індукція, співвідношення загального та особливого, кількісних і якісних змін, а також наукове абстрагування. Застосування цих методів дозволяє вважати контрактну економіку в охороні здоров'я окремим випадком і результатом розвитку договірної економіки взагалі. У свою чергу, договірна економіка є якісно новим етапом: вона прийшла на зміну вільному ринку, який існував у розвинених країнах приблизно з XVI ст. до останньої третини XIX століття. У сучасній ринковій економіці переважають прямі договори між надавачами та покупцями. Вони поширені й в економічній діяльності лікувальних закладів.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Закономірну появу договірної економіки спричинили такі чинники, як динамізм угод про купівлю-

продаж товарів, зростання запеклої конкуренції, пов'язаних з нею ризиків і витрат, які представник інституціональної економічної теорії, лауреат Нобелівської премії Р. Коуз у своїй праці «Природа фірми» називає «трансакційними» (від англ. transaction – угода, оборудка) [8]. Це, по-перше, витрати на пошук партнерів, сторонніх організацій та інформації про кон'юнктуру ринку. У лікувальних закладах це, наприклад, договори із зовнішніми постачальниками економічних ресурсів, таких як ліки, перев'язувальний матеріал, бензин, обладнання, послуги житлово-комунальних господарств тощо, які формують явні витрати (собівартість) медичного обслуговування і, за умови їх автономії, стають об'єктом пильної уваги менеджерів. По-друге, це витрати на захист прав власності, зокрема від мафії, недобросовісної конкуренції та монополізму, податкових органів; на уникнення обману, шахрайства та опортуністичної поведінки ринкового контрагента, а також втрати від неповноти, асиметричності ринкової інформації.

Якісно новим етапом розвитку договірної економіки стає контракція, тобто укладення договорів між мікроекономічними суб'єктами ринку та державою. Історично держава, як інститут, починає всебічне регулювання ринкової економіки після Великої Депресії 1920–1930 років, а в останній третині XX ст. у передових національних економіках поширюються контракти між урядом і приватним сектором. За допомогою цих контрактів зменшуються недосконалості ринку та держави, поєднуються їх переваги.

Головною недосконалістю ринку є його індивідуальність до соціальних питань (зокрема до суспільного здоров'я), здатність до реагування лише на індивідуальні платоспроможні потреби, розшарування громадян за рівнем і якістю життя, відсутність адміністративного контролю за ходом виконання ринкових угод. Вадами держави, у свою чергу, вважають: недосконалість перерозподільних процесів, коли скорочується фінансування соціально-культурної сфери на користь отримувачів політичної та економічної ренти; бюрократизм та іноді волонтаризм, неспроможність передбачити всі наслідки рішень, що приймаються; відсутність мотивації до впровадження нових технологій; державний патерналізм, який у багатьох випадках породжує утриманство. Ці недоліки держави частково компенсує приватний ринок, який стимулює розвиток новітніх технологій, кращий менеджмент, звільняє економіку від неефективно господарюючих, збиткових виробників, мобільно і швидко реагує на нові потреби людей. Іноді держава (місцеві органи, територіальні громади) неспроможна їх забезпечити через нестачу кваліфікованого персоналу та новітніх технологій. Відтак виникає контрактна економіка. Вона відрізняється тим, що передбачає участь держави в якості сторони договірних економічних відносин. В охороні здоров'я – це договори на закупівлю медичних послуг між державою та лікувальними закладами, або договори зі сторонніми організаціями на будівництво державних лікарень, або інші соціальні проекти. Державне замовлення виступає ознакою економічних відносин контракції. Відмінність від патерналістської системи охорони здоров'я

М. Семашка, у якій теж використовувалися елементи контракції, полягає в тому, що договори постачання з медичними закладами там укладалися відповідно до державного плану, а не закону, із застосуванням єдиних цін. Проте у сучасній економіці контракція є різновидом розвитку ринкової економіки. Договір (контракт) надає правової форми взаємній згоді його учасників. Таким чином, контракція поєднує державу і ринок, використовує його переваги. Договірне ціноутворення відображає ринковий баланс попиту і пропозиції. Часто у контрактах обумовлюють не абсолютні ціни, а верхню та нижню межу. Допускається їх перегляд у випадках інфляції, форс-мажорних обставин, зміни законодавства.

З іншого боку, контракція є різновидом державного регулювання економіки. У багатьох країнах її роль зростає. Укладання договорів, на відміну від безпосередньої участі держави в економіці у вигляді державного сектору, здійснюється незалежно від форми власності надавача послуг. Крім того, сам зміст контрактів має свою специфіку. Це контракти про фінансування, будівництво, реконструкцію, управління та інші дії, спрямовані на розвиток соціальної інфраструктури і надання суспільно значущих публічних благ. До них належать багато послуг охорони здоров'я, якщо вони споживаються колективно, незалежно від оплати і тому є неконкурентними. Це не тільки медичне обслуговування у державному секторі, але й профілактичні програми на макро- і мікрорівнях. Наприклад, програма йодування або фторування водопровідної води поширюється на всіх споживачів, оскільки приріст витрат для кожного наступного з них дорівнює нулю, і виключити когось із користування послугами практично неможливо. Відповідальним за їх надання є уряд або місцеві органи управління.

Обмеження державою сфер використання суспільних ресурсів при укладанні контрактів з іншим суб'єктом, їх точкове використання дозволяють отримувати шуканий результат. У країнах Великої сімки (США, Велика Британія, Німеччина, Італія, Канада, Франція, Японія) перше місце із 615 за кількістю реалізованих проектів з державно-приватного партнерства посідає охорона здоров'я (184), друге – освіта (138) [1]. Тобто контракція є засобом соціалізації й гуманізації сучасної економіки, що є відповіддю на соціальні неспроможності вільного ринку. Вона заснована на спільному регулюванні і спільній участі держави і ринкових агентів, коли витримується баланс інтересів усіх сторін, включаючи споживачів.

В охороні здоров'я Великої Британії, Швеції, Фінляндії, Нової Зеландії, Італії контрактна система формує, поміж іншим, так звані квазіринки (або внутрішні ринки) державних і приватних медичних послуг. Це є логічним напрямом соціально-ринкового вектору розвитку. Внутрішні ринки розвиваються як альтернатива централізації та зайвому бюрократичному тиску на цю галузь. Особливо успішно виявилася Велика Британія ще наприкінці 1990-х років. Англійські економісти Е. Кльовер, Д. П'оркінз детально описують сутність внутрішнього ринку в підручнику для менеджерів охорони здоров'я [7].

В Україні застосування внутрішнього ринку неодноразово апробували лише як експеримент у низці областей, починаючи з 2000-х років. Для нас це цікавий досвід через низький рівень бюджетного фінансування охорони здоров'я і відсутність тривалого тренду на збільшення іноземних інвестицій у цю галузь. Навпаки, останнім часом ми бачимо їх зниження. Так, у 2014 р. воно становило 11140,4 млн доларів, а у січні-вересні 2015 р. – 1806,7 млн доларів. На одну особу прями інвестиції (наростаючим підсумком) у січні-вересні 2015 р. дорівнювали лише 1026,1 млн доларів [3].

Квазірини передбачає організацію конкуренції медичних суб'єктів державного сектору економіки (лікувальних закладів, поліклінік, лікарів загальної практики тощо) за державне замовлення. Вони стають продавцями медичних послуг. А покупцями виступають місцеві органи управління охороною здоров'я, до них підключаються страхові структури. Між продавцями і покупцями медичних послуг укладаються контракти, які мають низку переваг порівняно з моделлю ієрархічного державного управління та фінансування охорони здоров'я. Конкуренція за державне замовлення надає можливості для інноваційного розвитку, стримування невинуватених витрат на лікування, удосконалення структури, обсягу та якості медичного обслуговування, підвищення ступеня задоволеності пацієнтів. Водночас внутрішній ринок мінімізує «провали» ринкової системи і забезпечує доступ усіх громадян до базового пакету медичної допомоги.

Ще одна особливість так званого внутрішнього ринку полягає в тому, що лікарі загальної практики (сімейні лікарі), як продавці первинних медичних послуг, можуть водночас виступати і покупцями стаціонарних послуг. Сімейні лікарі конкурують за державні кошти, якими їх наділяють територіальні органи влади для лікування прикріплених до них мешканців. Вони формують бюджет сімейного лікаря за подушовими нормативами і використовуються на відшкодування витрат із надання послуг пацієнтам, а також на закупівлю послуг лікарів-спеціалістів у стаціонарах. На користь контрактів із сімейними лікарями свідчить необхідність структурно-технологічної перебудови української охорони здоров'я, де досі переважає високовитратний стаціонарний сектор. До того ж Україна, на жаль, не має досвіду обов'язкового медичного страхування.

Інший тип квазіринку медичних послуг – це контрактні відносини між державою і приватними медичними структурами з приводу надання ними певної кількості та якості медичних послуг. Такі відносини характеризуються певною автономністю приватних фірм або клінік у прийнятті рішень. Але впроваджується ефективніший приватний менеджмент в охороні здоров'я, при цьому влада субсидує споживачів, а не виробників медичних послуг. У Великій Британії, Канаді, Грузії поширено практику, коли малозабезпеченим пацієнтам надається доступ (за допомогою державних ваучерів, чеків та сертифікатів) до технічно досконалішої приватної медицини. У великих містах Грузії власниками лікарень

переважно є приватні страхові компанії, які укладають контракти з державою. Інтенсивно залучають приватних партнерів до охорони здоров'я у Казахстані [1].

Впровадження елементів підприємництва у медицину не заважає пацієнту залишатися основною фігурою надання послуг. Навпаки, ваучерна система дає змогу хворій людині створити додатковий механізм селекції якості і скоротити черги у державних клініках. Система ваучерів жорстко прив'язує гроші до пацієнта, що вносить елементи конкуренції серед лікувальних установ. Це дуже важливо для країн, які на старті ринкових перетворень мали командно-адміністративну економіку з низьким рівнем бюджетного фінансування.

Оскільки контрактація передбачає довгострокові державні інвестиції у приватний сектор та інноваційний розвиток, її слід розглядати також як різновид державно-приватного партнерства. Причому дотепер ми розглядали партнером держави приватного надавача медичних послуг, який забезпечує більш високу медичну та соціально-економічну ефективність, ніж за умови надання медичних послуг державним медичним закладом. Проте ситуація може бути зворотною: фінансування відбувається із приватних джерел, а отримувачем коштів виступають юридичні особи державного сектору охорони здоров'я. Між ними укладається контракт. Найбільший проект приватного фінансування державних лікарень вартістю 1,1 млрд фунтів стерлінгів демонструє Велика Британія (термін концесії – до 2048 р.). Він включає перепланування Санкт-Варфоломіївської і Лондонської королівської лікарень, а також забезпечення high tech-обладнання лікарень [9].

Визначення приватних партнерів держави відбувається на конкурсній основі, а сфери, де застосовується партнерство, визначені законодавством. І. Селиванова додає до ознак державно-приватного партнерства таку, як «спеціальна, досить складна і дорога процедура укладення договору державно-приватного партнерства» [6]. В українській практиці це пов'язано із високою вартістю підготовки договорів, розрахунку ефективності проекту, виявлення ризиків та оцінкою трансакційних витрат, засобів їх мінімізації. Дуже великими є втрати часу, бо після надання всіх документів до уповноваженого органу досить довго слід чекати на прийняття рішень про реалізацію проекту. В економіці такі витрати називають альтернативними, або витратами втрачених можливостей. Вони значно скорочують економічний прибуток приватних ініціаторів інвестиційних проектів, а держава в умовах прозорого конкурсу обирає інших партнерів. У гіршому випадку ці приватні інвестори долучаються до тіньової системи «відкатів».

Закон про державно-приватне партнерство, на жаль, не передбачає чіткого переліку підстав відмови від цього партнерства і не пропонує для приватних інвесторів свою участь у техніко-економічному обґрунтуванні проектів, у пропозиції своїх варіантів контрактних відносин. Часто приймаються разові проекти, які створені за політичною волею місцевих рад. До того ж зміст державно-приватного партнерства дуже розмитий. На

відміну від розвинених країн, де переважають соціально значущі проекти, ст. 4 Закону України про державно-приватне партнерство охоплює також пошук, розвідку родовищ корисних копалин та їх видобування, розподіл і постачання природного газу; машинобудування тощо [5].

### **ВИСНОВКИ**

Контракція в охороні здоров'я є різновидом і розвитку договірної ринкової економіки, і державного регулювання економіки, і державно-приватного партнерства. Вона є органічною складовою функціонування змішаної економічної системи, до якої прагне Україна.

Контрактна економіка та державно-приватне партнерство неможливі без політичної волі до реформ, економічної і політичної стабільності, оскільки тривалість інвестицій у сталий інноваційний розвиток охорони здоров'я є їхнім фундаментом. Завдяки інноваціям формується сучасний новітній менеджмент.

Необхідні також: умови для розвитку в Україні ринку страхових послуг, бо саме страхові компанії є потенційними інвесторами у державну медицину; децентралізація управління державними лікувальними закладами, перетворення їх на мікроекономічний суб'єкт, що має змогу укладати контракти з місцевими органами влади або залучати довгострокові інвестиції;

удосконалення законодавства про державно-приватне партнерство задля зниження ризиків і трансакційних витрат потенційних приватних інвесторів в охорону здоров'я. Пропонуємо внести зміни до ст. 1. Закону України «Про державно-приватне партнерство» і зафіксувати таку ознаку партнерства, як розподіл ризиків і відповідальності між приватним партнером та державою (замість «передача приватному партнеру частини ризиків у процесі здійснення державно-приватного партнерства»).

### **ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ**

Для подальшого розвитку проблем контракції та розвитку ефективних ринково-договірних відносин і конкуренції між лікувальними закладами необхідно дослідити умови, за яких державні медичні заклади перетворюються на відносно самостійні підприємства, менеджмент яких приймає ефективні мікроекономічні рішення. Ці умови мають містити соціально-економічні та законодавчі обмеження, які б запобігали банкрутству лікувальних закладів або зміні профілю їх діяльності. Потребують подальшого вивчення і наступні питання: роль страхових компаній у розвитку ефективної контрактної економіки охорони здоров'я, їх вплив на підвищення конкурентоспроможності медичних послуг; функціонування ваучерної системи вибору лікувальних закладів і лікарів самими пацієнтами.

### **ЛІТЕРАТУРА**

1. Державна служба статистики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ukrstat.gov.ua/> – Назва з екрану.
2. Державно-приватне партнерство як фінансовий механізм для диверсифікації джерел фінансування послуг з профілактики ВІЛ серед уразливих груп населення в Україні : звіт за результатами дослідження [Електронний ресурс] / Ю. Галустан [та ін.]. – Київ, 2015. – 136 с. – Режим доступу : [http://www.lhsi.org.ua/images/uploads/2015/Report\\_on\\_Social\\_Services\\_Commissioning\\_study.pdf](http://www.lhsi.org.ua/images/uploads/2015/Report_on_Social_Services_Commissioning_study.pdf).
3. Зинченко Е. С. Государственно-частное партнёрство в здравоохранении – конец социального государства? [Электронный ресурс] / Е. С. Зинченко // ИА REX. – 2015. – 20 мая. – Режим доступу : <http://www.iarex.ru/articles/51783.html>. – Название с экрана.
4. Петруненко Я. Контракція як господарсько-правовий механізм забезпечення ефективного використання державних коштів майна / Я. Петруненко // Публічне право. – 2015. – № 4 (20). – С. 129–137.
5. Про державно-приватне партнерство : Закон України від 14.10.2014 № 1702-VII // Відомості Верховної Ради України. – 2010. – № 40. – Ст. 524.
6. Селіванова І. А. Державно-приватне партнерство та інші способи укладання договорів щодо використання державного майна / І. А. Селіванова // Публічне право. – 2014. – № 1 (13). – С. 201–208.
7. Clewer A. Economics for Health Care Management / A. Clewer, D. Perkins. – England, London : Prentice Hall. Financial Times, 1998. – 203 p.
8. Coase R. The Nature of the Firm [Electronic resource] / R. Coase // Economica, New Series, 1937, November. – Vol. 4, № 16. – P. 386–405. – URL : <http://www.colorado.edu/ibs/es/alston/econ4504/readings/The%20Nature%20of%20the%20Firm%20by%20Coase.pdf>.
9. Healthcare: Public Private Partnerships [Electronic resource]. – URL : [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/266818/07\\_PPP\\_28.11.13.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/266818/07_PPP_28.11.13.pdf).

**Дата надходження рукопису до редакції: 08.10.2015 р.**

**Контрактная экономика:  
эволюция и роль в здравоохранении**

*Т.М. Каминская*

Национальный юридический университет  
имени Ярослава Мудрого, г. Харьков, Украина

**Цель** – анализ эволюции, содержания и видов контрактной экономики в здравоохранении и путей ее совершенствования.

**Материалы и методы.** Анализ и синтез, соотношение общего и особенного, количественных и качественных изменений и другие методы позволяют исследовать контрактную экономику в здравоохранении как частный случай и результат развития договорной экономики в целом.

**Результаты.** Контрактная экономика в здравоохранении является одновременно разновидностью договорной рыночной экономики, государственного регулирования экономики, государственно-частного партнерства. Она предусматривает продолжительные инвестиции в инновационное развитие здравоохранения. В Украине она необходима из-за низкого уровня бюджетного финансирования и непривлекательного инвестиционного климата. Контрактная система может развиваться с помощью квазирынков государственных и частных медицинских услуг, государственно-частного партнерства, при формировании экономических отношений с семейными врачами. Отбор партнеров происходит на конкурсной основе, а сферы, где применяется партнерство, определяет законодательство.

**Выводы.** Необходимо привлечение страховых компаний как долгосрочных инвесторов, преобразование лечебных учреждений в микроэкономические субъекты, заключение контрактов с местными органами власти; усовершенствование законодательства о государственно-частном партнерстве.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** здравоохранение, контрактная экономика, государственно-частное партнерство.

**Contract economy: evolution and role in health care**

*T.M. Kaminska*

Yaroslav Mudryi National Law University, Kharkiv, Ukraine

**Purpose** – to analyze the evolution, content and types of contract health economy and the ways to improve it.

**Materials and methods.** Analysis and synthesis, the ratio of general and particular, quantitative and qualitative changes and other methods allow us to study the contract economy in health care as a special case and the result of a contractual economy as a whole.

**Results.** Contract economy in health care is both a kind of contractual market economy, state regulation of the economy, public-private partnerships. It envisages the long-lasting investments in the innovative development of public health. In Ukraine it is necessary because of the low level of budget financing and unattractive investment climate. The contract system can be developed with the help of quasi-markets of public and private medical services, public-private partnership, during the formation of economic relations with family doctors. Selection of partners takes place on a competitive basis, and areas where the partnership is used determined by the legislation.

**Conclusions.** It is necessary to attract the insurance companies as a long-term investors, transformate the medical institutions into micro-economic actors, to negotiate contracts with local authorities; to improve the legislation on public-private partnership.

**KEY WORDS:** health care, contract economy, public-private partnerships.

**ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА**

**Камінська Тетяна Михайлівна** – професор кафедри економічної теорії Національного юридичного університету імені Ярослава Мудрого; вул Пушкінська 77, м. Харків, 61022, Україна.



## ЗМІНА МЕТОДУ ФІНАНСУВАННЯ СТАЦІОНАРІВ ЯК ДІЄВИЙ СПОСІБ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ РЕСУРСОВИТРАТНИХ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпропетровськ, Україна*

**Мета** – медико-соціальне обґрунтування дієвості зміни методу фінансування стаціонарів як способу підвищення якості та ефективності медичної допомоги на прикладі дослідження інтенсивності використання ресурсів та якості медичного обслуговування хворих хірургічного профілю.

**Методи:** системний підхід і аналіз, історичний та бібліосемантичний; експертних оцінок, біостатистичний.

**Результати.** Зміна методу фінансування стаціонарів із постатейного методу за кошторисом на більш гнучкий метод є дієвим способом інтенсифікації використання основних ресурсів стаціонарів і підвищення якості медичних втручань. Медико-соціальне значення запропонованого способу пов'язане з достовірним збільшенням ефективності використання ресурсів (питомої ваги ліжко-днів, проведених пацієнтами в стаціонарі обґрунтовано у 2,4–2,8 разу) і значним підвищенням якості медичної допомоги: зменшення частоти дефектів діагностики та лікування. Економічна ефективність визначається економією ресурсів за рахунок зменшення тривалості середнього терміну госпіталізацій хворих.

**Висновки.** Доцільність впровадження запропонованого способу полягає в тому, що він дасть змогу значно оптимізувати використання наявних ресурсів лікарень і підвищити якість госпітальних медичних послуг.

**Ключові слова:** метод фінансування, ресурси стаціонарів, заклади охорони здоров'я.

### ВСТУП

Для сучасної української охорони здоров'я в умовах значного дефіциту коштів особливо важливим є ефективне використання наявних ресурсів [13]. На заваді цьому, за оцінками Світового банку, стоїть брак фінансової самостійності та конкуренції серед надавачів медичних послуг, спричинений передусім фінансуванням за нормативами, а не за дійсними результатами їх діяльності та неадекватністю системи оплати праці медичних фахівців [12].

Експерти у сфері охорони здоров'я відзначають, що стаціонари як найбільш високовартісні заклади, відіграють ключову роль у процесі реформування усієї системи охорони здоров'я та визначають розвиток структури мережі закладів охорони здоров'я на до- та післягоспітальному етапах. Більшість загального бюджету української системи охорони здоров'я спрямовується на фінансування стаціонарів. Лікарні відіграють значну роль у галузі охорони здоров'я будь-якої країни: вони надають допомогу населенню в найскладніших випадках, мають в своєму складі найбільш кваліфікованих медичних фахівців, визначають політику доступу до спеціалізованих медичних послуг тощо [1–5, 7].

Аналіз систем охорони здоров'я Західної Європи демонструє, що витрати на охорону здоров'я (навіть значні) не дають очікуваної віддачі, якщо не підкріплені раціоналізацією організації медичної допомоги та підвищенням відповідальності закладів охорони здоров'я за рентабельність послуг, адекватними змінами місця й характеру надання медичної допомоги, орієнтацією на внутрішній ринок і керовану конкуренцію (Доповідь ВООЗ про стан охорони здоров'я у світі 2010 р. «Фінансування систем охорони здоров'я») [11].

На теперішній час проблеми подолання низької якості та недостатньої ефективності стаціонарної медичної допомоги розглядаються через призму оптимізації потужності та структури ліжкового фонду відповідно до потреб населення та з орієнтуванням на кінцеві результати діяльності галузі – показники здоров'я населення [15]. При цьому стаціонар може вигравати не тільки в результаті розширення обсягу робіт, але й їх згортання – за рахунок відмови від необґрунтованих госпіталізацій, зниження середньої тривалості перебування пацієнта, використання ресурсозберігаючих медичних технологій [2–4, 6, 14].

Але українські стаціонари, на відміну від європейських, не мають змоги самостійно розпоряджатися своїми ресурсами. Наявна в Україні система фінансування закладів охорони здоров'я, які мають статус «бюджетних», згідно з чинним законодавством, за методом постатейного кошторису (який базується на показниках потужності), а також оплати праці медичних працівників на основі посадових окладів позбавляють систему управлінської інформації для оцінки варіантів – чи будувати (реконструювати) лікарню, лікувати пацієнта в стаціонарі або амбулаторно, узяти нового лікаря чи більше заплатити вже працюючому. Така система не містить економічних стимулів до пошуку нових типів медичних установ, альтернативних форм надання медичної допомоги тощо [8, 10, 12, 15].

Ще у 2011 р. у статті 18 Закону України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» було визначено курс на удосконалення фінансування закладів охорони здоров'я [9], однак практичних змін досі не відбулось. Нещодавно МОЗ України розробило нову стратегію реформ, яка включає зміну системи оплати та юридичного статусу закладів

охорони здоров'я. Приведене в статті дослідження доводить, що зміна методу фінансування стаціонарів є ключовим завданням для реформування галузі.

**Мета роботи** – медико-соціальне обґрунтування дієвості зміни методу фінансування стаціонарів як способу підвищення якості та ефективності медичної допомоги на прикладі дослідження інтенсивності використання ресурсів та якості медичного обслуговування хворих хірургічного профілю.

Предмет дослідження – медико-статистичні особливості структури, організації, медичних технологій, якості та ефективності стаціонарної допомоги, підходи до підвищення ефективності організації та якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я.

У статті використано фрагмент науково-дослідної роботи «Наукове обґрунтування модернізації системи медичного обслуговування на регіональному рівні» (№ держреєстрації 0114U000928, термін виконання – 2014–2016 рр.), яка проводиться на кафедрі соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України».

Дослідження здійснювалося протягом 2007–2013 рр. на базі хірургічних стаціонарів трьох лікувально-профілактичних закладів м. Дніпропетровська: двох стаціонарів, що знаходяться у складі багатопрофільних міських лікарень, з традиційним кошторисним методом фінансування та одного стаціонару приватної клініки загальної та пластичної хірургії, яка фінансується за закінчений випадок лікування (далі – стаціонар із фінансуванням за пролікований випадок). Інформаційна база сформована з даних спеціальних вибіркового досліджень: порівняльної оцінки якості та адекватності стаціонарної допомоги хворим у закладах із різними методами фінансування (404 карти експертної оцінки).

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Експертами виступили 5 лікарів-хірургів вищої категорії (у тому числі 1 професор, доктор медичних наук; 1 кандидат медичних наук), ступінь компетентності яких з означених питань був високим –  $0,92 \pm 0,11$  ( $M \pm SD$ ) (за коефіцієнтами інформованості та аргументації, О.Л. Бондаренко, 2005). Обґрунтованість використання ліжкового фонду визначалася за допомогою методики Г.О. Слабкого і В.Л. Подоляки (2004). Розрахунки необхідної кількості спостережень проводилися за загальновідомими методами. Розраховувались відносні та середні величини, вірогідність різниці між досліджуваними показниками оцінювалась за критеріями Стюдента ( $t$ ) із використанням програм EXCEL-2003 і

STATISTICA 6.1 (StatSoft Inc., серійний №AGAR909E415822FA). Усі проведені дослідження відповідали принципам біологічної етики та медичної деонтології, що підтверджено висновком Комітету з біологічної етики ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» (протокол № 5 від 21.02.2011 р.).

**Методи:** системний підхід і аналіз, історичний та бібліосемантичний; експертних оцінок, біостатистичний.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Порівняльний аналіз впливу різних методів фінансування стаціонарів (кошторисного та фінансування за пролікований випадок) на якість лікувально-діагностичного процесу та ефективність використання ресурсів закладу проводився на вибірці чисельністю 404 пацієнти: здійснювалася експертна оцінка стаціонарного лікування 197 хворих, госпіталізованих до бюджетних стаціонарів із кошторисним фінансуванням, і 207 пацієнтів, госпіталізованих до стаціонару із фінансуванням за пролікований випадок, за окремими нозологіями: калькульозний холецистит (код за МКХ-10 – K81.1) – 100 і 106 хворих відповідно, вентральна грижа / грижа черевної стінки (K43) – 52 та 49 пацієнтів і пахова грижа (K40) – 45 та 52 хворих. Пацієнти, що страждали на калькульозний холецистит і пахові грижі, були прооперовані лапароскопічним методом.

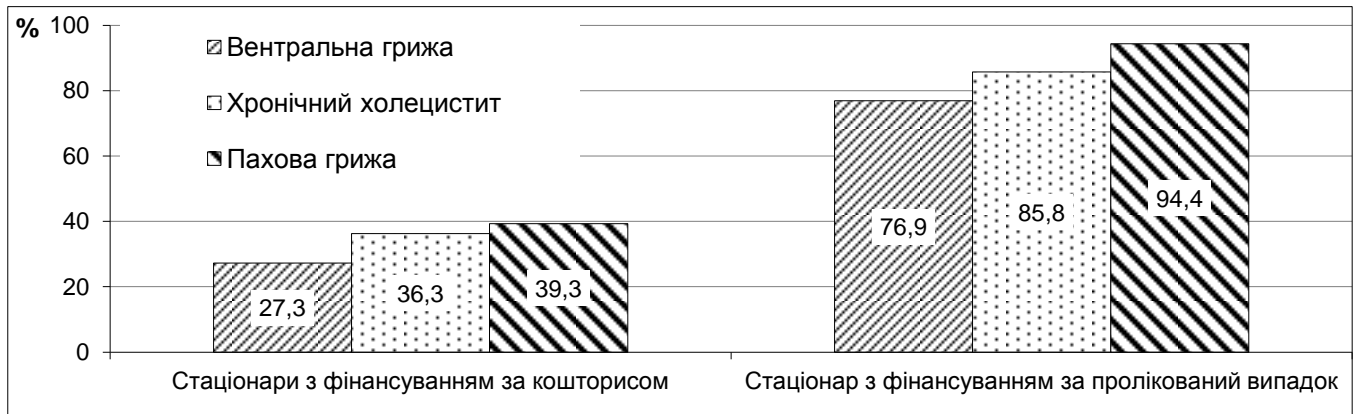
Відсутність достовірних відмінностей в основних характеристиках груп пацієнтів стаціонарів із різними методами фінансування (середній вік хворих; розподіл за статтю; своєчасність звертань по медичну допомогу; за основним клінічним діагнозом та його ускладненнями; питома вага хворих із супутньою патологією; а також з поєднаними оперативними втручаннями тощо) в цілому та по окремих нозологіях ( $p > 0,05$ ) свідчила про однорідність сукупностей, що порівнюються.

Встановлено, що заміна існуючого (кошторисного) фінансування стаціонару на більш гнучкий спосіб (за пролікований випадок) суттєво підвищувала інтенсивність використання ліжкового фонду в закладі, про що свідчило зменшення середньої тривалості лікування хворих із різними захворюваннями при фінансуванні за випадок більше ніж у 2 рази (табл.) та збільшення питомої ваги ліжко-днів, проведених пацієнтами в стаціонарі обґрунтовано: при хронічному холециститі – до 85,8% (проти 36,3% в установах із фінансуванням за кошторисом,  $p < 0,001$ ), вентральних грижах – 76,9% (проти 27,3%,  $p < 0,001$ ), пахових грижах – 94,4% (проти 39,3%,  $p < 0,001$ ); рис. 1.

Таблиця  
**Середня тривалість лікування хворих у стаціонарах із різними методами фінансування (ліжко-днів,  $M \pm m$ )**

Нозологічна форма	Стаціонар із кошторисним фінансуванням	Стаціонар із фінансуванням за пролікований випадок
Калькульозний холецистит	$10,2 \pm 0,27$	$3,4 \pm 0,18^*$
Вентральна грижа	$15,0 \pm 0,7$	$5,2 \pm 0,9^*$
Пахова грижа	$10,0 \pm 0,26$	$3,1 \pm 0,09^*$

Примітка: \* – вірогідність розбіжностей  $p < 0,001$ .

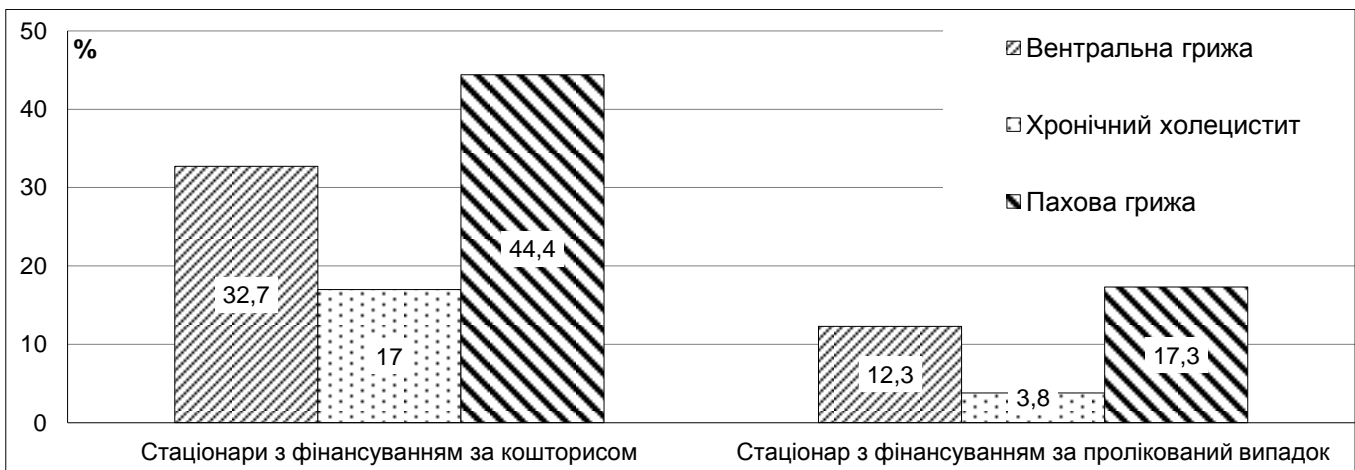


**Рис. 1.** Інтенсивність адекватної експлуатації ліжкового фонду хірургічних стаціонарів залежно від застосування різних методів їх фінансування (% від загальної кількості ліжко-днів)

Поряд із підвищенням ефективності використання ліжкового фонду в стаціонарі, що фінансується за закінчений випадок лікування, виявлено поліпшення показників якості медичного обслуговування, що пояснюється впливом економічної мотивації до більш якісної роботи. Так, відмічено вищі показники охоплення, за рекомендованими міжнародними та українськими клінічними протоколами, діагностичними втручаннями досліджених хворих та своєчасності проведення досліджень на передопераційному етапі; істотно рідше діагноз захворювання встановлювався із запізненням – у групі хворих на хронічний холецистит у 5,7% випадків проти 89,3% при кошторисному фінансуванні ( $p < 0,001$ ), у пацієнтів із вентральними грижами – у 6,1% проти 94,2% ( $p < 0,001$ ), паховими – у 7,7% проти 86,7% ( $p < 0,001$ )

відповідно. У клінічному діагнозі стаціонарів, що фінансувалися за закінчений випадок лікування, рідше, ніж у закладах із кошторисним фінансуванням, мали місце помилки: в групі хворих на калькульозний холецистит – у 0% та 43% випадків відповідно ( $p < 0,001$ ), у пацієнтів із вентральними грижами – у 26,5% та 59,6% ( $p = 0,001$ ), паховими грижами – у 40,4% та 95,6% ( $p < 0,001$ ).

Дефекти лікування хворих також значно рідше зустрічались у стаціонарі з фінансуванням за пролікований випадок порівняно із закладами з кошторисним фінансуванням: при хронічному холециститі в 3,8% випадків порівняно з 17% відповідно ( $p = 0,002$ ), хворих на вентральні грижі – у 12,3% та 32,7%, ( $p = 0,013$ ), на пахові грижі – у 17,3% та 44,4% ( $p = 0,004$ ) (рис. 2).



**Рис. 2.** Частота дефектів лікування у стаціонарах залежно від застосування різних методів їх фінансування (% від загальної кількості досліджених хворих)

Врахуванню ролі супутньої патології у веденні хворого в лікарні, що фінансується за закінчений випадок лікування, було приділено більше уваги, ніж у медичних закладах із кошторисним фінансуванням. На вибір методів лікування основного захворювання супутня патологія інших систем організму мала вплив у приблизно восьми з кожних десяти хворих на калькульозний

холецистит (81% у стаціонарах із кошторисним фінансуванням та 79,3% у лікарні з фінансуванням за пролікований випадок), приблизно семи з десяти хворих – із паховими (77,8% і 69,2% відповідно) і вентральними грижами (61,5% і 77,6%). Водночас, враховувалися при діагностиці та лікуванні супутні захворювання в медичних закладах із кошторисним фінансуванням недостатньо:

у 14,8% з усієї кількості випадків впливу на вибір методів лікування калькульозного холециститу, 50,1% – венральних, 2,8% – пахових гриж. У стаціонарі з фінансуванням за пролікований випадок значення супутньої патології усіх пацієнтів було враховане.

### ВИСНОВКИ

Результати проведеного аналізу впливу різних методів фінансування стаціонарів на ефективність використання ресурсів, якості та адекватності лікувально-діагностичного процесу переконливо доводять, що спосіб фінансування стаціонарів (за кошторисом витрат або за закінченим випадком лікування) суттєво впливає на інтенсивність використання ліжкового фонду в закладі охорони здоров'я. Зміна методу фінансування стаціонарів із постатейного методу за показниками потужності, який достовірно сприяє неефективному використанню наявних ресурсів та негативно впливає на адекватність медичного обслуговування пацієнтів, на більш гнучкий метод фінансування є дієвим способом інтенсифікації використання основних ресурсів стаціонарів і підвищення якості медичних втручань. Впровадження цього способу в практику потребує законодавчої зміни методів фінансування комунальних закладів на державному рівні.

Медико-соціальне значення запропонованого способу пов'язане з достовірним збільшенням ефективності використання ресурсів стаціонарів (питомої

ваги ліжко-днів, проведених пацієнтами в стаціонарі обґрунтовано у 2,4–2,8 разу) та значним підвищенням якості медичної допомоги: зменшення частоти дефектів діагностики (0÷40,4% проти 43÷95,6% при різних патологіях відповідно,  $p \leq 0,001$ ) та лікування (3,8÷17,3% проти 17÷44,4%,  $p < 0,01$ ). Економічна ефективність визначається економією ресурсів за рахунок зменшення тривалості середнього терміну госпіталізацій хворих.

Доцільність впровадження запропонованого способу полягає в тому, що його використання дасть змогу оптимізувати потужність стаціонарів як вторинного, так і третинного рівня надання медичної допомоги та підвищити раціональність використання ліжкового фонду; науково забезпечити управлінські рішення та створення комплексу організаційних заходів стосовно підвищення ефективності використання ресурсів закладів охорони здоров'я при розробці програм реформування галузі, зокрема, стаціонарного сектору і, як наслідок, значно оптимізувати використання наявних ресурсів лікарень і підвищити якість госпітальних медичних послуг.

### ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Потребує термінової розробки методика фінансування стаціонарів за випадок із використанням австралійської системи діагностично-споріднених груп, обраної в якості референтної для української системи охорони здоров'я.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Абовська О. Рекомендації ЄС щодо реорганізації системи вторинної медичної допомоги в Україні / О. Абовська // Ваше здоров'я: медична газета України. – 2010. – № 9 (1037). – С. 2.
2. Бугро В. І. Роль лікарень в інтегрованій мережі надання медичної допомоги / В. І. Бугро, Н. Г. Гойда, В. В. Горачук // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2015. – № 1 (22). – С. 79–80.
3. Волчек В. В. Обґрунтування способів оптимізації структурної організації стаціонарної допомоги вторинного рівня : автореф. дис. ... к.мед.н. : спец. 14.02.03 «Соціальна медицина» / В. В. Волчек. – Київ, 2010. – 23 с.
4. Дьяченко В. Г. Управление качеством медицинской помощи : учебник / В. Г. Дьяченко, Л. В. Солохина, С. В. Дьяченко. – Москва : ГБОУ ВПО ДВГМУ, 2012. – 655 с.
5. Кадыров Ф. Н. Экономические методы оценки эффективности деятельности медицинских учреждений / Ф. Н. Кадыров. – Москва : ИД «Менеджер здравоохранения», 2011. – 496 с.
6. Лашкул З. В. Проблеми експертної оцінки дефектів надання медичної допомоги: лікарська помилка, нещасний випадок чи ятрогенія? / З. В. Лашкул, Ю. Ю. Сізнцова // Главный врач. – 2012. – № 5. – С. 56–57.
7. Лехан В. М. Характеристика ресурсного обеспечения здравоохранения Украины / В. М. Лехан // Главный врач. – 2010. – № 7. – С. 26–52.
8. Ліщишина О. М. Вимірювання якості медичної допомоги: проблеми імплементації кращої світової практики в Україні / О. М. Ліщишина, Є. Л. Горох // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 2. – С. 121–127.
9. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги : Закон України від 07.07.2011 р. № 3611-VI [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.zakon.rada.gov.ua/laws/show/3611-17>. – Назва з екрана.
10. Сибурина Т. А. Современные технологии обеспечения конкурентного преимущества учреждения здравоохранения на рынке медицинских услуг / Т. А. Сибурина // Главный врач. – 2011. – № 11. – С. 75–85.
11. Финансирование систем здравоохранения. Путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью : доклад о состоянии здравоохранения в мире. – Копенгаген : ВОЗ, 2010. – 106 с.
12. Як працює система? Новий підхід до аналізу і оцінки процесів управління в системі охорони здоров'я України / Міжнародний банк реконструкції та розвитку. Світовий банк. – Вашингтон : ТОВ «ОБНОВА КОМПАНІ», 2015. – 224 с.
13. Lekhan V. N. Influence of care quality on the consumption of health resource / V. N. Lekhan, V. V. Volchek // Management in health. – 2015. – XIX/3. – P. 9–12.
14. Quality of care and health status in Ukraine / J. W. Peabody, J. Luck, L. DeMaria, R. Menon // BMC Health Services Research. – 2014. – № 14. – P. 446–457.

15. Porter M. E. The strategy that will fix health care / M. E. Porter, T. H. Lee // Harvard Business Review 91. – № 10 (October 2013). – P. 50–70.

*Дата надходження рукопису до редакції: 22.10.2015 р.*

**Изменение метода финансирования стационаров как действенный способ повышения эффективности ресурсозатратных медицинских услуг**

В.М. Лехан, В.В. Волчек, М.В. Павленко  
ГУ «Днепропетровская медицинская академия  
МЗ Украины», г. Днепропетровск, Украина

**Цель** – медико-социальное обоснование действенности изменения метода финансирования стационаров как способа повышения качества и эффективности медицинской помощи на примере исследования интенсивности использования ресурсов и качества медицинского обслуживания больных хирургического профиля.

**Методы:** системный подход и анализ, исторический и библиосемантический; экспертных оценок, биостатистический.

**Результаты.** Изменение метода финансирования стационаров с постатейного метода по смете на более гибкий метод является действенным способом интенсификации использования основных ресурсов стационаров и повышения качества медицинских вмешательств. Медико-социальное значение предложенного способа связано с достоверным увеличением эффективности использования ресурсов (удельного веса койко-дней, проведенных пациентами в стационаре обосновано – в 2,4–2,8 раза) и значительным повышением качества медицинской помощи: уменьшением частоты дефектов диагностики и лечения. Экономическая эффективность определяется экономией ресурсов за счет уменьшения продолжительности среднего срока госпитализации больных.

**Выводы.** Целесообразность внедрения предложенного способа заключается в том, что он позволит значительно оптимизировать использование имеющихся ресурсов больниц и существенно повысить качество госпитальных медицинских услуг.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** метод финансирования, ресурсы стационаров, учреждения здравоохранения.

**Changing of hospital payment method as an effective way to improve resource-intensive medical services**

V.M. Lekhan, V.V. Volchek, M.V. Pavlenko  
SE «Dnipropetrovsk Medical Academy  
Ministry of Health of Ukraine», Dnipropetrovsk, Ukraine

**Purpose** – medical and social substantiation of effectiveness of changing of hospital payment method as a way of improving the quality and efficiency of medical care by investigating the intensity of resources use and care quality for surgical patients.

**Methods:** systematic approach and analysis, historical and bibliosemantic; expert assessments, biostatistical.

**Results.** Changing of hospital payment method from method of line-item estimates to a more flexible method is an effective way to intensify the use of basic resources of hospitals and to improve the quality of health care interventions. Medical and social significance of proposed method is associated with a significant increase of resource efficiency (the proportion of bed-days which patients justifiably spent in the hospital – in 2.4–2.8 times) and a significant increase of care quality: a decrease the frequency of defects of diagnosis and treatment. Economic efficiency is determined by saving resources though the reducing of average duration of hospitalization period.

**Conclusions.** The expediency of introduction of the proposed method lies in the fact that it will greatly optimize the use of available resources of hospitals and improve the quality of hospital care.

**KEY WORDS:** method of financing, hospital resources, health facilities.

**ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ**

**Лехан Валерія Микитівна** – д.мед.н., проф., Заслужений діяч науки і техніки України, зав. кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»; просп. К. Маркса, 24, м. Дніпропетровськ, 49000, Україна.

**Волчек Віра Володимирівна** – к.мед.н., доц. кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»; просп. К. Маркса, 24, м. Дніпропетровськ, 49000, Україна.

**Павленко Максим Віталійович** – лікар вищої категорії, медичний директор клініки загальної та пластичної хірургії «Гарвіс»; вул. Батумська, 13, м. Дніпропетровськ, 49000, Україна.

**ФІЗІОЕКОНОМІКА (ЛЕКЦІЯ)****ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна**

**Мета** – ознайомити та проаналізувати фізіоекономічні засади забезпечення ефективності профілактичного та реабілітаційного лікування хворих.

**Матеріали та методи.** Проведено аналіз публікацій, у яких вивчалась економічна доцільність застосування фізіотерапевтичних методів лікування у порівнянні вартості та ефективності конкуруючих технологій.

**Результати.** Проаналізовано роль економічного аналізу в оцінюванні фізіотерапевтичних методів для забезпечення максимально високої якості життя хворого при мінімальних витратах на його лікування.

**Висновки.** Проведення фізіоекономічного аналізу забезпечує підвищення ефективності профілактичного та реабілітаційного лікування хворих.

**Ключові слова:** фізіоекономіка, фізіотерапія, фізичні методи, вартість, ефективність, аналіз, апарати.

Фізіоекономіка – це розділ фізіотерапії, який вивчає економічну доцільність застосування фізичних методів лікування, порівнює вартість та ефективність конкуруючих технологій. Закони фізіотерапії важливі не тільки для організаторів охорони здоров'я. Лікарям-фізіотерапевтам слід враховувати, що фізіоекономічні показники відображають сумарну оцінку ефективності роботи фізіотерапевтичних підрозділів лікувально-профілактичних закладів та санаторно-курортних закладів [5].

Термін «фізіоекономіка» відображає закономірності економічної оцінки фізичних методів лікування. Фізіоекономічні дослідження дозволяють визначити вартість різноманітних фізіотерапевтичних процедур з урахуванням впливу реалізованих ними фізичних методів лікування на тривалість та якість життя хворого. Фізіоекономічний аналіз може використовуватися не тільки для оцінки фізичних методів лікування, але й ефективності профілактичних та реабілітаційних заходів. Мета фізіоекономіки полягає у забезпеченні максимально високої якості життя хворого при мінімальних витратах на його лікування фізичними методами.

Аналіз ефективності витрат в охороні здоров'я було започатковано наприкінці 70-х років XX століття, у середині 90-х років термін міцно ввійшов у науку. На сьогодні наявні вагомі аргументи для його активного застосування при прийнятті рішень, особливо у фармакотерапії [4].

Інтерес до економічних досліджень проявлявся в різкому збільшенні кількості переважно фармакоеконімічних публікацій, присвячених даній темі, число яких на сьогодні перевищує 20 тисяч. У реєстрі фармакоеконімічних досліджень кокрівської асоціації наявні понад 8000 досліджень, тоді як фізіоекономічні дослідження поодинокі.

Основні проблеми використання фізіоекономічних досліджень багато у чому схожі з фармакоеконімічними та включають:

- методологічні: складність оцінки клінічних переваг, відсутність відповідних рекомендацій та алгоритмів розрахунку вартості;
- клінічні: інтуїтивна оцінка результатів, впевненість лікарів у тому, що високовартісні заходи, як

правило, ефективні і що для окремого пацієнта важливе навіть невелике клінічне покращення незалежно від його вартості;

- психологічні: скептицизм, пов'язаний з новизною економічного підходу в медицині, відсутність необхідних знань математики та абстрактного мислення, а також кон'юнктурні домисли;

- практичні: складність перерозподілу засобів з одного бюджету на інший та відсутність достатньої кількості досліджень [1, 10, 13].

При оцінці результатів фізіоекономічних розрахунків лікар-фізіотерапевт повинен враховувати, що більшість досліджень, особливо щодо нових фізичних методів лікування і ліків, проводяться коштом фірм-виробників, які нерідко визначають дизайн дослідження, обирають методи порівняння та дані для наступного аналізу. При цьому часто залежність дослідження від виробників не афішується, а приховується, хоча вони разом зацікавлені в одних і тих самих кінцевих результатах. Виходячи з цього, отримувані дані нерідко є не зовсім коректними, тому доречним є зауваження, що фізіоекономіка, як і фармакоеконіміка, – «псевдонаука, чарівність якої заснована на магії грошей» [12].

Існує серйозна різниця у співвідношенні вартості апаратів та видів фізіотерапевтичної та санаторно-курортної допомоги. Варіації витрат зумовлені відмінностями в обладнанні різних лікарень, підходах до фізіотерапії та санаторно-курортного лікування, цінами на процедури та путівки [11].

Для вітчизняних лікарів неприпустиме наслідування західних рекомендацій, особливо в галузі електролікування, де наявні суттєві відмінності у підходах до його використання навіть у країнах Західної Європи (в Німеччині, Італії та Франції вони використовуються широко, а в Англії та США навіть не включені в структуру оплачуваних страховими компаніями програм медичної допомоги).

Джерелами інформації для проведення фізіоекономічного аналізу є результати клінічних досліджень, метааналізи та експертні висновки [2, 6].

У більшості вітчизняних клінічних досліджень економічні дані не наводять, навіть у рамках ретроспективного аналізу.

Ризик використання для оцінки вартості метааналізу полягає у тому, що при його проведенні можуть виникати помилки, пов'язані з неповною публікацією результатів або критеріями їх включення у метааналіз. Обережно слід використовувати і метааналізи, засновані на невеликій кількості досліджень. Не можна комбінувати дослідження, що сильно відрізняються за дизайном або популяцією, яка включена у дослідження.

Експертний висновок доцільний тоді, коли у досліджуваній галузі немає опублікованих даних або коли результати оглядів чи метааналізів верифіковані як неприпустимі, конфліктні чи недостатні для вирішення питання.

У зв'язку з тим, що для проведення фізіоекономічного аналізу необхідна як доведена ефективність, так і достовірні результати щодо вартості лікування, надзвичайно важливий дизайн дослідження і, зокрема, вибір групи порівняння. Для цього часто використовують термін «традиційна терапія», яка не завжди однакова, тому часто в якості «фізіотерапії порівняння» використовують плацебо.

Незважаючи на наявність реальної альтернативи, можливість одночасного вивчення декількох альтернативних варіантів фізичних методів лікування дають модельні дослідження. У ретроспективних клінічних дослідженнях для того, щоб виявити різницю у вартості лікування, слід враховувати і достатній масштаб дослідження.

Цікаво уявляти перспективу дослідження. Зокрема для виявлення переваги для суспільства у цілому (соціальна перспектива), міських лікувально-профілактичних закладів (муніципальна перспектива), окремого підрозділу, який фінансує ті чи інші програми (відомча перспектива), або для окремого пацієнта. При цьому відмічено, що методи лікування, вигідні для страхової компанії або окремого пацієнта, можуть бути невигідними для суспільства або муніципальної охорони здоров'я [1, 5].

**Основні види фізіоекономічного аналізу.** До них відносять «вартість/мінімізація витрат», «вартість/ефективність», «вартість/користь», «вартість/вигода».

Аналіз «вартість/мінімізація витрат» (cost/minimisation) використовують для порівняння двох фізичних методів лікування при однакових клінічних результатах. Вибір роблять на користь методу, при якому вартість лікування нижча.

«Вартість/ефективність» (cost/effectiveness) – метод аналізу, при якому вартість лікування оцінюють у грошовому виразі, а клінічні переваги, як правило, – у вигляді додаткових місяців ремісії. Є найбільш поширеним методом аналізу. Однак його не можна використовувати для порівняння ефективності витрат у пацієнтів із різними захворюваннями. Аналіз «вартість/ефективність» дозволяє прийняти одноразове рішення тільки тоді, коли більш ефективний метод характеризується низькою вартістю витрат. При варіанті,

який більш часто зустрічається, – новий фізичний метод лікування більш ефективний та більш витратний, виправданий аналіз з позиції «готовності платити» (платних послуг).

При проведенні цього аналізу в якості основного критерію показника ефективності витрат необхідно використовувати не коефіцієнт «вартість/ефективність», а коефіцієнт ефективності додаткових витрат.

Аналіз ефективності додаткових витрат дозволяє більш точно визначити, який оптимальний шлях застосування наявних методів, тобто при якому рівні витрат практично не забезпечується подальше підвищення ефективності. Для цього необхідно усі методи лікування ранжувати за зростаючою ефективністю (Е), а далі розрахувати ефективність додаткових витрат шляхом відношення додаткової вартості витрат до додаткового ефекту. При цьому ефективність додаткових витрат розраховують тільки для методів, які взаємно виключаються.

Далі необхідно провести виключення «домінуючих» варіантів, які характеризуються або меншою ефективністю та більшою вартістю порівняно з альтернативним варіантом, або вищим коефіцієнтом додаткових витрат ( $KDB = A C/AE$ ) порівняно з наступною більш ефективною альтернативою.

«Вартість/користь» (cost/utility) – метод, при якому вартість лікування оцінюють у грошовому еквіваленті, а клінічні переваги – у вигляді додаткових років життя з урахуванням якості життя (QALY – quality-adjusted life year – рік життя з урахуванням якості). Цей метод аналізу найчастіше застосовують для оцінки лікування хворих на хронічні захворювання.

«Вартість/вигода» (cost/benefit) – метод, при якому у вартісному вираженні оцінюють лікування та вигоди, які отримуються. Такий аналіз є переважачим тоді, коли методи дослідження єдино результату є непорівнянними. Раніше такий аналіз майже не застосовувався через численні методологічні труднощі, пов'язані, передусім, зі складністю оцінки I QALY та важливістю інтерпретації. Припустимо, метод А при вартості 400 грн дає вигоду 2000 грн, а метод В при вартості 280 грн – вигоду 350 гривень. Таким чином, чиста вигода становить для методу А 100 грн, а для методу В – 150 гривень. Здається, що метод В є переважачим. Однак використання методу А може призвести до значної економії бюджету закладу. Таким чином, важливішим може бути співвідношення вигоди та вартості (2,0 для методу А та 1,5 для методу В).

На сучасному етапі аналізу «вартість/вигода» приділяється дещо більше уваги у зв'язку із впровадженням платних фізіотерапевтичних та санаторно-курортних послуг. У такому випадку для оцінки загальної вигоди нового фізичного методу лікування з позиції приватної особи у системі медичного страхування необхідно роз'яснити клієнтам вірогідність даного захворювання, детально описати різні варіанти його лікування та поставити останнє запитання щодо готовності заплатити суму Х понад страхової суми, яка сьогодні витрачається, для того, щоб отримати нове, більш ефективне, лікування.

Крім того, при оцінці витрат на фізіотерапевтичні процедури необхідно також використовувати адекватні запитальники для оцінки якості життя. Так, наприклад, у дослідженні D.L. Patrick et al. (2000) оцінка процедур гідротерапії у пацієнтів за шкалою Costs/QALY склала \$205,186 при використанні шкали Well-Being (QWB) та \$32,643 – за шкалою Оцінки життєдіяльності поточного здоров'я (Current Health Desirability Rating, CHRD). При такому підході вартість процедур гідротерапії, яка перевищувала встановлене QALY обмеження у \$50,0 для бюджету громадської охорони здоров'я, була суттєво нижчою цієї величини при використанні зваженої вартості процедури для окремого пацієнта.

Для оцінки соціальної перспективи (вигода приватних осіб + альтруїстична вигода) необхідне нове пояснення особливостей захворювання та оцінки його поширеності, з'ясування готовності пацієнтів заплатити суму X в якості додаткового податку, щоб усі хворі на це захворювання (включаючи, за необхідності, і пацієнта) могли отримати нове лікування, яке дозволяє знизити прояви симптомів захворювання з одного місяця до одного тижня.

При проведенні аналізу «вартість/вигода» для платних послуг та прийняття рішення необхідно розрахувати додаткову вартість та додаткову вигоду від заміни старого методу на новий. При цьому додаткова вигода дорівнює сумі вартості послуг у популяції, яка зацікавлена в отриманні нового методу лікування. Якщо додаткова вигода перевищує додаткову вартість, то можна говорити про доцільність заміни старого методу лікування.

При появі нових фізичних методів лікування даний метод дозволяє прогнозувати обсяг продаж апаратів та коригувати ціни на платні процедури. Крім того, він дозволяє не використовувати дорогі фізіотерапевтичні методи при стандартному апаратному забезпеченні, якщо «готовність платити» за них нижча від їх вартості. Використання цього виду аналізу доцільне для порівняння фізичних методів лікування, які не впливають на тривалість життя, але впливають на його якість (методи лікування остеохондрозу, еректильної дисфункції, безпліддя, депресії тощо).

«Вартість/наслідки». Медико-економічні дослідження порівняно мало впливають на прийняття рішень у системі охорони здоров'я, передусім через незручну форму надання інформації, що утруднює її аналіз. Необхідно домагатися використання доказового апарату і зрозумілого медичним керівникам спрощеного виду аналізу, при якому вартість та ефективність розраховують, але не зводять до інтегрального показника типу співвідношення «вартість/ефективність», яке більш доступне особам, що приймають рішення.

При проведенні фізіоекономічних досліджень пріоритетними будуть дослідження, які засновані на клінічних дослідженнях. Однак, наприклад, фармакоекономічні дослідження, засновані на рандомізованих контрольованих дослідженнях, володіють недостатньою валідністю, і для отримання необхідних для прийняття рішення даних потрібне моделювання.

Витрати при проведенні фізіоекономічного аналізу поділяються на *прямі медичні, прямі немедичні, непрямі, невідчутні та додаткові*.

*Прямі медичні витрати* включають вартість апаратів, витратних матеріалів, вартість фізіотерапевтичних процедур, вартість утримання пацієнта у стаціонарі або оплату медичних послуг, які надаються вдома, оплату робочого часу медичного персоналу, зношеність медичного обладнання та будівель. Частина прямих медичних витрат може бути розрахована за допомогою Галузевого класифікатора «Прості медичні послуги». Розрахунки можуть здійснюватися і на базі витрат, які включаються у тарифи недержавних медичних закладів.

*Прямі немедичні витрати* враховують витрати пацієнта (наприклад, оплату сервісних послуг у медичному закладі), а також транспортні витрати і затрати соціальних служб.

*Непрямі витрати* враховують втрату працездатності пацієнта або виробничі втрати членів його сім'ї. Доцільність включення в розрахунки непрямих витрат не така однозначна, як прямої вартості, оскільки методи, за допомогою яких вона може розраховуватися, остаточно не визначені. Так, наприклад, аналіз вартості захворювання (cost-of-illness) в Австралії показав, що непрямі витрати в середньому становлять 25% від загальної величини витрат, а в Канаді – 54% [10, 11].

*Невідчутні витрати* пов'язані з погіршенням якості життя пацієнтів при проходженні лікування.

При проведенні аналізу витрат на фізіотерапевтичне та санаторно-курортне лікування обмежуються обліком прямих медичних витрат, який може здійснюватися на декількох рівнях:

- аналіз першого рівня враховує тільки вартість досліджуваного та альтернативного варіантів; його використовують при рівній клінічній ефективності досліджуваних фізичних методів лікування (cost/minimization);
- аналіз другого рівня враховує не тільки вартість досліджуваного та альтернативного варіантів, але й вартість додаткового лікування, яке застосовується при невдачі та для корекції побічних ефектів;
- аналіз третього рівня передбачає, крім обліку уже наведених вище витрат, облік вартості госпіталізації.

Один з найбільш очевидних шляхів зниження вартості лікування – заміна інноваційних фізіотерапевтичних апаратів традиційними. Заміна процедур на більш високовартісних апаратах на менш вартісні виправдана, оскільки вид енергії та параметри фактора, який використовують, при цьому не змінюється. Однак оцінка можливості заміни апаратів – дуже конфліктна сфера. Часто їх виробники намагаються перешкоджати поширенню небажаних для них результатів досліджень, які свідчать про рівну клінічну ефективність методів, що виконуються на різних апаратах.

Фізичні методи лікування вважаються еквівалентними, якщо вони відповідають наступним критеріям:

- затверджені Міністерством охорони здоров'я України як безпечні та ефективні;



- є еквівалентними та оригінальними як за параметрами, так і за методами проведення процедур;
- мають однакову інструкцію з використання;
- проводяться відповідно до вимог технологічних умов сертифікатів відповідності [8].

Тільки вирішення проблеми якості дозволяє максимально спростити заміну апаратів, які активно використовуються в інших країнах.

Апаратура для фізіотерапії включає як окремі апарати, що комбінують у різноманітні блоки, так і апарати-«комбайни», які дозволяють одночасно поєднувати вплив декількох фізичними факторами.

Перевагою окремих апаратів є висока мобільність, можливість використання їх у різних приміщеннях та одночасного проведення декількох процедур пацієнтам різними апаратами в одному приміщенні. Переваги апаратів-«комбайнів» очевидні при недостатній площі приміщень, наявності пацієнтів із різними захворюваннями.

Апаратні поєднання включають блок апаратів для електростимуляції та інтерференцтерапії, ультразвукової терапії. Вони здатні відновлювати скоротливість м'язів, коригувати вихідний функціональний стан осіб з функціональними розладами, а також підвищувати рівень резервів адаптації та неспецифічної резистентності організму.

Розвиток нових апаратів відбувається за трьома основними напрямками: використання мікропроцесорних інформаційних технологій, нанотехнологій, які маніпулюють з біооб'єктами на атомарному та молекулярному рівнях, а також нових лікувальних фізичних факторів та їх поєднань (параметрична магнітотерапія, складномодульовані електромагнітні поля). Пріоритетними напрямками розвитку медичної апаратури на сьогодні є розробки:

- мікропроцесорних інформаційних технологій;
- нанотехнологій;
- нових лікувальних фізичних факторів та їх поєднань;
- багатофункціональних фізіотерапевтичних апаратів-«комбайнів»;
- апаратів з біологічним зворотним зв'язком.

Оптимальний вибір необхідної апаратури включає послідовну оцінку:

- технічних можливостей апарату за генерацією необхідного фізичного фактора з потрібними характеристиками;
- діапазону варіабельності параметрів генерованого фактору та способів його передачі/доставки до тканин;
- ергономічних та експлуатаційних характеристик та сервісних можливостей;
- комерційних умов придбання та експлуатації.

Оптимальна послідовність вибору апаратури наступна:

1. Визначення вимог за технічними можливостями апарату: використовувані фізичні фактори, їх характеристики та параметри.

2. Вибір апаратури, яка задовольняє дані вимоги. Визначення та порівняння апаратів за найбільш значущими параметрами.

3. Аналіз експлуатаційних та ергономічних характеристик апарату:

- зручність та наочність керування (кнопки, індикатори, дисплей);
- мобільність (можливість переміщення апарату);
- тривалість рекомендованого часу та режимів роботи (загальна кількість годин, допустимі інтервали між процедурами);
- надійність конструктивних елементів та з'єднань, де найбільш часто можливі поломки;
- можливість налаштування та самотестування апарату (автоматичний/напівавтоматичний/ручний);
- наявність реєстраційного посвідчення Міністерства охорони здоров'я України;
- наявність інструкції з експлуатації та методичних рекомендацій з використання апарату;
- можливість автономного живлення;
- пам'ять на індивідуальні програми;
- наявність програм з рекомендованими параметрами впливу при різних захворюваннях.

4. Оцінка можливостей сервісного обслуговування апарату:

- періодичність сервісного обслуговування;
- гарантійний період та умови постгарантійного обслуговування;
- функції безпеки при некоректній роботі з апаратурою;
- вартість гарантійного та постгарантійного обслуговування.

5. Порівняльний аналіз комерційних умов придбання та експлуатації обладнання:

- вартість апаратури;
- вартість витратних матеріалів на одну процедуру чи на період експлуатації;
- умови оплати та поставки;
- вартість доставки та монтажу апарату і навчання на ньому;
- необхідність залучення додаткових медичних сестер для нормальної експлуатації апарату;
- оцінка рентабельності апарату (співвідношення вартості апарату до вартості процедури) [3, 5].

Багатофункціональні фізіотерапевтичні апарати-«комбайни» дозволяють проводити паралельний (поєднаний) чи послідовний (комбінований) вплив декількох фізичними факторами. На сьогодні на ринку фізіотерапевтичної апаратури переважають апарати-«комбайни», які володіють можливістю проведення різних методів низькочастотної електротерапії та ультразвукової терапії, електро- та вакуумтерапії або їх поєднань. Є успішні спроби комбінування на одному апараті методів низькочастотної електро- та магнітотерапії, вакуум- та ультразвукової терапії, електроультразвукової та вакуумтерапії. Перевага апаратів-«комбайнів» полягає у їх відносній компактності та багатофункціональності [4, 7–9].

**Апаратний маркетинг** – алгоритм дій з вибору оптимальної комбінації апаратів для фізіотерапії. Він

необхідний для правильної організації роботи керівників та в сфері охорони здоров'я.

Апаратний маркетинг включає декілька етапів.

Перший етап – визначення типу комплектованого кабінету (відділення) фізіотерапії. З урахуванням фінансових можливостей інвестора, передбачуваної спеціалізації кабінету та його пропускної спроможності, а також особливостей регіонального ринку фізіотерапевтичних послуг виділяють три лінії цільових кабінетів.

*Економічна* лінія включає обладнання робочого місця фізіотерапевта, який спеціалізується переважно на лікуванні пацієнтів з подібними нозологічними формами, і розрахована на невеликі початкові інвестиції.

*Престижна* лінія містить обладнання з розширеними сервісними та функціональними можливостями лікування пацієнтів різного клінічного профілю. Вартість такого обладнання не перевищує 10 тисяч доларів.

*Елітна* лінія розрахована на обладнання елітних (косметичних, психорелаксуючих, СПА) кабінетів, які володіють повним спектром фізіотерапевтичних процедур.

Другий етап апаратного маркетингу передбачає визначення складу обладнання, яке входить у кабінет. У

кабінети економічної лінії входять апарати, які реалізують сучасні та високоефективні фізичні методи лікування. Апаратура кабінетів престижної лінії забезпечує повний спектр найбільш ефективних лікувальних методик. Кабінети елітної лінії укомплектовані унікальною апаратурою з комп'ютерним управлінням, яке гарантує послуги з максимальною ефективністю та за останнім словом техніки та дизайну.

Третій етап маркетингу включає визначення мети та задач роботи фізіотерапевтичних відділень (кабінетів). У його межах визначають комбінації конкретних апаратів, за допомогою яких будуть реалізовані різні фізичні методи.

Четвертий етап апаратного маркетингу включає розрахунок обсягу можливих доходів. Оцінка обсягу можливих доходів ґрунтується на середніх початкових установках, зокрема середній вартості процедури, величина якої може сильно змінюватися в той чи інший бік залежно від виду процедур, регіону, розташування та іміджу кабінету (відділення). Середній розрахований час однієї процедури – 20 хвилин при кількості робочих днів у місяці – 25. Середня вартість процедури при розрахунку на апаратах економічної лінії становить 10 \$, престижної – 15 \$, елітної – 20 \$ [3, 5].

## ЛІТЕРАТУРА

1. Авксентьева М. В. Экономическая оценка эффективности лекарственной терапии (Фармакоэкономический анализ) / М. В. Авксентьева, П. А. Воробьев, В. Б. Герасимов. – Москва : Ньюдиамед, 2010. – 232 с.
2. Гринхальх Т. Основы доказательной медицины / Т. Гринхальх. – Москва : Издательская группа «ГЕОТАР-Медиа», 2008. – 281 с.
3. Заліська О. М. Визначення ефективності медичних технологій (лікарських засобів). Доказова медицина / О. М. Заліська // Фармакоекономіка: навч. посібн. / за ред. Б. Л. Парнавского. – Львів : Афіша, 2007. – С. 53–71.
4. Медична і соціальна реабілітація: підручник / В. Б. Самойленко, Н. П. Яковенко, І. О. Петряшев [та ін.]. – Київ : ВСВ «Медицина», 2013. – 464 с.
5. Пономаренко Г. Н. Основы доказательной терапии / Г. Н. Пономаренко. – Київ : Куприянова О.О., 2005. – 336 с.
6. Фещенко Ю. І. Доказательная медицина, как инструмент принятия решения в клинической практике / Ю. І. Фещенко, Л. А. Яшина, С. Г. Іщук // Український пульмон. журн. – 2010. – № 2. – С. 53–56.
7. Фізіотерапевтичні та фізіопунктурні методи і їх практичне застосування: навчально-методичний посібник / І. З. Самосюк, В. М. Парамончик, В. М. Губенко [та ін.]. – Київ : Куприянова О. О., 2004. – 316 с.
8. Фізіотерапія. Організація роботи фізіотерапевтичних кабінетів і відділень в центрах медичної реабілітації та санаторно – курортних закладах / за ред. В. В. Пожидаєва. – К.: Куприянова О. О., 2006. – 320 с.
9. Яковенко Н. П. Фізіотерапія: підручник / Н. П. Яковенко, В. Б. Самойленко. – Київ : ВСВ «Медицина», 2011. – 256 с.
10. Drummond R. Pharmacoeconomic analyses / R. Drummond, H. S. Luft // JAMA. – 2000. – Vol. 283, № 6. – P. 2158–2160.
11. Estabrooks P. A. Physical activity promotion through primary care / P. A. Estabrooks, R. E. Glasgow, D. A. Drewaltowski // JAMA. – 2003. – Vol. 289. – P. 2913–2916.
12. Evans G. Expert judgement in pharmacoeconomic studies: guidance and future use / G. Evans, B. Crawford // Pharmacoeconomics. – 2000. – Vol. 17, № 6. – P. 545–553.
13. Hill S. R. Problems with the interpretation of pharmacoeconomic analyses / S. R. Hill, A. S. Mitchell, D. A. Henry // JAMA. – 2000. – Vol. 283, № 16. – P. 2116–2121.
14. Weinstein M. C. Foundation of cost – effectiveness analysis for health and medical practices / M. C. Weinstein, W. B. Stason // N. Engl. J. Med. – 1997. – Vol. 25, № 2. – P. 230–240.

*Дата надходження рукопису до редакції: 21.10.2015 р.*

### *Физиоэкономика (лекция)*

*В.С. Сухан*

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

**Цель** – ознакомить и проанализировать физиоэкономические средства обеспечения эффективности профилактических и реабилитационных мероприятий лечения больных.

**Материалы и методы.** Проведен анализ публикаций, в которых изучалась экономическая целесообразность использования физиотерапевтических методов лечения, сопоставляя стоимость и эффективность конкурирующих технологий.

**Результаты.** Проанализирована роль экономического анализа при оценке физиотерапевтических методов лечения в обеспечении максимально высокого качества жизни больного при минимальных затратах на его лечение.

**Выводы.** Использование физиоэкономического анализа позволяет повысить эффективность профилактических и реабилитационных мероприятий лечения больных.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** физиоэкономика, физиотерапия, физические методы, стоимость, эффективность, анализ, аппараты.

### *Physiotherapy economy (lecture)*

*V.S. Sukhan*

Uzhgorod National University, Uzhgorod, Ukraine

**Purpose** – to introduce and analyze physiotherapy economy means of ensuring the effectiveness of preventive and rehabilitation treatment.

**Materials and methods.** An analysis of publications in which to examine the economic feasibility of the use of physiotherapy treatments, comparing the cost and effectiveness of competing technologies.

**Results.** To examine the role of economic analysis in the evaluation of physiotherapy treatments to ensure the highest quality of life of the patient at the lowest cost for his treatment.

**Conclusions.** Using physiotherapy economy analysis allows to increase efficiency of preventive and rehabilitation treatment.

**KEY WORDS:** physiotherapy economy, physiotherapy, physical methods, cost, efficiency, analysis devices.

### **ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА**

**Сухан Вікторія Семенівна** – к.мед.н., доц. кафедри пульмонології, фтизіатрії та фізіотерапії факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки Ужгородського національного університету, вул. Соборнецька, 148, м. Ужгород, 88000, Україна.

## РЕЗУЛЬТАТИ ВИВЧЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ СЕРЕДНЬОЇ ОЧІКУВАНОЇ ТРИВАЛОСТІ ЖИТТЯ ПРИ НАРОДЖЕННІ З ОБСЯГАМИ ФІНАНСУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

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

**Мета** – дослідити наявність зв'язку між величиною показника середньої очікуваної тривалості життя при народженні з обсягами фінансування системи охорони здоров'я та іншими факторними ознаками, які характеризують розвиток економіки на регіональному рівні.

**Матеріали та методи.** Зв'язок середньої очікуваної тривалості життя при народженні з обсягами фінансування оцінено за показником відношення шансів. Для виявлення сили впливу вищевказаних факторних ознак застосовано метод побудови і аналізу логістичної моделі регресії, побудовано ROC-криву для п'яти факторної логістичної моделі прогнозування ризику низького показника середньої очікуваної тривалості життя. Аналіз результатів дослідження проведено в статистичних пакетах аналізу MedStat та MedCalc v.15.8. Для перевірки гіпотези про нормальність розподілу варіаційних рядів використано критерій Шапіро–Уїлка (W), а також методи варіаційної статистики, кореляційного, регресійного аналізу.

**Результати.** За 2008–2013 рр. в Україні зросла середня очікувана тривалість життя. Найвищі рівні абсолютного приросту та зростання цього показника зафіксовано в період 2009–2011 рр. При збільшенні фінансування на душу населення в 1,86 рази за 2008–2013 рр. статистично достовірно встановлено можливість зменшення ризику померти у віці до 70 років ( $OR=1,607$ ; 95%  $CI = 1,598-1,616$ ;  $S=0,003$  при  $p<0,05$ ). За розрахунками, для досягнення рівня середньої очікуваної тривалості життя при народженні 74–75 років в Україні необхідно, щоб загальні витрати на охорону здоров'я в розрахунку на одну особу за паритетом купівельної спроможності досягли рівня 1000–1200 \$ ПКС на рік, або 3710–4452 грн (відповідно  $\approx 470-560$  дол. США за обмінним курсом  $US\$ 1 = UAH$  станом на 01.01.2014 р. при фактичному рівні у 2013 р. 318,9 дол. США). У регіональному аспекті виявлено значущий позитивний кореляційний зв'язок цього показника з витратами на охорону здоров'я на душу населення ( $r=0,635$ ,  $p<0,05$ ), величиною валового регіонального продукту, рівнем середньомісячної заробітної плати одного працівника і наявним доходом у розрахунку на одну особу ( $r=0,413$ ,  $p<0,05$ ).

**Висновки.** Встановлено особливості зв'язку середньої очікуваної тривалості життя при народженні з факторними ознаками в розрізі 8 економічних районів України на основі факторної логістичної моделі прогнозування ризику низького показника середньої очікуваної тривалості життя при народженні.

**Ключові слова:** середня очікувана тривалість життя при народженні, загальні витрати на охорону здоров'я, відношення шансів, ROC-крива.

### ВСТУП

Добре здоров'я є однією з найважливіших складових для людини, воно надає безліч різних можливостей, у т.ч. розширення доступу до освіти й ринку праці, збільшення продуктивності праці і добробуту, зниження витрат на медичне обслуговування, хороші соціальні відносини і, звичайно, більш довге життя. Тривалість життя – показник, який найбільш широко використовується для оцінки здоров'я населення, хоча він враховує тільки тривалість життя, а не його якість. За останні 50 років тривалість життя в країнах ОЕСР (Організація країн економічного співробітництва і розвитку – Organization for Economic Cooperation and Development) істотно зросла. У середньому, тривалість життя по ОЕСР досягла 80 років, тобто зросла більш ніж на 10 років із 1960 р. Жінки живуть майже на 5 років довше за чоловіків: 82 роки порівняно з 77 роками в чоловіків. Першість за тривалістю життя в країнах ОЕСР належить Японії, Ісландії, Іспанії та Швейцарії, де цей показник становить 83 роки. Найменша тривалість життя – в Туреччині, Мексиці та Угорщині.

На підставі результатів недавнього дослідження ОЕСР можна зробити висновок, що на збільшення тривалості життя вплинуло підвищення витрат на охорону здоров'я, а також такі важливі фактори, як підвищення рівня життя, поліпшення екологічної ситуації, зміни в способі життя населення і освіта. Все це в цілому пояснює відмінність показників тривалості життя та їх зміни за часом у різних країнах [1]. Результати аналогічних досліджень також висвітлені в щорічних доповідях ВООЗ [11, 18] та Світового банку [20, 21, 23], публікаціях окремих як зарубіжних [16, 17], так і вітчизняних дослідників [13, 14], однак вони не стосувалися деталізації на регіональному рівні, що й обумовило актуальність даного дослідження.

**Мета роботи** – дослідити наявність зв'язку між величиною показника середньої очікуваної тривалості життя при народженні (СОТЖ) з обсягами фінансування системи охорони здоров'я та іншими факторними ознаками, які характеризують розвиток економіки на регіональному рівні.

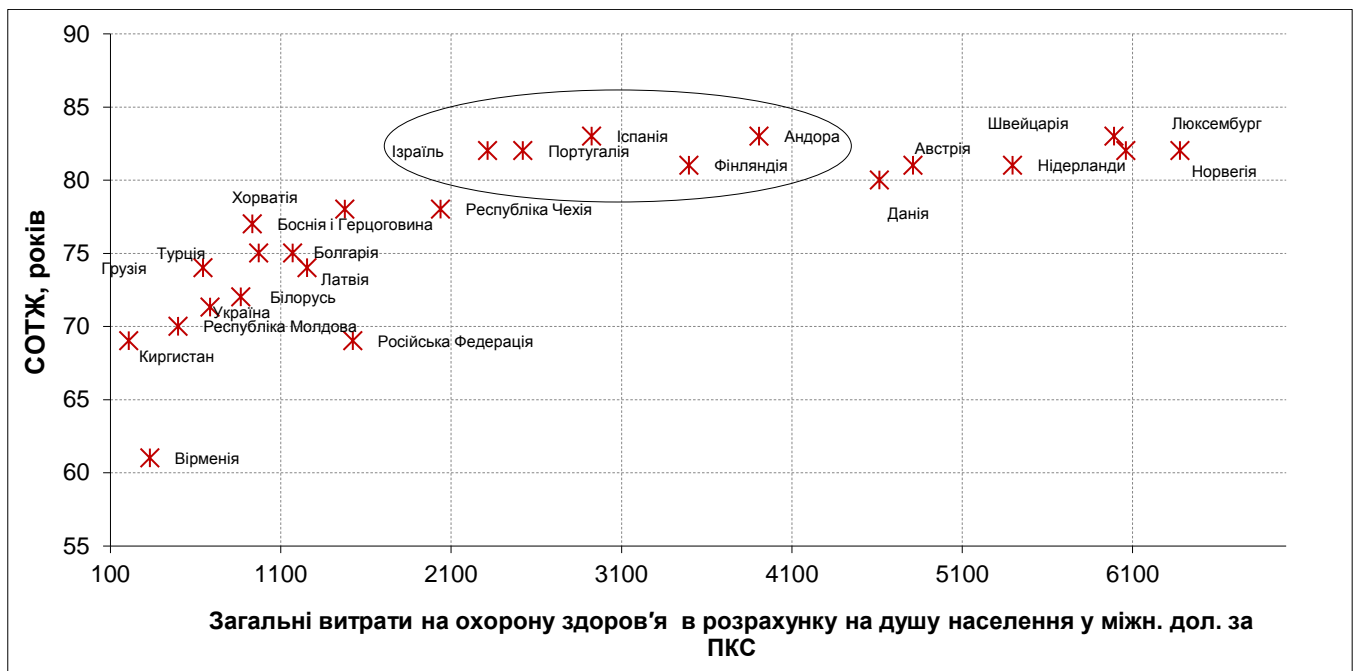
## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Зв'язок СОТЖ з обсягами фінансування оцінено за показником відношення шансів (ВШ). Аналіз зв'язку таких факторних ознак, як валовий регіональний продукт (ВРП) у розрахунку на одну особу, рівень середньомісячної заробітної плати одного працівника, наявний дохід у розрахунку на одну особу, витрати на охорону здоров'я на душу населення із показником СОТЖ проведено на основі використання кореляційного аналізу (рангова кореляція Спірмена) в розрізі 27 адміністративно-територіальних одиниць і по Україні в цілому. Для виявлення сили впливу вищевказаних факторних ознак застосовано метод побудови й аналізу логістичної моделі регресії, побудовано ROC-криву для п'ятифакторної логістичної моделі прогнозування ризику низького показника СОТЖ. Використано дані офіційної статистики Державної служби статистики щодо СОТЖ за регіонами України, Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2008–2013 рр. [4–9]. Аналіз результатів дослідження проведено в статистичних пакетах аналізу MedStat (Ю.Є. Лях,

В.Г. Гур'янов, 2004–2013) та MedCalc v.15.8 (MedCalc SoftWare bvba, 1993–2015) [10, 12]. Для перевірки гіпотези про нормальність розподілу варіаційних рядів використано критерій Шапіро–Уїлка (W), а також методи варіаційної статистики, кореляційного, регресійного аналізу.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ  
ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Доведено, що існує залежність СОТЖ від рівня загального фінансування охорони здоров'я, яка, як правило, помірно зростає в зоні від 0 до 1500 \$ ПКС. За проведеними нами розрахунками, для досягнення рівня СОТЖ 74–75 років в Україні (як, наприклад, у Болгарії, Угорщині, Латвії) необхідно, щоб загальні витрати на охорону здоров'я в розрахунку на одну особу за паритетом купівельної спроможності (ПКС) досягли рівня 1000–1200 \$ПКС на рік, або 3710–4452 грн (відповідно  $\approx$  470–560 дол. США за обмінним курсом US\$ 1 = UAH станом на 01.01.2014 р.), (рис. 1).



**Рис. 1.** Залежність середньої очікуваної тривалості життя від подушного загального фінансування на охорону здоров'я (країни-члени ЄР ВООЗ, 2012; Україна, 2013)

За 2008–2013 рр. в Україні СОТЖ зроста. Найвищі рівні абсолютного приросту та показника зростання СОТЖ зафіксовано в 2009–2011 рр. За аналізований період середній показник становив 70,35 року; зростання даного показника дорівнювало 1,01 року, тобто щорічно СОТЖ у середньому збільшувалася на 0,61 року, або на 1,0%.

У 2013 р. порівняно з 2012 р. СОТЖ зроста на 0,17 року, або на 0,24%; максимальний приріст спостерігався у 2010 р. (+1,1 року), мінімальний – у 2013 р. (+0,17 року). Темп нарощення свідчив про тенденцію спадання динамічного ряду, що вказало на сповільнення темпу СОТЖ.

Також спостерігалася зростання СОТЖ для чоловіків з 62,51 року у 2008 р. до 66,34 року у 2013 р., жінок – відповідно 74,28 і 76,22 року (різниця між СОТЖ чоловіків і жінок зменшилася з 11,22 до 9,88 року) [2]. Найвищі рівні збільшення величини цього показника порівняно з 2008 р. зафіксовано в АР Крим (3,49 року), Дніпропетровській (3,5 року), Донецькій (3,76 року), Запорізькій (3,23 року), Київській (3,38 року), Луганській (3,27 року) та Одеській (3,37 року) областях.

У цілому по Україні СОТЖ зроста з 68,3 у 2008 р. до 71,37 року у 2013 р., тобто на 3,07 року (або на 4,49%) при одночасному збільшенні загальних витрат на охорону

здоров'я на душу населення за цей період на 123,8 US\$ за ПКС.

Оцінка ступеня впливу збільшення обсягів загальних видатків на охорону здоров'я в розрахунку на душу населення на СОТЖ проведена за показником ВШ. Розрахунки показали, що ВШ становили 1,6 ( $OR=1,607$ ;  $95\% CI=1,598\div1,616$ ;  $S=0,003$  при  $p<0,05$ ), тобто при збільшенні фінансування на душу населення в 1,86 разу за 2008–2013 рр. статистично достовірно встановлена можливість зменшення ризику померти у віці до 70 років.

Для проведення аналізу зв'язку факторних ознак із СОТЖ (Y) проаналізовано макроекономічні показники, дані демографічної статистики, показники доходів населення за 2008–2013 рр. у розрізі адміністративно-територіальних одиниць (АР Крим, 24 областей, міст Києва та Севастополя) і по Україні в цілому.

Для виявлення статистичного зв'язку використано кореляційний аналіз (розраховано показник рангової кореляції Спірмена). У якості факторних ознак обрано такі показники: ВРП у розрахунку на одну особу ( $X_1$ ), рівень

середньомісячної заробітної плати одного працівника ( $X_2$ ), наявний дохід у розрахунку на одну особу ( $X_3$ ), витрати на охорону здоров'я на душу населення ( $X_4$ ). Ці показники включено до соціальних індикаторів рівня життя населення як такі, що характеризують рівень життя населення країни та його окремих верств, а також забезпечують відповідну репрезентативну оцінку їх динаміки [15]. З метою нівелювання впливу інфляційної складової вище вказані показники проіндексовано на індекс споживчих цін (ІСЦ).

Крім того, при проведенні аналізу в якості факторних ознак обрано окремі показники ресурсного забезпечення системи охорони здоров'я: забезпеченість населення лікарями усіх спеціальностей на 10 тис. населення ( $X_5$ ), забезпеченість населення середнім медичним персоналом на 100 тис. населення ( $X_6$ ). Результати кореляційного аналізу наведено в таблиці 1, подані значення показника кореляції статистично значущо ( $p<0,05$ ) відмінні від 0.

Таблиця 1  
**Зв'язок середньої очікуваної тривалості життя із соціальними індикаторами рівня життя (матриця значень показника рангової кореляції Спірмена)**

Змінна	$X_1$	$X_2$	$X_3$	$X_4$	$X_5$	$X_6$	Y
$X_1$	-	0,734	0,699	0,363	-	-0,375	-
$X_2$	0,734	-	0,931	0,773	-	-0,359	0,295
$X_3$	0,699	0,931	-	0,795	-	-0,253	0,413
$X_4$	0,363	0,773	0,795	-	-	-	0,635
$X_5$	-	-	-	-	-	0,189	-0,214
$X_6$	-0,375	-0,359	-0,253	-	0,189	-	-
Y	-	0,295	0,413	0,635	-0,214	-	-

Виявлено значущий позитивний кореляційний зв'язок СОТЖ (Y) із показником витрати на охорону здоров'я на душу населення ( $X_4$ ) ( $r=0,635$ ,  $p<0,05$ ); величиною наявного доходу в розрахунку на одну особу ( $X_3$ ) ( $r=0,413$ ,  $p<0,05$ ). Також встановлено сильний позитивний кореляційний зв'язок між показниками ВРП ( $X_1$ ) та рівнем середньомісячної заробітної плати одного працівника ( $X_2$ ) і наявним доходом у розрахунку на одну особу ( $X_3$ ) – відповідно  $r=0,734$ ;  $r=0,699$ ,  $p<0,05$ . Відносно величини забезпеченості населення лікарями усіх спеціальностей і рівня середньомісячної заробітної плати одного працівника виявлено відповідно слабкий негативний кореляційний зв'язок ( $r=-0,214$ ,  $p<0,05$ ) та слабкий позитивний кореляційний зв'язок ( $r=0,295$ ,  $p<0,05$ ).

Виявлення позитивних кореляційних зв'язків між  $X_4$  (витрати на охорону здоров'я на душу населення) та  $X_2$  (рівень середньомісячної заробітної плати одного працівника),  $X_3$  (наявний дохід у розрахунку на одну особу) (відповідно  $r=0,773$ ;  $r=0,695$ ,  $p<0,05$ ) вказало на наявність зв'язку між витратами на охорону здоров'я і кінцевим споживанням товарів і послуг населенням, у т.ч. охорони здоров'я.

За результатами дослідження встановлено зв'язок СОТЖ із досліджуваними факторними ознаками. Водночас, усі ці показники пов'язані між собою і одночасно впливають на величину СОТЖ (Y). Тому для виявлення сили впливу кожної з факторних ознак застосовано метод побудови і

аналізу логістичної моделі регресії. Для побудови такої моделі розраховано медіанне значення показника СОТЖ для всіх регіонів України за 2008–2013 рр. ( $Me=70,4$  року). При проведенні аналізу вважали результуючу ознаку  $Y=1$  (негативний прогноз), якщо значення показника СОТЖ було меншим за медіанне, у протилежному випадку –  $Y=0$  (позитивний прогноз).

Для встановлення особливостей впливу досліджуваних факторних ознак на СОТЖ на рівні окремих регіонів використано схему економічного районування, розроблену Радою з вивчення продуктивних сил України НАН України і засновану на принципах наявності виробничо-технологічної єдності елементів економічного процесу; територіальної спеціалізації виробництва та комплексно-пропорційного розвитку людської діяльності; взаємообумовленості розвитку основних (профільюючих), допоміжних і супутніх ланок виробничого комплексу та їх територіальної локалізації; враховано регіональну специфіку соціального, історико-етнічного, демографічного розвитку; природно-кліматичних особливостей (специфічні для кожної території природні умови та ресурси, виробничі фонди, транспортна мережа, трудові навички робочої сили та її кваліфікація, національні особливості населення); територіальний поділ праці та економічну вигоду від нього, розвиток внутрішніх і зовнішніх економічних зв'язків; відповідність економічного районування та адміністративно-територіального устрою (межі економічних

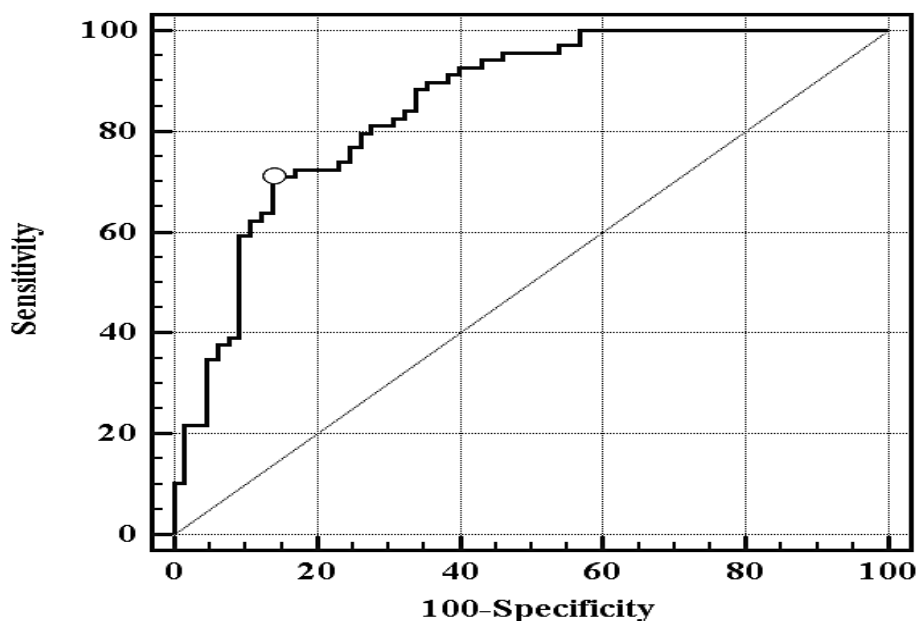
районів не перекривають межі існуючих областей). Таким чином, нами в дослідженні розглянуто особливості зв'язку СОТЖ із факторними ознаками в розрізі 8 економічних районів України, зокрема, Східного економічного району (Полтавська, Сумська, Харківська області) ( $r_1$ ), Донецького (Донецька, Луганська області) ( $r_2$ ), Придніпровського (Дніпропетровська, Запорізька, Кіровоградська області) ( $r_3$ ), Причорноморського (АР Крим, Одеська, Миколаївська, Херсонська області, м. Севастополь) ( $r_4$ ), Подільського (Вінницька, Тернопільська, Хмельницька області) ( $r_5$ ), Центрального (Київська, Черкаська області, м. Київ) ( $r_6$ ), Карпатського (Закарпатська, Івано-Франківська, Львівська, Чернівецька області) ( $r_7$ ), Поліського (Волинська, Житомирська, Рівненська, Чернігівська області) ( $r_8$ ) [1, 19].

У якості факторних проаналізовано 5 ознак: регіон ( $X_0$ ), ВРП у розрахунку на одну особу ( $X_1$ ), рівень середньомісячної заробітної плати одного працівника ( $X_2$ ),

наявний дохід у розрахунку на одну особу ( $X_3$ ), витрати на охорону здоров'я на душу населення ( $X_4$ ) – останні чотири показники індексовані на ІСЦ. Побудована на 5-факторних ознаках модель була адекватною ( $\chi^2=59,3$ ,  $p<0,001$ ). Для оцінки її якості використано метод побудови ROC-кривих (англ. *Receiver Operating Characteristic curve*), (рис. 2).

Площа під кривою AUC=0,85 (95% ВІ 0,78–0,91), тобто отримане значення статистично значуще відрізнялося від 0,5 ( $p<0,001$ ), що вказувало на адекватність побудованої моделі. Чутливість моделі після вибору оптимального порогу становила 71,1% (95% ДІ 58,8%–81,3%), специфічність – 86,2% (95% ДІ 75,3%–93,5%) (знаком позначені оптимальні значення чутливості та специфічності моделі).

Аналіз коефіцієнтів логістичної моделі прогнозування ризику низького показника СОТЖ наведено в таблиці 2.



**Рис. 2.** ROC-крива для п'ятифакторної логістичної моделі прогнозування ризику низького показника середньої очікуваної тривалості життя

Таблиця 2

**Коефіцієнти п'ятифакторної логістичної моделі прогнозування ризику низького показника середньої очікуваної тривалості життя**

Факторна ознака	Значення коефіцієнтів моделі прогнозування, $b \pm m$	Рівень значущості відмінності від 0	ВШ (95% ДІ ВШ)
$X_0 \ r_1 \text{VS} \ r_7$	-1,75 $\pm$ 0,97	0,069	–
$X_0 \ r_2 \text{VS} \ r_7$	-3,0 $\pm$ 1,1	<b>0,005</b>	0,05 (0,01–0,40)
$X_0 \ r_3 \text{VS} \ r_7$	-1,23 $\pm$ 0,99	0,217	–
$X_0 \ r_4 \text{VS} \ r_7$	-2,55 $\pm$ 0,85	<b>0,003</b>	0,08 (0,01–0,41)
$X_0 \ r_5 \text{VS} \ r_7$	-0,84 $\pm$ 0,95	0,375	–
$X_0 \ r_6 \text{VS} \ r_7$	-2,6 $\pm$ 1,1	<b>0,019</b>	0,07 (0,01–0,65)
$X_0 \ r_8 \text{VS} \ r_7$	-1,06 $\pm$ 0,85	0,215	–
$X_1$	0,021 $\pm$ 0,01	<b>0,040</b>	1,02 (1,00–1,04)
$X_2$	0,97 $\pm$ 0,34	<b>0,004</b>	2,6 (1,4–5,1)
$X_3$	-0,10 $\pm$ 0,03	<b>&lt;0,001</b>	0,90 (0,85–0,96)
$X_4$	-1,34 $\pm$ 0,59	0,024	0,26 (0,08–0,84)

Проведений аналіз свідчить, що в Донецькому економічному регіоні ( $r_2$ ) ризик низького показника СОТЖ статистично значуще ( $p=0,005$ ) був нижчим,  $ВШ=0,05$  (95% ДІ 0,01–0,40) порівняно з Карпатським економічним регіоном ( $r_7$ ). Така сама тенденція характерна і для Причорноморського ( $r_4$ ) (статистично значуще ( $p=0,003$ )  $ВШ=0,08$  (95% ДІ 0,01–0,41) та Центрального економічних районів ( $r_6$ ) (відповідно ( $p=0,019$ ),  $ВШ=0,07$  (95% ДІ 0,01–0,65).

Встановлено статистично значуще збільшення показника СОТЖ при зростанні на ВРП у розрахунку на одну особу та розміру середньомісячної заробітної плати (відповідно  $ВШ=1,02$  (95% ДІ 1,00–1,04,  $p=0,040$ ;  $ВШ=2,6$  (95% ДІ 1,4–5,1,  $p=0,004$ ). Виявлено статистично значуще зниження показника СОТЖ при збільшенні показника наявного доходу в розрахунку на одну особу ( $ВШ=0,90$  (95% ДІ 0,85–0,96) ( $p<0,001$ ). Виявлено також статистично значуще ( $p=0,024$ ) зниження показника СОТЖ при збільшенні показника обсягів видатків охорони здоров'я на одну особу,  $ВШ=0,26$  (95% ДІ 0,08–0,84). Отримані дані кореспондують із результатами досліджень Інституту демографії та соціальних досліджень НАНУ [3].

## ВИСНОВКИ

Результати дослідження зв'язку СОТЖ на популяційному рівні від рівня загального фінансування охорони здоров'я показали, що зростання загальних витрат на охорону здоров'я впливає на можливість зменшення ризику померти у віці до 70 років ( $ВШ=1,607$ ; 95% ДІ =1,598–1,616;  $S=0,003$  при  $p<0,05$ ).

У регіональному аспекті аналіз впливу макроекономічних показників – факторних ознак на СОТЖ вказав на наявність кореляційного зв'язку між цим показником і витратами на охорону здоров'я на душу населення ( $r=0,635$ ,  $p<0,05$ ); наявним доходом у розрахунку на одну особу ( $r=0,413$ ,  $p<0,05$ ). Встановлено особливості зв'язку СОТЖ із факторними ознаками в розрізі 8 економічних районів України на основі факторної логістичної моделі прогнозування ризику низького показника СОТЖ (адекватність моделі  $\chi^2=59,3$  при  $p<0,001$ ; чутливість – 71,1% (95% ДІ 58,8%–81,3%), специфічність – 86,2% (95% ДІ 75,3–93,5%)).

*Перспективи досліджень* скеровані на подальше вивчення впливу соціально-економічних чинників на здоров'я населення, підвищення якості та ефективності системи охорони здоров'я.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Гурєєв В. М. Удосконалювати правові засади управління регіональною економікою / В. М. Гурєєв // Регіональна економіка. – 1996. – № 1–2. – С. 30.
2. Державна служба статистики України. Населення (1990–2014 рр.) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ukrstat.gov.ua/>. – Назва з екрана.
3. Дослідження Інституту демографії та соціальних досліджень НАНУ [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.idss.org.ua/>. – Назва з екрана.
4. Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2008 році: статистичний бюлетень / Державна служба статистики України. – Київ, 2010. – С. 10.
5. Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2009 році: статистичний бюлетень / Державна служба статистики України. – Київ, 2011. – С. 10.
6. Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2010 році: статистичний бюлетень / Державна служба статистики України. – Київ, 2012. – С. 10–11.
7. Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2011 році: статистичний бюлетень / Державна служба статистики України. – Київ, 2013. – С. 10–11.
8. Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2012 році: статистичний бюлетень / Державна служба статистики України. – Київ, 2014. – С. 11–12.
9. Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2013 році: статистичний бюлетень / Державна служба статистики України. – Київ, 2015. – С. 11–12.
10. Основы компьютерной биостатистики: анализ информации в биологии, медицине и фармации статистическим пакетом Medstat / Ю. Е. Лях, В. Г. Гурьянов, В. Н. Хоменко, О. А. Панченко. – Днепропетровск : Папакица Е.К., 2006. – 214 с.
11. Первичная медико-санитарная помощь: сегодня актуальнее, чем когда-либо : доклад о состоянии здравоохранения в мире. 2008 г. / Всемирная организация здравоохранения. – Женева, 2008. – 125 р.
12. Петри А. Наглядная статистика в медицине / А. Петри, К. Сэбин / пер. с англ. В. П. Леонова. – Москва : ГЭОТАР-медиа, 2003. – 144 с.
13. Продолжительность жизни в странах Европы: связь с показателями системы здравоохранения (медико-демографическое исследование) / В. П. Войтенко, А. В. Писарук, Н. М. Кошель, Л. В. Мехова // Проблемы старения и долголетия. – 2015. – № 1. – С. 88–100.



14. Реформирование медицины. Украина в мировом и европейском контексте / В. В. Безруков, В. П. Войтенко, Н. Г. Ахаладзе [и др.]. – Москва : ООО «Феникс», 2015. – 141 с.
15. Соціальні індикатори рівня життя населення : статистичний збірник / Державна служба статистики України. – Київ, 2014. – 36 с.
16. Улумбекова Г. Э. Демография и показатели здоровья населения России / Г. Э. Улумбекова // Российский психиатрический журнал. – 2010. – № 2. – С. 28–35.
17. Улумбекова Г. Э. Здравоохранение России. Что надо делать: научное обоснование / Г. Э. Улумбекова // Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года : монография. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 592 с.
18. Финансирование систем здравоохранения: путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью : доклад о состоянии здравоохранения в мире. 2010 г. / ВОЗ. – Женева, 2010. – 106 с.
19. Чернюк О. В. Державна та регіональна економічна політика в умовах сталого розвитку / О. В. Чернюк // Продуктивні сили і регіональна економіка: зб. наук. пр. : у 2 ч. – Київ : РВПС України НАН України. – 2003. – Ч. I. – С. 179–183.
20. Annual Report 2014. – Washington D.C. : International Bank for Reconstruction International Bank for Reconstruction and Development; The World Bank, 2014. – 62 p.
21. 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.
22. OECD. Better Life Index [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.oecdbetterlifeindex.org/ru/topics/health-ru>. – Title from screen.
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.

*Дата надходження рукопису до редакції: 23.10.2015 р.*

**Результаты изучения связи между величиной показателя средней ожидаемой продолжительности жизни при рождении с объемами финансирования системы здравоохранения**

*М.В. Шевченко*

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

**Цель** – определить наличие связи между величиной показателя средней ожидаемой продолжительности жизни при рождении с объемами финансирования системы здравоохранения и другими факторными признаками, которые характеризуют развитие экономики на региональном уровне.

**Материалы и методы.** Связь средней ожидаемой продолжительности жизни с объемами финансирования оценена по показателю отношения шансов. Для выявления силы влияния вышеуказанных факторных признаков применен метод построения и анализа логистической модели регрессии, построена ROC-кривая для пятифакторной логистической модели прогнозирования риска низкого показателя средней ожидаемой продолжительности жизни. Анализ результатов исследования проведен в статистических пакетах анализа MedStat и MedCalc v.15.8. Для проверки гипотезы о нормальности распределения вариационных рядов использован критерий Шапиро–Уилка (W), а также методы вариационной статистики, корреляционного, регрессионного анализа.

**Результаты.** За 2008–2013 гг. в Украине увеличился показатель средней ожидаемой продолжительности жизни. Самые высокие уровни абсолютного прироста и увеличения данного показателя зафиксированы в 2009–2011 гг. При повышении финансирования на душу населения в 1,86 раза за 2008–2013 гг. статистически достоверно установлена возможность уменьшения риска умереть в возрасте до 70 лет (OR=1,607; 95% CI=1,598–1,616; S=0,003 при  $p<0,05$ ). По расчетам, для достижения уровня средней ожидаемой продолжительности жизни 74–75 лет в Украине необходимо, чтобы общие расходы на здравоохранение в расчете на одного человека по паритету покупательной способности достигли уровня 1000–1200 \$ ППС в год, или 3710–4452 грн (соответственно ≈470–560 долл. США по курсу US \$ 1 = UAH по состоянию на 01.01.2014 г. при фактическом уровне в 2013 г. 318,9 долл. США). В региональном аспекте обнаружена значимая положительная корреляционная связь средней ожидаемой продолжительностью жизни с расходами на здравоохранение на душу населения ( $r=0,635$ ,  $p<0,05$ ), величиной валового регионального продукта, уровнем среднемесячной заработной платы одного работника и существующим доходом в расчете на душу населения ( $r=0,413$ ,  $p<0,05$ ).

**Выводы.** Установлены особенности связи средней ожидаемой продолжительности жизни с факторными признаками в разрезе 8 экономических районов Украины на основе факторной логистической модели прогнозирования риска низкого показателя средней ожидаемой продолжительности жизни.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении, общие расходы на здравоохранение, отношение шансов, ROC-кривая.

**Results of analysis of the relationship between average life expectancy at birth and volume of financing of health care system**

*M.V. Shevchenko*

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

**The purpose** of this article showed the results of analysis of the relationship between average life expectancy at birth and volume of financing of health care system and other factor variable characterizing the economy at regional level.

**Materials and methods.** Reviewed the relationship between average life expectancy at birth and volume of financing of health care system on the odds ratio. To identify potency factor above signs applied method of constructing and analyzing logistic regression model, built ROC-curve for the five factor logistic model predicting low risk index LAB. Analysis of the results of research conducted statistical analysis packages and MedStat MedCalc v.15.8. Also used methods of variation statistics, correlation, regression analysis.

**Results.** During the period from 2008–2013 Ukraine saw an increase in average life expectancy at birth. The highest absolute growth and growth rate LAB recorded in the period 2009–2011 by increasing the funding per capita 1.86 times for the period 2008–2013. The possibility of significantly reducing the risk of dying at the age of 70 years ( $OR=1,607$ ,  $95\% CI=1,598\div 1,616$ ;  $S = 0,003$ .  $p < 0.05$ )

According to calculations conducted by us revealed that to achieve the level LAB 74–75 years in Ukraine such as Bulgaria, Hungary, Latvia needed to the overall cost of health care per capita at purchasing power parity reached the 1000–1,200 PPP \$ per year or 3710–4452 USD (according  $\approx 470$ –560 dollars US at the exchange rate US \$ 1 = UAH as of 01.01.14 in the actual level in 2013 of \$ 318.9. USA). In regional terms, found a significant positive correlation with indicators LAB health expenditure per capita ( $r=0,635$ ,  $p<0,05$ ) value of gross regional product, the level of average wages per employee and a income per capita ( $r=0,413$ ,  $p<0,05$ ).

**Conclusions.** The peculiarities of communication LAB factor variable in terms of eight economic regions of Ukraine on the basis of factor logistic model predicting low risk index LAB.

**KEY WORDS:** life expectancy at birth, total health care costs, odds ratio, ROC-curve.

**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.

## УДОСКОНАЛЕННЯ НОРМАТИВНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКІСНИМИ ПОСЛУГАМИ ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ЖІНОК

<sup>1</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

<sup>2</sup>Міністерство охорони здоров'я України, м. Київ, Україна

**Мета** – визначити механізм ефективності моделі планування сім'ї ВІЛ-інфікованих жінок через удосконалення вітчизняного законодавства для профілактики поширення ВІЛ-інфекції вертикальним і горизонтальним шляхом, а також профілактики соціального сирітства в Україні.

**Методи:** структурно-логічного аналізу, бібліосемантичний, системного підходу, порівняльного аналізу та концептуального моделювання.

**Результати та висновки.** Впровадження моделі планування сім'ї через удосконалення вітчизняного законодавства має не лише медичне, але й соціально-економічне значення в напрямку припинення епідемії ВІЛ-інфекції та зменшення фінансових витрат на медично-соціальну допомогу ВІЛ-інфікованих пацієнтів.

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

### ВСТУП

Профілактика небажаної або непланованої вагітності у ВІЛ-інфікованих жінок, за визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), є одним із чотирьох компонентів ефективної профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини (ППМД) одночасно з первинною профілактикою ВІЛ у жінок, медикаментозною антиретровірусною (АРВ) профілактикою вертикальної трансмісії ВІЛ (від матері до дитини) та медико-соціального супроводу дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями. Програма дій Міжнародної конференції з народонаселення і розвитку (1994), яка передбачає, що першою і найголовнішою відповідальністю є забезпечення того, що кожна дитина має бути бажаною, другою – є визнання того, що діти являються найважливішим ресурсом майбутнього, і що більш значні інвестиції в них із боку батьків і товариств є необхідними для його досягнення [1, 2, 12].

**Мета роботи** – визначити механізм ефективності моделі планування сім'ї ВІЛ-інфікованих жінок через удосконалення вітчизняного законодавства для профілактики поширення ВІЛ-інфекції вертикальним і горизонтальним шляхом, а також профілактики соціального сирітства в Україні.

**Методи:** структурно-логічного аналізу, бібліосемантичний, системного підходу, порівняльного аналізу та концептуального моделювання.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Одним із першочергових завдань щодо успіху та ефективності впровадження моделі планування сім'ї ВІЛ-інфікованих жінок (рис.) є її нормативно-правове забезпечення.

Реалізація репродуктивного права в Україні унормована Конституцією України, Сімейним кодексом України, Цивільним кодексом України, Основами

законодавства України про охорону здоров'я, Кримінальним кодексом України та іншими законодавчими актами.

Однак для забезпечення репродуктивного права ВІЛ-інфікованих жінок народити здорову дитину через надання їм ефективних послуг планування сім'ї (ПС) ВІЛ-інфікованих жінок необхідно внести зміни до «Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки», затвердженої Законом України від 20.10.2014 р. № 1708-VII, передбачивши фінансування заходів із ПС, зокрема просвітницькі, та забезпечення безоплатними контрацептивами ВІЛ-інфікованих жінок. Механізм і порядок впровадження означених заходів має бути розроблений у галузевих нормативних документах [5].

Для впровадження запропонованої моделі слід внести зміни до Закону України «Про внесення змін до Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» (2010) щодо забезпечення медичною допомогою ВІЛ-інфікованих жінок інноваційними допоміжними репродуктивними технологіями (ДРТ) не лише шляхом профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ (від матері до дитини), але й горизонтального шляху передачі ВІЛ (від ВІЛ-інфікованого партнера (-ки) ВІЛ-негативній (-ому) у дискордантній подружній парі) [3].

Термін дії Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року», затвердженої постановою Кабінету Міністрів України від 27.12.2006 р. № 1849, закінчився у 2015 р., яка регулювала заходи з питань планування сім'ї та забезпечення безоплатними контрацептивами жінок із груп ризику. А це потребує розробки нового програмного документу з питань репродуктивного здоров'я з фінансовим забезпеченням заходів ПС, з урахуванням програмно-цільового методу державного управління в Україні. Адже вартість забезпечення безоплатними контрацептивами ВІЛ-інфікованих жінок в 1,9 разу менша за витрати на забезпечення медично-соціального супроводу ВІЛ-

інфікованих дітей, матері яких у 56,0% були неприхильними до АРВ-профілактики у зв'язку з небажаністю вагітності. Економічна ефективність забезпечення ВІЛ-інфікованих жінок безоплатними

контрацептивами порівняно з витратами на утримання ВІЛ-інфікованих дітей становить понад 211 млн грн щорічно [4].



Рис. Модель планування сім'ї ВІЛ-інфікованих жінок

У зв'язку із втратою чинності наказу МОЗ України від 31.12.2003 р. № 620 «Про організацію стаціонарної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні» необхідно розробити нормативний документ із питань організації стаціонарної акушерсько-гінекологічної допомоги, в якому слід передбачити рекомендації ВООЗ щодо індивідуального призначення породіллям контрацептивів за 5-компонентним підходом: контрацептив підбирається відповідно до поінформованого вибору пацієнтки; репродуктивних планів; віку пацієнтки та її статевого партнера; стану здоров'я пацієнтки та її статевого партнера, а також матеріальних її спроможностей. Зазначений захід є суттєвим фактором забезпечення поінформованості жінок репродуктивного віку про методи планування сім'ї, кількість яких становить в Україні близько 12 млн, враховуючи щорічну кількість пологів близько 500 тис.

Необхідно внести зміни до Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Планування сім'ї» (наказ МОЗ України від 21.01.2014 р. № 59 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги з питань планування сім'ї») та Клінічного протоколу «Комплексна медична допомога під час небажаної вагітності» (наказ МОЗ України від 31.12.2010 р.

№ 1177) з урахуванням особливостей консультування та вибору контрацептивних засобів для ВІЛ-позитивних жінок, взаємодії контрацептивних засобів з АРВ-препаратами, застосування контрацепції в дискордантних пар, а також визначення протипоказань для ВІЛ-інфікованих породіль метод лактаційної аменореї [6, 10].

Галузеві документи потребують внесення змін щодо рекомендацій з вибору методів контрацепції для ВІЛ-позитивних осіб на загальних підходах до підбору контрацептивів. Окрім медичних критеріїв підбору методів контрацепції, слід враховувати соціальні, культурні та поведінкові умови клієнта. Рекомендації щодо застосування контрацептивів мають носити індивідуальний характер для кожної жінки і пари, залежно від стадії захворювання і лікування, а також стилю життя і персональних бажань. Кожній жінці має надаватися інформація про ризики та переваги, пов'язані з кожним методом контрацепції. Саме за клієнтом залишається остаточний вибір методу контрацепції.

Для поінформованого вибору контрацептиву жінці необхідна інформація про: ефективність методу; правильне застосування даного методу; ризик і переваги методу; типові побічні ефекти; ознаки і симптоми, що потребують звернення до медичного спеціаліста; вартість і зручність у застосуванні методу; вплив методу на передачу інфекцій, що передаються

статевим шляхом (ІПСШ) і ВІЛ.

Консультації мають допомогти людям, що живуть із ВІЛ, у їх рішенні щодо планування сім'ї. Тому в ході консультації має надаватися така інформація: ефективність контрацептиву щодо запобігання вагітності та ІПСШ; вплив прогресування ВІЛ-інфекції на здоров'я; ефективність і наявність АРВ-препаратів.

Служби, що надають АРВ-терапію, мають інформувати ВІЛ-інфікованих жінок про: взаємодію між АРВ-препаратами та контрацептивами; ризик передачі ВІЛ-інфекції у дискордантних парах у разі їх бажання мати дітей; вплив ВІЛ-інфекції на вагітність, можливий негативний вплив на результат вагітності; ризик передачі інфекції від матері до дитини, а також ризики та переваги АРВ-профілактики.

Більшість контрацептивів безпечна та ефективна і може використовуватися ВІЛ-позитивними жінками. Однак особлива увага в ході консультації з питань ПС має надаватися питанням ІПСШ/ВІЛ, оскільки профілактика їх передачі є важливою так само, як і профілактика небажаної вагітності.

Необхідно внести зміни до спільного наказу МОЗ та НАМН України 29.11.2013 р. № 1030/102 «Про удосконалення системи планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я в Україні» в частині Переліку хвороб, при яких вагітність та пологи загрожують життю матері і майбутній дитині та які обумовлюють необхідність забезпечення безоплатними контрацептивами з метою попередження вагітності, замінивши «Хвороба, спричинена ВІЛ» на «ВІЛ-інфекція в стадії СНІД», оскільки це положення носить дискримінаційний характер стосовно ВІЛ-інфікованих жінок, які за умови проведення АРВ-профілактики можуть народити здорову дитину (додаток 6 до Методики організації діяльності системи планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я в Україні). У цьому наказі слід внести зміни щодо розширення співпраці не лише центрів планування сім'ї та репродукції людини з центрами профілактики та боротьби зі СНІДом із питань планування сім'ї, але й інших структурних підрозділів системи планування сім'ї з мережею закладів служби профілактики ВІЛ/СНІД (додаток 8 до Методики організації діяльності системи планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я в Україні), зокрема, з розгалуженою мережею кабінетів «Довіра» [11].

Слід внести зміни до наказів МОЗ від 09.09.2013 р. № 787 «Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні», визначивши технології ДРТ для ВІЛ-інфікованих жінок, і від 29.11.2004 р. № 579 «Про затвердження Порядку направлення жінок для проведення першого курсу лікування безплідності методами допоміжних репродуктивних технологій за абсолютними показаннями за бюджетні кошти», виключивши ВІЛ-інфекцію з переліку протипоказань щодо застосування ДРТ [8, 9].

З метою забезпечення профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ (від матері до дитини) при народженні дитини в дискордантній парі необхідно внести зміни до спільного наказу Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства освіти і науки України, Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, Державного департаменту України з питань виконання покарань та

Міністерств праці та соціальної політики України від 23.11.2007 р. № 740/1030/4154/321/614а «Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичної допомоги і соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей». Забезпечення інформацією населення щодо можливості реалізації репродуктивної функції дискордантними парами в Україні є вагомим компонентом ефективності моделі планування сім'ї ВІЛ-інфікованих жінок за міжсекторальним підходом, що включає підвідомчі структури Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту та заклади охорони здоров'я усіх трьох рівнів організації медичної допомоги населенню спільно з міждисциплінарними командами (на первинному рівні до їх складу включається сімейний лікар, на вторинному рівні – лікар-акушер-гінеколог/педіатр/інфекціоніст), положення про яку унормоване цим наказом.

Необхідно переглянути наказ МОЗ України від 14.11.2007 р. № 716 «Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги «Попередження передачі ВІЛ від матері до дитини» відповідно до рекомендацій ВООЗ щодо забезпечення послугами планування сім'ї ВІЛ-інфікованих пацієнтів на первинному рівні організації медичної допомоги в рамках сімейної медицини, унормування поетапної організації медичної допомоги дискордантним парам [7].

Внесення змін до нормативно-правових документів допоможе забезпечити ВІЛ-інфікованих жінок якісними послугами ПС і знизити рівень вертикальної трансмісії ВІЛ, зважаючи на основні переваги ПС, рекомендовані ВООЗ:

- зміцнення служб планування сім'ї та забезпечення доступу населення до методів контрацепції є вкрай важливим для досягнення благополуччя й незалежності жінок, а також для підтримки здоров'я і розвитку окремих спільнот;

- запобігання ризику, пов'язаного з вагітністю, для здоров'я жінок шляхом забезпечення інформацією та можливістю жінки робити інтервали між своїми вагітностями і обмежувати їх число має прямий вплив на її здоров'я і благополуччя. ПС також дає змогу робити інтервали між вагітностями і відтерміновувати їх у надто молодих жінок, які піддаються підвищеному ризику виникнення проблем зі здоров'ям і смерті в результаті ранньої вагітності. Це сприяє зниженню материнської смертності;

- зниження дитячої смертності. ПС дозволяє запобігати частим або несвоєчасним вагітностям та пологам. Діти, матері яких померли в результаті пологів, також піддаються підвищеному ризику смерті та поганого стану здоров'я;

- сприяння запобіганню ВІЛ-інфекції. ПС знижує ризик настання небажаної вагітності в жінок з ВІЛ, що призводить до народження меншого числа інфікованих дітей та сиріт. Крім того, чоловічі і жіночі презервативи забезпечують подвійний захист – від небажаної вагітності та від ІПСШ, у т.ч. ВІЛ;

- зменшення потреб у небезпечному аборті. Шляхом зниження показників небажаних вагітностей ПС зменшує потреби в небезпечному аборті, який є причиною 13% випадків материнської смерті у світі;

– надання можливостей людям у напрямку прийняття поінформованих рішень щодо сексуального та репродуктивного здоров'я;

– зменшення числа вагітностей серед дівчат-підлітків, оскільки у вагітних дівчат підліткового віку з найбільшою ймовірністю народжуються недоношені діти або діти з низькою масою тіла. Серед дітей, народжених дівчатами-підлітками, відзначаються більш високі показники смертності новонароджених. Через вагітність багато дівчат-підлітків змушені припинити відвідувати школу, це має довгострокові наслідки для них самих, їх сімей та спільнот;

– збалансоване зростання чисельності населення. ПС є основою для зменшення пов'язаних із цим негативних наслідків для економіки, навколишнього середовища, а також національних і регіональних зусиль в області розвитку;

– надання можливостей людям щодо суспільної реалізації свого життя. ПС надає жінкам можливості для більш кращої освіти та участі в суспільному житті. Крім

того, батьки, які мають менше дітей, можуть інвестувати більше коштів у кожну дитину. Діти, що мають менше братів і сестер, як правило, навчаються більш тривалий час, ніж діти з багатодітних сімей [2].

### ВИСНОВКИ

Впровадження моделі ПС через удосконалення вітчизняного законодавства має не лише медичне, але й соціально-економічне значення в напрямку призупинення епідемії ВІЛ-інфекції та зменшення фінансових витрат на медично-соціальну допомогу ВІЛ-інфікованим пацієнтам.

### ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Рівень частоти передачі ВІЛ від матері до дитини в Україні (4,1% – у 2014 р.) потребує подальшого дослідження з метою забезпечення ВІЛ-інфікованих жінок ефективними послугами ПС.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Базовая стратегия профилактики ВИЧ-инфекции у детей грудного возраста в Европе / UNAIDS, UNFPA, UNICEF, WHO. – Копенгаген, 2004. – С. 51.
2. Планирование семьи : универсальное руководство для поставщиков услуг по планированию семьи. – ВОЗ, 2008. – 489 с.
3. Про внесення змін до Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення : Закон України від 03.03.1998 р. № 155/98-ВР [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/155/98-вр>. – Назва з екрана.
4. Про затвердження державної програми «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року : постанова КМУ від 27.12.2006 р. № 1849 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://pravo.levonevsky.org/bazaua09/postanov/sbor04/text04714.htm>. – Назва з екрана.
5. Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки : Закон України від 20.10.2014 р. № 1708-VII [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/1708-18>. – Назва з екрана.
6. Про затвердження Клінічного протоколу «Комплексна медична допомога під час небажаної вагітності : наказ МОЗ України від 31.12.2010 р. № 1177 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрана.
7. Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги «Попередження передачі ВІЛ від матері до дитини : наказ МОЗ України від 14.11.2007 р. № 716 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрана.
8. Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні : наказ МОЗ України від 09.09.2013 р. № 787 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрана.
9. Про затвердження Порядку направлення жінок для проведення першого курсу лікування безплідності методами допоміжних репродуктивних технологій за абсолютними показаннями за бюджетні кошти : наказ МОЗ України від 29.11.2004 р. № 579 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрана.
10. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги з питань плануванні сім'ї : наказ МОЗ України від 21.01.2014 р. № 59 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрана.
11. Про удосконалення системи планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я в Україні : наказ МОЗ та НАМН України від 29.11.2013 р. № 1030/102 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрана.
12. Програма дій, адаптована на Міжнародній конференції з питань народонаселення та розвитку / Фонд народонаселення ООН. – Київ, 1997. – 56 с.

*Дата надходження рукопису до редакції: 16.10.2015 р.*

**Совершенствование нормативного обеспечения  
качественных услуг по планированию семьи  
ВИЧ-инфицированных женщин**

Н.Я. Жилка<sup>1</sup>, Е.А. Орлова<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

<sup>2</sup>Министерство здравоохранения Украины,  
г. Киев, Украина

**Цель** – определить механизм эффективности модели планирования семьи ВИЧ-инфицированных женщин через совершенствование отечественного законодательства для профилактики распространения ВИЧ-инфекции вертикальным и горизонтальным путем, а также профилактики социального сиротства в Украине.

**Методы:** структурно-логического анализа, библиосемантический, системного подхода, сравнительного анализа и концептуального моделирования.

**Результаты и выводы.** Внедрение модели планирования семьи через совершенствование отечественного законодательства имеет не только медицинское, но и социально-экономическое значение в направлении приостановления эпидемии ВИЧ-инфекции и уменьшения финансовых затрат на медико-социальную помощь ВИЧ-инфицированных пациентов.

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

**Improving the standard providing quality  
family planning services to HIV-positive women**

N. Ya. Zhylka<sup>1</sup>, O. O. Orlova<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine

**Purpose** – to determine the effectiveness of the mechanism model of family planning to HIV-infected women by improving national legislation to prevent the spread of HIV through vertical and horizontal, and the prevention of child abandonment in Ukraine.

**Methods:** structural and logical analysis, bibliosemantic, systematic approach, comparative analysis and conceptual modeling.

**Results and conclusions.** Implementation model of family planning through the improvement of national legislation should not only medical but also social and economic importance in the direction of the suspension of HIV and reduce the financial cost of medical and social assistance to HIV-infected patients.

**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.

## ЗНАЧЕННЯ МЕДИЧНОГО ПРАВА У ДІЯЛЬНОСТІ ОРГАНІЗАТОРІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

*ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», м. Запоріжжя, Україна*

**Мета** – вивчення стану впровадження навчальної дисципліни «Медичне право України» у вищих медичних навчальних закладах та аналіз роботи закладів післядипломної освіти щодо викладання даної дисципліни.

**Матеріали та методи.** Матеріалами дослідження стали нормативно-правові документи з підготовки студентів вищих медичних навчальних закладів з правових питань в охороні здоров'я. Методи дослідження: структурно-логічний аналіз та контент-аналіз.

**Результати.** У статті розглянуті питання актуальності підготовки керівників закладів охорони здоров'я з медичного права, а також досліджені проблеми, які виникають у процесі надання медичної допомоги, що породжують у подальшому появу нових правовідносин між лікарем та пацієнтом.

**Висновки.** Встановлено недостатній рівень підготовки студентів-медиків з питань медичного права.

**Ключові слова:** медичне право, освіта, правовідносини, відповідальність.

### ВСТУП

Медичне право набуває все більшої актуальності в Україні. Знання організаторами охорони здоров'я основ медичного права має особливе значення в умовах реформування галузі охорони здоров'я [3, 6, 7]. На підтримку даної галузі та її розвитку у державі виступає Міністерство охорони здоров'я, завдяки чому були затверджені програми для студентів вищих навчальних закладів III–IV рівня акредитації, які навчаються за спеціальністю «Правознавство» і здобувають освітньо-кваліфікаційний рівень «Спеціаліст», для студентів вищих навчальних закладів III–IV рівня акредитації, які навчаються за спеціальністю «Правознавство» і здобувають освітньо-кваліфікаційний рівень «Магістр», а також програма для слухачів факультетів післядипломної освіти вищих медичних навчальних закладів та закладів післядипломної освіти МОЗ України.

Сфера охорони здоров'я потребує найбільшої уваги держави, тому що об'єднала цілий комплекс суспільних відносин, до яких можна віднести, передусім, відносини, що виникають у медичній діяльності (діагностика, лікування пацієнта, хірургічне втручання, сфера охорони материнства і дитинства в державі, профілактика захворювань, питання медичної експертизи працездатності тощо), фінансові та управлінські.

**Мета роботи** – вивчення стану впровадження навчальної дисципліни «Медичне право України» у вищих медичних навчальних закладах та аналіз роботи закладів післядипломної освіти щодо викладання даної дисципліни.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Матеріалами дослідження стали нормативно-правові документи з підготовки студентів вищих медичних навчальних закладів з правових питань в охороні здоров'я. У дослідженні використано методи структурно-логічного аналізу та контент-аналізу.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Розвиток в Україні ринку надання медичних послуг породжує потребу і необхідність приведення у відповідність до міжнародно-правових стандартів механізму реалізації норм, які забезпечують права і свободи громадян у сфері охорони здоров'я. Вивчення ситуації, яка склалася на сьогодні, дозволяє стверджувати, що більшість медичних працівників закладів охорони здоров'я мають поверхневе уявлення про законодавче забезпечення своєї діяльності. Питання інформованості, юридичної відповідальності, яка встановлена чинним законодавством за правопорушення у сфері охорони здоров'я, повинні вивчатись лікарями. Це, по-перше, буде певним чином їх дисциплінувати, по-друге, зменшить ймовірність безпідставного притягнення до відповідальності. На допомогу їм повинні прийти юристи лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ), але, на превеликий жаль, не всі заклади мають таких фахівців.

У країнах Євросоюзу у кожному державному чи комунальному медичному закладі працюють спеціальні юридичні служби, директори яких повинні доводити до відома медперсоналу останні зміни у законодавстві, а також інформувати лікарів та пацієнтів про їхні обов'язки та права. Наприклад, у Франції працюють комісії із захисту прав пацієнтів, до складу яких входять представники керівництва медичних закладів, лікарі та члени організацій, що захищають права пацієнтів. Саме вони розглядають скарги громадян на протиправні дії або бездіяльність медиків і намагаються урегулювати існуючі конфлікти між пацієнтами та лікарями, що їх лікували. Тобто члени цієї комісії виступають у ролі медіаторів, які допомагають знайти компроміс. Якщо цього не відбувається, потерпіла сторона подає позов до суду.

Медичне право повинне виступати як основна галузь в державі, що регулює правовідносини, які виникають у процесі надання медичної допомоги. Нормативно-правову базу становитиме велика кількість



законодавчих документів: Конституція України, Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», Цивільний кодекс, Кримінальний та Кримінальний процесуальний кодекс, Кодекс про адміністративні правопорушення, Сімейний кодекс, Кодекс законів про працю та інші нормативно-правові акти.

Керівники ЛПЗ повинні здійснювати керівництво закладом відповідно до чинного законодавства України та нормативно-правових актів, що визначають діяльність підприємств, установ і організацій охорони здоров'я. До їх повноважень належать: організація лікувально-профілактичної, адміністративно-господарської та фінансової діяльності закладу, взаємодії підрозділів ЛПЗ; забезпечення надання якісної медичної та фармацевтичної допомоги населенню; впровадження сучасних методів діагностики і лікування, лікувально-оздоровчого режиму, раціонального харчування; організація роботи з добору і використання медичних кадрів, забезпечення своєчасного підвищення їх кваліфікації; створення належних виробничих умов, забезпечення додержання співробітниками правил внутрішнього трудового розпорядку, охорони праці та протипожежного захисту. Керівники повинні аналізувати показники роботи закладу, вживати заходів щодо їх оптимізації, видавати відповідні директивні документи з цих питань. Організовувати проведення науково-практичних конференцій медичних працівників закладу з актуальних питань охорони здоров'я. До того ж керівник ЛПЗ повинен знати: чинне законодавство про охорону здоров'я та нормативні документи, що регламентують діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я, основи права в медицині, трудове законодавство; директивні документи, що визначають завдання та функції медичних закладів; показники стану здоров'я населення; основи соціальної гігієни та організації охорони здоров'я, загальної і соціальної психології; організацію фінансово-економічної діяльності закладів охорони здоров'я; документи, що визначають потужність, структуру, штатний розпис закладу, укомплектованість підрозділів та потребу в кадрах; нормативні акти щодо підготовки, підвищення кваліфікації та атестації медичних працівників; порядок ведення облікової та звітної документації, обробки медичної статистичної інформації; потреби в медичній техніці, обладнанні, медикаментах; специфіку менеджменту і маркетингу в галузі медицини; передові інформаційні та Інтернет-технології; сучасну наукову літературу та науково-практичну періодику за фахом, методи її аналізу та узагальнення. Таким чином, якщо керівник закладу не має базових знань з медичного права, ми не можемо говорити про його компетентність.

Затверджена МОЗ України у 2015 році програма підготовки організаторів охорони здоров'я передбачає проходження циклу тематичного удосконалення, впродовж якого слухачі отримають необхідний обсяг теоретичних і практичних знань з медичного права, що забезпечить належне здійснення ними службових і професійних обов'язків у сфері охорони здоров'я [4].

При вивченні даного циклу використовується чинна нормативно-правова база, починаючи з міжнародно-правових стандартів, які є основою для вивчення законодавства України про охорону здоров'я; також

вивчаються наступні питання: окреслення правового статусу суб'єктів медичних правовідносин, з'ясування питань юридичної відповідальності за вчинення професійних правопорушень, проблематика дефектів надання медичної допомоги; висвітлення форми, способів і засобів захисту прав медичних працівників і пацієнтів; аналіз юридичної практики у контексті розгляду медичних справ.

Наприкінці курсу тематичного удосконалення слухач повинен уміти: застосовувати набуті теоретичні знання на практиці; забезпечувати документообіг у закладі охорони здоров'я відповідно до вимог чинного законодавства України; забезпечувати розгляд звернень громадян згідно із законодавством України; створювати умови для забезпечення прав пацієнтів; захищати свої та очолюваного закладу, структурного підрозділу права та законні інтереси в необхідному обсязі; дотримуватись і поважати права пацієнтів.

Курс «Медичне право» вивчається слухачами тематичного удосконалення у такому обсязі: лекції – 26 навчальних годин, практичні заняття – 36 навчальних годин, семінарські заняття – 12 навчальних годин, підсумковий контроль – 4 навчальні години, усього на циклі 78 навчальних годин.

Таким чином, вивчаючи актуальність впровадження дисципліни «Медичне право України» у вищих навчальних закладах на післядипломному етапі можна зазначити, що вона вкрай необхідна як для медичних працівників, що працюють у ЛПЗ, так і для всього суспільства, що формує загальну правову культуру громадян.

Не можна не сказати про те, що знання з медичного права необхідно надавати студентам ще на початку навчання у вищому медичному навчальному закладі. Розробка програми з першого курсу навчання дозволить підготувати фахівця, який у подальшому тільки буде удосконалювати свої правові знання щодо медичної діяльності за допомогою закладів освіти післядипломного рівня. Результатом даного впровадження, зокрема, буде зменшення випадків надання медичної допомоги низької якості, порушення умов та режиму лікування, безпідставного вимагання плати за лікування; дотримання порядку правомірності інформованості пацієнта, у тому числі нерозголошення лікарської таємниці, а отже загалом зменшення конфліктних ситуацій у процесі реалізації прав пацієнтів. Усі ці обставини дають підстави на формування і приведені у відповідність до міжнародно-правових стандартів механізму реалізації норм медичного права у забезпеченні прав та свобод громадян у сфері охорони здоров'я.

Законодавство у сфері захисту прав пацієнтів та медичних працівників повинне бути сформованим і чітко визначеним. Відсутність чітких норм, що регламентують права та обов'язки пацієнта, призводить до обставин, від яких страждають обидві сторони – і пацієнт, і лікар, а також загалом медичний заклад і його керівник. Однією з поширених проблем, що виникає у медичних правовідносинах між медичними працівниками та пацієнтами, є надання медичної інформації. Серед медичних працівників поширена думка про «одноставну заборону на ознайомлення з медичною документацією пацієнта», що є неправильним і незаконним. Усі норми, які визначені законодавством, чітко передбачають право

пацієнта на ознайомлення з медичною інформацією. Так, ст. 34 Конституції України гарантує кожному право вільно збирати, зберігати, використовувати і поширювати інформацію. У ст. 39 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» зазначається, що «Пацієнт, який досяг повноліття, має право на отримання достовірної і повної інформації про стан свого здоров'я, у тому числі на ознайомлення з відповідними медичними документами, що стосуються його здоров'я». Визначено також, що «батьки (усиновлювачі), опікуни, піклувальники мають право на отримання інформації про стан здоров'я дитини або підопічного. Медичні працівники зобов'язані надати пацієнтам в доступній формі інформацію про стан їх здоров'я, мету проведення запропонованих досліджень і лікувальних заходів, прогноз можливого розвитку захворювання, у тому числі наявність ризику для життя і здоров'я. Якщо інформація про хворобу пацієнта може погіршити стан його здоров'я або погіршити стан здоров'я фізичних осіб, визначених частиною другою цієї статті, зашкодити процесові лікування, медичні працівники мають право надати неповну інформацію про стан здоров'я пацієнта, обмежити можливість їх ознайомлення з окремими медичними документами. У разі смерті пацієнта члени його сім'ї або інші уповноважені ними фізичні особи мають право бути присутніми при дослідженні причин його смерті та ознайомитися з висновками щодо причин смерті, а також право на оскарження цих висновків у суді». Обізнані з цим положенням керівники медичних закладів можуть вирішити ряд конфліктів і не допустити їх виникнення у майбутньому [5].

З іншої боку, юристи не вивчають здебільшого норм медичного права, але їм доводиться проводити розслідування, суб'єктами злочинів яких є медичні працівники. Тому необхідне впровадження спеціалізованих дисциплін у систему медичної і юридичної освіти.

Підготовка студентів та курсантів навчальних закладів повинна здійснюватися в органічному взаємозв'язку з цілісним розвитком особистості, з урахуванням усіх її особистісних властивостей та якостей, установок і мотивів, потреб, ідеалів, досвіду життя, загальних і професійних знань, навичок та умінь. Зазначений підхід є одночасним розгортанням процесів виховання і самовиховання, що є одним із провідних факторів у формуванні творчого, відповідального громадянина, здатного самостійно приймати компетентні рішення та вміло будувати свою професійну кар'єру.

При визначенні ролі знань норм медичного права у діяльності керівників ЛПЗ треба дослідити основні проблемні питання, які поєднують у собі питання медицини і права.

У своїй роботі керівник медичного закладу постійно звертається до питань трудового законодавства. Як визначає С.В. Антонов, існує своя специфіка трудової діяльності працівників медичних закладів. Серед основних прав він виділяє наступні: право на роботу відповідно до умов трудового договору; право знати свої права та функціональні (посадові) обов'язки; право на ознайомлення з вимогами охорони праці та техніки безпеки; право на забезпечення працевлаштування здорових

та безпечних умов праці відповідно до вимог правил техніки безпеки, санітарних правил і норм, законодавства про працю України; право на виплату заробітної плати не нижче встановленого державою мінімуму та у терміни, встановлені трудовим договором, а також виплату премій, винагород, інших соціальних виплат та компенсацій; право на отримання матеріальної допомоги з урахуванням оцінки особистої трудової участі працівника в роботі медичного закладу в порядку, встановленому внутрішніми нормативними актами підприємства чи організації, з якими працівник уклав трудову угоду; право на соціальне страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань, а також право на всі передбачені законодавством види соціального страхування; право на звернення до суду для вирішення трудових спорів незалежно від характеру виконуваної роботи або обійманої посади (крім окремих випадків, передбачених законодавством) тощо. І всі ці перераховані права стосуються не тільки окремого медичного працівника, а при їх реалізації безпосередньо торкнуться керівника ЛПЗ. Тому їм необхідно володіти знаннями щодо нормативно-правових актів, які регулюють питання охорони здоров'я та праці [1].

Аналізуючи питання поєднання норм права і медицини, не можна залишити без уваги обґрунтування взаємозв'язку цивільного законодавства і сфери надання медичних послуг. При наданні медичних послуг ЛПЗ їх керівники та безпосередньо медичні працівники повинні розуміти із самого початку, що при порушенні ними прав пацієнтів, заподіяння шкоди їхньому здоров'ю починають діяти норми кримінальної та цивільної відповідальності. Негативні наслідки, які були спричинені лікуванням, можуть виражатись у відшкодуванні майнової та моральної шкоди пацієнту. До того ж сам медичний заклад має право регресного позову до медичного працівника, який безпосередньо брав участь у лікуванні пацієнта. Регрес у сфері цивільно-правової відповідальності медичних організацій – це можливість медичної організації, яка відшкодувала шкоду, заподіяну пацієнтові при наданні медичної допомоги, зворотної вимоги стягнення у розмірі виплаченого відшкодування з працівника цієї установи – конкретного заподіявана шкоди. Цивільний позов є найпоширенішим засобом реалізації права на відшкодування шкоди, завданої здоров'ю (майнової і моральної). Переважна більшість позовів, що висуваються пацієнтами до закладів охорони здоров'я, є позовами про відшкодування матеріальної та моральної шкоди, завданої ушкодженням здоров'я, спричиненого медичною допомогою неналежної якості.

Отже, цивільна відповідальність у сфері медичної діяльності – це вид юридичної відповідальності, який виникає внаслідок порушення у галузі майнових або особистих немайнових благ громадян у сфері охорони здоров'я і який полягає переважно в необхідності відшкодування шкоди. До особистих немайнових благ громадян, які безпосередньо пов'язані з медичною діяльністю, належать, передусім, життя і здоров'я. Тому можна стверджувати, що цивільно-правова відповідальність – це своєрідний засіб забезпечення захисту особистих немайнових прав (життя і здоров'я) пацієнтів при наданні медичної допомоги.

Аналізуючи питання цивільної відповідальності, не можна не сказати про договірні відносини. При укладанні договорів керівники постійно стикаються з правовими нормами. Так, порушення договірних відносин можливе як у сфері укладених господарських договорів, так і при наданні платних медичних послуг. На думку Олени Беденко-Зваридчук, директора юридичної компанії «МедАдвокат», керівника проекту «Медико-правовий портал «103-law.org.ua», голови Комітету з медичного права АПУ, якщо перший вид конфліктів вирішується господарськими судами без особливих проблем, то при розгляді фінансових суперечок між пацієнтом та лікувальним закладом відбувається вимушене розкриття лікарської таємниці (у випадку, коли позивачем є ЛПЗ). Тому керівникові медичного закладу необхідно бути готовим до того, що пацієнт або його правозахисник можуть висунути зворотній позов про відшкодування шкоди за розголошення конфіденційної інформації. Такі види конфліктів слід намагатися врегулювати на досудовому етапі або за допомогою альтернативних методів вирішення спорів [2].

Не можна оминати і питання кримінальної відповідальності лікаря – найсуворішої відповідальності в державі. Кримінальний кодекс України передбачає, що підставою для притягнення особи до кримінальної

відповідальності є вчинення нею суспільно небезпечного діяння, яке містить склад злочину, передбаченого цим Кодексом. Медичні працівники несуть відповідальність як на загальних підставах відповідальності в державі, так і у визначених у кримінальному кодексі складів злочинів, що належать до їх професійної діяльності.

### **ВИСНОВКИ**

Викладання дисципліни «Медичне право України» для керівників ЛПЗ на сьогодні вже набуло гострої потреби. Нестача інформації, відсутність знань, нехтування своїми функціональними обов'язками призводять до негативних наслідків. Медичні працівники повинні розуміти, що в сучасних умовах питанням права потрібно приділяти більше уваги. Це надасть їм упевненості у правильності своїх вчинків і позбавить від наслідків неправомірних дій, які можуть значно зашкодити їх професійному зросту.

*Перспективи подальших досліджень* пов'язані з вивченням рівня готовності керівників закладів охорони здоров'я використовувати набуті знання з медичного права у практичній діяльності.

### **ЛІТЕРАТУРА**

1. Антонов С. В. Особливості трудових відносин у закладі охорони здоров'я [Електронний ресурс] / С. В. Антонов // Управління закладом охорони здоров'я. – 2008. – № 3. – Режим доступу : <http://www.medlawcenter.com.ua/ua/publications/77.html>. – Назва з екрану.
2. Беденко-Зваридчук Олена Правовий статус медичного закладу [Електронний ресурс] / Олена Беденко-Зваридчук // Практика управління медичним закладом. – 2012. – № 4. – Режим доступу : <http://www.med-info.net.ua>. – Назва з екрану.
3. 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. – С. 5–23.
4. Медичне право України : Програма для слухачів факультетів післядипломної освіти вищих медичних навчальних закладів та закладів післядипломної освіти МОЗ України. – Київ, 2015. – 66 с.
5. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua>. – Назва з екрану.
6. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні / за заг. ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого. – Київ : Вид-во Раєвського, 2005. – С. 74.
7. Шпак Г. В. Вплив законодавства України на подолання дефіциту медичних кадрів, підвищення їх кваліфікації та якості медичної допомоги (матеріали конференції з міжнародною участю [«Моделі організації надання медичної допомоги та їх вплив на основні показники здоров'я населення»], (Запоріжжя, 25–26 квіт., 2013 р.)) / Г. В. Шпак, П. В. Лисенко // Сучасні медичні технології. – 2013. – № 2 (18). – С. 113–116.

**Дата надходження рукопису до редакції: 19.10.2015 р.**

**Значение медицинского права в деятельности организаторов здравоохранения***Ю.Ю. Сизинцова*

ГУ «Запорожская медицинская академия  
последипломного образования МЗ Украины»,  
г. Запорожье, Украина

**Цель** – изучить состояние внедрения учебной дисциплины «Медицинское право Украины» в высших медицинских учебных заведениях и анализ работы учреждений последипломного образования по вопросу преподавания данной дисциплины.

**Материалы и методы.** Материалами исследования стали нормативно-правовые документы по подготовке студентов высших медицинских учебных заведений по вопросам права в здравоохранении. Методы исследования: структурно-логический анализ и контент-анализ.

**Результаты.** В статье рассмотрены вопросы актуальности подготовки руководителей учреждений здравоохранения по медицинскому праву, а также исследуются проблемы, возникающие при оказании медицинской помощи, которые в дальнейшем порождают появление новых правовых отношений между врачом и пациентом.

**Выводы.** Установлен недостаточный уровень подготовки студентов-медиков по вопросам медицинского права.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** медицинское право, правоотношения, ответственность.

**The value of medical law in the activities of the organizers of health service***Yu.Yu. Sizintsova*

Zaporizhzhya Medical Academy of Postgraduate Education  
Ministry of Health of Ukraine, Zaporizhzhya, Ukraine

**Purpose** – to consider the state of introduction of academic discipline “Medical Law of Ukraine” in the higher medical educational institutions, as well as to analyze the teaching of this discipline.

**Materials and methods.** Normative-and-legislative documents on training the students of higher medical educational institutions in legal issues composed the material for research. Research methods: structural-and-logical analysis and content analysis.

**Results.** The problems of actuality of studying and training in medical law issues for the organizers of health service were considered in the article. The lawful problems which appear at rendering medical aid were also investigated.

**Conclusions.** The level of medical students in medical law was found insufficient.

**KEY WORDS:** medical right, education, legal relationships, responsibility.

**ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА**

**Сізнцова Юлія Юріївна** – к.ю.н., доцент кафедри соціальної медицини, організації і управління охороною здоров'я та МСЄ ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»; б-р Винтера, 20, м. Запоріжжя, 69096, Україна.

## ПЕРСПЕКТИВНІ НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ СТАНУ АДАПТАЦІЇ ЗАКОНОДАВСТВА УКРАЇНИ З ПИТАНЬ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДО ЗАКОНОДАВСТВА ЄВРОПЕЙСЬКОГО СОЮЗУ

<sup>1</sup>Ужгородський національний університет, м. Ужгород, Україна

<sup>2</sup>ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, Україна

**Мета** – провести аналіз нормативно-правової бази, що регламентує процес приведення у відповідність до правової системи Європейського Союзу законодавства України про охорону здоров'я та обґрунтувати перспективні напрями удосконалення організаційних засад діяльності з адаптації законодавства.

**Матеріали та методи.** Проаналізовано нормативно-правові акти з даної проблематики. Теоретико-методологічною основою проведеного аналізу є системний підхід з використанням методів структурно-логічного аналізу систем, інформаційно-аналітичного методу.

**Результати.** Встановлено, що процес приведення у відповідність до правової системи ЄС нормативно-правових актів України в сфері охорони здоров'я потребує удосконалення шляхом розробки та впровадження комплексу заходів, спрямованих на поліпшення інституціонального, кадрового, фінансового та інформаційного забезпечення процесу адаптації.

**Висновки.** Підвищенню ефективності управлінських рішень щодо формування та реалізації пріоритетних напрямів європейської інтеграції у сфері охорони здоров'я сприятиме підготовка та затвердження наказу МОЗ України „Про організацію роботи з адаптації законодавства України з питань охорони здоров'я до законодавства Європейського Союзу”.

**Ключові слова:** законодавство, правова система, охорона здоров'я, адаптація, євроінтеграція.

### ВСТУП

Необхідність адаптації законодавства України з питань охорони здоров'я до законодавства ЄС обумовлюється сукупністю зовнішньо- та внутрішньополітичних зобов'язань України.

Стратегія інтеграції України до ЄС, затверджена Указом Президента України від 11.06.1998 р. №615/98 [10], визначає, що адаптація соціальної політики України полягає у реформуванні систем страхування, охорони праці, здоров'я, пенсійного забезпечення, політики зайнятості та інших галузей соціальної політики відповідно до стандартів ЄС і поступовому досягненні загальноєвропейського рівня соціального забезпечення і захисту населення.

Згідно з положеннями Плану дій «Україна – Європейський Союз» Європейська політика сусідства», схваленого Кабінетом Міністрів України 12.02.2005 р. [2], Україна зобов'язується посилити рівень охорони здоров'я та епідеміологічної безпеки відповідно до законодавства ЄС, забезпечити запровадження ефективних заходів, спрямованих на посилення соціальної інтеграції, включаючи стабільну систему охорони здоров'я та інші соціальні послуги для всіх верств населення.

Також, відповідно до положень Загальнодержавної програми адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу, затвердженої Законом України від 18.03.2004 р. №1629-IV [5] (далі – ЗПА), адаптація законодавства України в сфері охорони здоров'я до законодавства ЄС є пріоритетною складовою процесу інтеграції України до ЄС, що, в свою чергу, є пріоритетним напрямом української зовнішньої політики.

Метою адаптації законодавства України до законодавства ЄС, згідно із ЗПА, є досягнення відповідності правової системи України *acquis communautaire*, що забезпечить досягнення Україною відповідності критеріям набуття членства в ЄС. Адаптація законодавства України в сфері охорони здоров'я включає роботу, спрямовану як на приведення у відповідність до законодавства ЄС нормативно-правових актів, прийнятих до затвердження ЗПА, так і діяльність, пов'язану із перевіркою проектів законів України та інших нормативно-правових актів на їх відповідність *acquis communautaire* з метою недопущення прийняття актів, які суперечать *acquis* ЄС.

Реформування системи медичного обслуговування населення з метою забезпечення якісної і доступної медичної допомоги відповідно до європейських норм та стандартів проголошується Парламентом та Урядом країни одним із пріоритетних напрямів реалізації державної політики охорони здоров'я.

Однією з основних засад зовнішньої політики Закон України «Про засади внутрішньої і зовнішньої політики» від 01.07.2010 р. № 2411-VI [4] визначає забезпечення інтеграції України в європейський політичний, економічний, правовий простір з метою набуття членства в ЄС. До засад внутрішньої політики, відповідно до цього Закону, належить забезпечення гарантованих Конституцією України прав і свобод громадян на основі впровадження європейських стандартів соціального захисту, підвищення якості соціальних послуг.

Реалізація плану заходів з імплементації Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським Співтовариством з атомної енергії та їх державами-членами – з іншої (далі –

Угоди про асоціацію), на 2014–2017 роки, затвердженого розпорядженням Кабінету Міністрів України від 17 вересня 2014 р. № 847-р. [6], обумовлює необхідність активізувати роботу з адаптації національного законодавства, визначити шляхи підвищення ефективності управлінських рішень щодо формування та реалізації пріоритетних напрямів європейської інтеграції у сфері охорони здоров'я.

**Мета роботи** – провести аналіз нормативно-правової бази, що регламентує процес приведення у відповідність до правової системи Європейського Союзу законодавства України про охорону здоров'я та обґрунтувати перспективні напрями удосконалення організаційних засад діяльності з адаптації законодавства.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проаналізовано нормативно-правові акти, що регламентують процес приведення законодавства України про охорону здоров'я у відповідність до правової системи ЄС, визначають обсяг повноважень та компетенцію структурних підрозділів МОЗ України у цій сфері. Теоретико-методологічною основою проведеного аналізу є системний підхід з використанням методів структурно-логічного аналізу систем, інформаційно-аналітичного методу.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати аналізу стану адаптації законодавства України з питань охорони здоров'я дають підстави для висновку, що процес приведення у відповідність до правової системи ЄС нормативно-правових актів України в сфері охорони здоров'я потребує удосконалення шляхом розробки та впровадження комплексу заходів, спрямованих на поліпшення інституціонального, кадрового, фінансового та інформаційного забезпечення процесу адаптації.

Необхідність інституціональних перетворень обумовлюється відсутністю належного нормативного розмежування функцій, відповідальності та координування діяльності структурних підрозділів МОЗ України щодо виконання заходів з адаптації законодавства України до законодавства ЄС.

Діяльність з адаптації законодавства поділяється на поточну та планову (рис. 1–2).

Поточна діяльність полягає у проведенні:

- аналізу змін у правовій системі ЄС та постійного оновлення переліку актів *acquis communautaire*, які регулюють правовідносини у сфері охорони здоров'я;
- перевірки проектів законів України та інших нормативно-правових актів на їх відповідність *acquis communautaire* з метою недопущення прийняття актів, які суперечать *acquis* ЄС;
- моніторингу виконання щорічних планів заходів щодо виконання ЗАП (до підписання Угоди про асоціацію);
- моніторингу реалізації плану заходів з імплементації Угоди про асоціацію.

Відповідно до положень розділу 5, 7 та 8 Регламенту Кабінету Міністрів [8], проекти законів України, указів Президента України, актів Кабінету Міністрів, які за предметом правового регулювання належать до сфер, правовідносини в яких регулюються правом ЄС, підлягають опрацюванню на відповідність законодавству ЄС.

Згідно з підпунктом 2.16 Порядку подання нормативно-правових актів на державну реєстрацію до Міністерства юстиції України та проведення їх державної реєстрації [3], накази МОЗ, що зачіпають права, свободи й законні інтереси громадян або мають міжвідомчий характер, також опрацьовуються на відповідність законодавству ЄС.

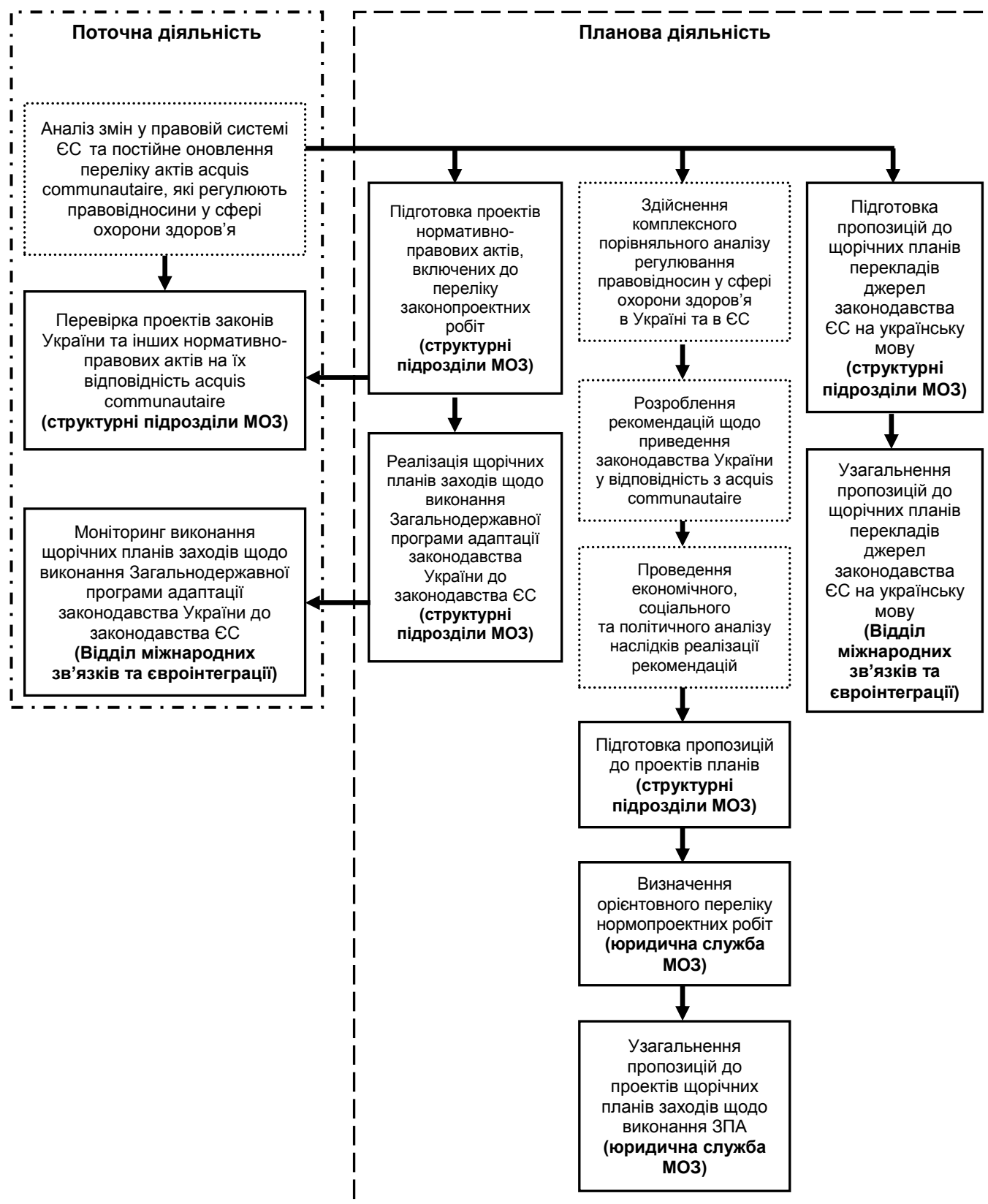
Виняток становлять проекти нормативно-правових актів персонального, оперативного, організаційно-розпорядчого характеру, нормативно-технічного характеру (державні стандарти, тарифно-кваліфікаційні довідники, форми звітності тощо), рекомендаційного, роз'яснювального та інформаційного характеру (методичні рекомендації, роз'яснення тощо).

Згідно з пунктом 3 Регламенту роботи МОЗ України, затвердженим наказом МОЗ України від 29.12.2007 р. № 884 [9], розроблення проекту нормативно-правового акта у МОЗ України покладається на структурний підрозділ відповідно до його компетенції. У процесі розроблення проекту нормативно-правового акта головним розробником проекту перевіряється його відповідність актам законодавства вищої юридичної сили, чинним міжнародним договорам України та забезпечується опрацювання проекту з урахуванням законодавства ЄС. Результати опрацювання на відповідність законодавству ЄС відображаються головним розробником проекту у Довідці, складеній за встановленою додатком 1 до пункту 3 §46 Регламенту Кабінету Міністрів України формою.

Проведення аналізу відповідності проектів нормативно-правових актів законодавству ЄС – це, як правило, складний та тривалий процес.

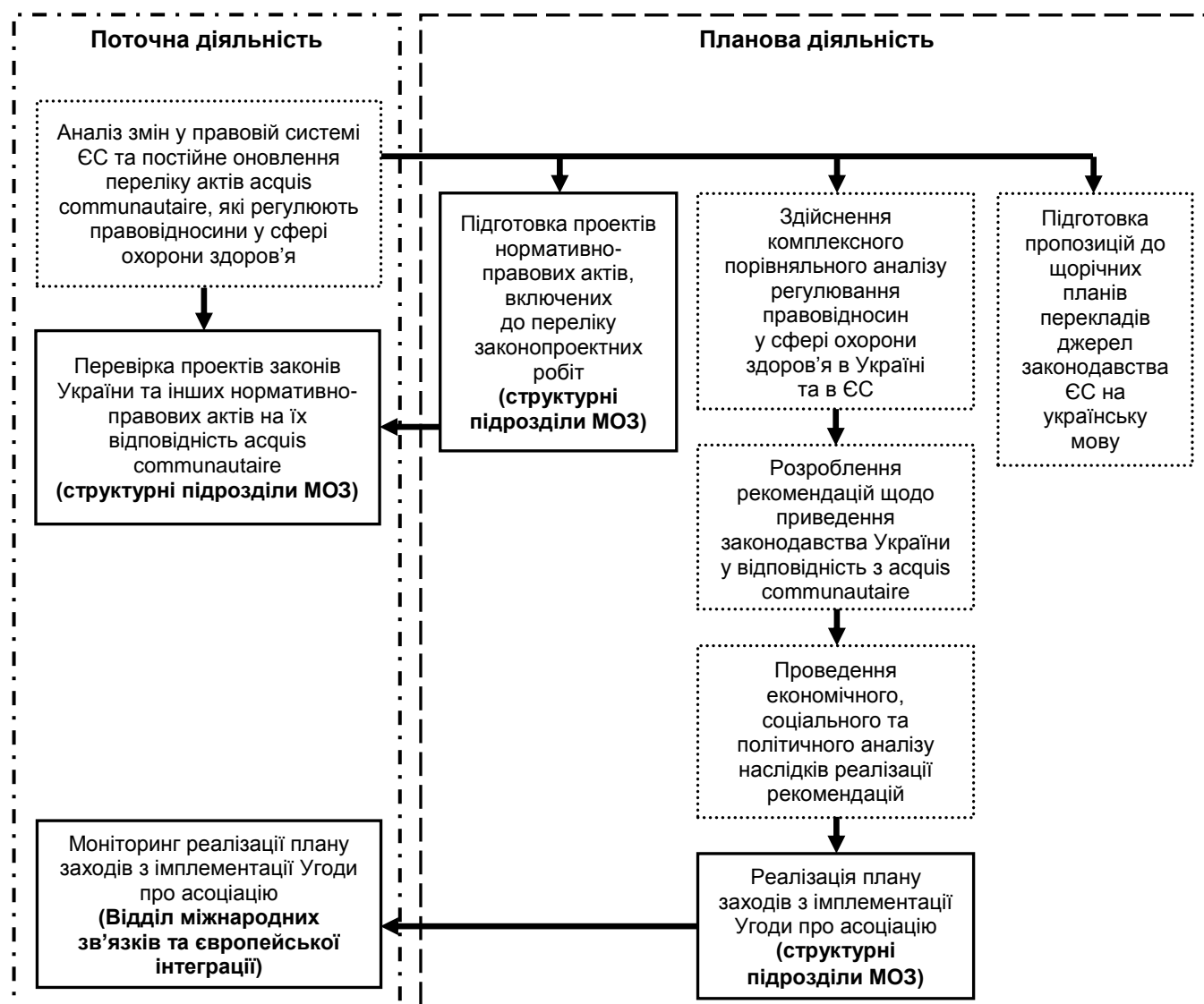
З метою сприяння забезпеченню належного рівня роботи з підготовки довідок про відповідність законодавству ЄС листом від 09.11.10 р. № 698 повторно надіслано підготовлені Українським інститутом стратегічних досліджень «Методичні рекомендації щодо здійснення експертизи проектів нормативно-правових актів з питань охорони здоров'я на відповідність законодавству Європейського Союзу» [9] та запропоновано забезпечити ознайомлення з ними осіб, відповідальних за цей напрямок роботи.

З огляду на складність та комплексний характер питань, пов'язаних з адаптацією законодавства України з питань охорони здоров'я до законодавства ЄС, а також беручи до уваги, що *acquis communautaire* та практика Європейського суду перебуває у постійному розвитку, керівникам структурних підрозділів МОЗ доцільно визначити окремих працівників, які відповідатимуть за виконання завдань з адаптації законодавства на постійній основі, проходитимуть спеціалізоване навчання, отримуватимуть необхідну інформацію та методичні рекомендації.



Примітка: курсивом виділено заходи, виконавці яких не визначені дорученнями та наказами МОЗ.

**Рис. 1.** Організація діяльності з адаптації законодавства в системі МОЗ України в рамках виконання Загальнодержавної програми адаптації законодавства України до законодавства ЄС (до 17.09.2014 р.)



Примітка: курсивом виділено заходи, виконавці яких не визначені дорученнями та наказами МОЗ.

**Рис. 2.** Організація діяльності з адаптації законодавства в системі МОЗ України в рамках реалізації плану заходів з імплементації Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським Співтовариством з атомної енергії та їх державами-членами – з іншої, на 2014–2017 роки

До їх компетенції доцільно віднести:

- участь у реалізації завдань у галузі адаптації законодавства, визначених актами та дорученнями Президента України та Кабінету Міністрів України;
- підготовку проектів щоквартальних та річних звітів про стан роботи з адаптації законодавства України;
- відстеження змін у законодавстві ЄС;
- участь в опрацюванні рекомендацій Міністерства юстиції щодо приведення законодавства України з питань охорони здоров'я у відповідність до *acquis communautaire*;
- підготовку пропозицій до щорічних планів перекладів джерел законодавства ЄС українською мовою;
- підготовку довідок про відповідність проектів нормативно-правових актів законодавству ЄС.

Необхідно враховувати, що, відповідно до положень Розділу 6 Регламенту Кабінету Міністрів

України, проекти нормативно-правових актів підлягають опрацюванню на відповідність законодавству ЄС до початку процедури їх погодження у заінтересованих ЦООВ. Тому, з метою забезпечення можливості внесення змін до проекту, розробник після закінчення внутрішнього погодження повинен своєчасно провести аналіз його відповідності *acquis communautaire*.

Враховуючи, що відповідно до Порядку подання нормативно-правових актів на державну реєстрацію до Міністерства юстиції України та проведення їх державної реєстрації, акти міністерств, інших центральних органів виконавчої влади, органів господарського управління та контролю, що зачіпають права, свободи й законні інтереси громадян або мають міжвідомчий характер, повинні бути подані на державну реєстрацію протягом п'яти днів після їх підписання. Подання нормативно-правових актів після їх підписання та присвоєння реєстраційного номеру для підготовки Довідки не допускається.



Важливим моментом в організації роботи з опрацювання проектів нормативно-правових актів з питань охорони здоров'я на відповідність законодавству ЄС є забезпечення належного планування порівняльно-правових досліджень, оптимізація процесу пошуку та вивчення джерел *acquis communautaire*.

З метою збору та систематизації необхідної інформації основна увага повинна бути зосереджена на різноманітних інформаційних джерелах (офіційні видання, наукова література, бібліотечні фонди, матеріали засобів масової інформації, дані аналітичних досліджень та оглядів). У підсумкових документах, крім висновків, критичних зауважень, формуються конструктивні пропозиції, спрямовані на удосконалення правового регулювання відповідної сфери правовідносин у національному законодавстві, визначаються оптимальні методи адаптації законодавства.

Для забезпечення належної підготовки проектів нормативно-правових актів, спрямованих на удосконалення системи охорони здоров'я України, та з метою удосконалення інформаційного забезпечення процесу адаптації доцільно:

- забезпечити формування банку даних текстів відповідних міжнародних договорів, модельного законодавства, розробленого в рамках міжнародних організацій та конференцій, законодавства ЄС, Ради Європи та національних законодавств європейських країн з питань охорони здоров'я;
- організувати роботу з перекладу зазначених актів українською мовою;
- забезпечити розміщення списку перекладів зазначених актів та електронних примірників перекладів на офіційному веб-порталі Міністерства охорони здоров'я;
- забезпечити структурним підрозділам МОЗ, залученим до процесу адаптації, доступ до бази даних права ЄС та офіційних правових видань ЄС (зокрема *Official Journal of the European Union*);
- забезпечити вивчення зазначеного законодавства та аналіз практики його застосування.

Проведення аналізу відповідності проектів нормативно-правових актів з питань охорони здоров'я законодавству ЄС має включати наступні стадії:

- а) визначення типових характеристик проекту акта (предмету, методу, сфери правового регулювання);
- б) визначення належності проекту за предметом правового регулювання до пріоритетних сфер адаптації законодавства України до законодавства ЄС;
- в) пошук та визначення джерел законодавства ЄС з питань, що належать до сфери правового регулювання проекту;
- г) дослідження порядку вирішення у актах законодавства ЄС питань, що належать до сфери правового регулювання проекту, визначення основних переваг та недоліків такого регулювання;
- г) порівняння окремих елементів проекту (правових інститутів, груп норм, окремих норм, правових термінів) із відповідними положеннями джерел законодавства ЄС;
- д) визначення положень джерел законодавства ЄС, які мають бути враховані в проекті;
- е) здійснення прогностичної оцінки результатів реалізації акта;

є) узагальнення окремих оцінок та формулювання загального висновку про відповідність проекту законодавству ЄС.

Наведене дає підстави зробити висновок про те, що, відповідно до чинних наказів МОЗ, опрацювання проектів нормативно-правових актів на відповідність законодавству ЄС здійснюється структурним підрозділом – розробником проекту. Попри те, що зазначене опрацювання проектів має здійснюватись на основі аналізу змін у правовій системі ЄС та за умови постійного оновлення переліку актів *acquis communautaire*, відповідальність за проведення цієї роботи не покладено дорученнями та наказами МОЗ на жодний із структурних підрозділів МОЗ.

Згідно з наказом МОЗ України від 05.06.2009 р. № 410 [11], моніторинг виконання щорічних Планів заходів щодо виконання ЗАП та відповідальність за щоквартальне інформування Міністерства юстиції України про стан їх виконання покладено на Відділ міжнародних зв'язків та євроінтеграції.

Планова діяльність з адаптації до підписання Угоди про асоціацію здійснювалась міністерством з метою приведення чинних актів законодавства у відповідність до законодавства ЄС шляхом:

- підготовки структурними підрозділами МОЗ проектів нормативно-правових актів, включених до переліку законопроектних робіт з метою реалізації щорічних планів заходів щодо виконання ЗАП (у поточному році);
  - опрацювання проектів щорічних планів заходів щодо виконання ЗАП (у наступному році);
  - підготовки пропозицій до щорічних планів перекладів джерел законодавства ЄС українською мовою.
- Опрацювання пропозицій, наданих структурними підрозділами до планів перекладів, здійснював Відділ міжнародних зв'язків та євроінтеграції.

Узагальнення пропозицій структурних підрозділів МОЗ до проекту плану заходів щодо виконання у наступному році ЗАП забезпечувала юридична служба МОЗ.

Підготовка пропозицій до зазначеного проекту плану має здійснюватись за умови:

- проведення комплексного порівняльного аналізу регулювання правовідносин у сфері охорони здоров'я в Україні та в ЄС;
- розроблення рекомендацій щодо приведення законодавства України у відповідність до *acquis communautaire*;
- проведення економічного, соціального та політичного аналізу наслідків реалізації рекомендацій.

Проте жодним нормативним актом та дорученнями МОЗ не визначено підрозділи, до компетенції яких віднесено здійснення цієї роботи.

Наказом МОЗ України від 16.12.2014 р. № 959 затверджено план заходів МОЗ України з імплементації Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським Співтовариством з атомної енергії і їх державами-членами – з іншої на 2014–2017 роки [7]. Відповідно до положень зазначеного наказу, Відділу міжнародних зв'язків та європейської інтеграції доручено забезпечити організацію узагальнення інформації про стан виконання Плану заходів у МОЗ

України та щоквартально надавати відповідну інформацію до Кабінету Міністрів України.

Підсумовуючи вищенаведене, слід зазначити, що процес адаптації законодавства у сфері охорони здоров'я потребує проведення суттєвих організаційно-управлінських змін. Оптимальним варіантом інституціональних перетворень є концентрація максимального обсягу повноважень у здійсненні заходів з адаптації у визначеного нормативними актами МОЗ структурного підрозділу, спроможного забезпечити з урахуванням принципу полідисциплінарності виконання як поточної, так і планової роботи з приведення законодавства України про охорону здоров'я у відповідність до правової системи ЄС.

### ВИСНОВКИ

1. Процес приведення у відповідність до правової системи ЄС нормативно-правових актів України в сфері охорони здоров'я потребує удосконалення шляхом розробки та впровадження комплексу заходів, спрямованих на поліпшення інституціонального, кадрового та інформаційного забезпечення процесу адаптації.

2. Для забезпечення ефективного виконання плану заходів з імплементації Угоди про асоціацію необхідне запровадження регулярного і централізованого моніторингу, який передбачає:

- проведення комплексного порівняльного аналізу регулювання правовідносин у сфері охорони здоров'я в Україні та в ЄС;

- перевірку стану адаптації законодавства про охорону здоров'я;

- розроблення рекомендацій щодо приведення законодавства України у відповідність з *acquis communautaire*;

- проведення економічного, соціального та політичного аналізу наслідків реалізації рекомендацій;

- аналіз змін у правовій системі ЄС та забезпечення постійного оновлення переліку актів законодавства ЄС.

3. Підвищенню ефективності управлінських рішень щодо формування та реалізації пріоритетних напрямів європейської інтеграції у сфері охорони здоров'я, забезпеченню належного нормативного визначення функцій, повноважень та відповідальності структурних підрозділів МОЗ України, які беруть участь у реалізації плану заходів з імплементації Угоди про асоціацію, запровадженню ефективного механізму координації їх діяльності сприятиме підготовка та затвердження наказу МОЗ України «Про організацію роботи з адаптації законодавства України з питань охорони здоров'я до законодавства Європейського Союзу».

### ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

На основі результатів аналізу правового регулювання діяльності урядових органів держав-членів ЄС з гармонізації національного законодавства доцільно забезпечити наукове обґрунтування та впровадження системи моніторингу процесу наближення законодавства України про охорону здоров'я до законодавства Європейського Союзу.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Банчук М. В. Методичні рекомендації щодо здійснення експертизи проектів нормативно-правових актів з питань охорони здоров'я на відповідність законодавству Європейського Союзу / М. В. Банчук, Г. О. Слабкий, С. В. Істомін. – Київ, 2008. – 25 с.
2. План дій «Україна – Європейський Союз» Європейська політика сусідства»: рішення Кабінету Міністрів України від 12.02.2005 р. [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.kmu.gov.ua>. – Назва з екрану.
3. Порядок подання нормативно-правових актів на державну реєстрацію до Міністерства юстиції України та проведення їх державної реєстрації : наказ Міністерства юстиції України від 12.04.2005 р. № 34/5. [Електронний документ]. – Режим доступу: <http://www.kmu.gov.ua>. – Назва з екрану.
4. Про засади внутрішньої і зовнішньої політики : Закон України від 01.07.2010 р. № 2411-VI [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.rada.gov.ua>. – Назва з екрану.
5. Про затвердження Загальнодержавної програми адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу: Закон України від 18.03.2004 р. № 1629-IV [Електронний документ]. – Режим доступу: <http://www.rada.gov.ua>. – Назва з екрану.
6. Про затвердження плану заходів з імплементації Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським Співтовариством з атомної енергії та їх державами-членами – з іншої, на 2014–2017 роки : розпорядження Кабінету Міністрів України від 17.09.2014 р. № 847-р. [Електронний документ]. – Режим доступу: <http://www.kmu.gov.ua>. – Назва з екрану.
7. Про затвердження плану заходів МОЗ України з імплементації Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським Співтовариством з атомної енергії і їх державами-членами – з іншої на 2014–2017 роки : наказ МОЗ України від 16.12.2014 р. № 959 [Електронний документ]. – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
8. Про затвердження Регламенту Кабінету Міністрів: постанова Кабінету Міністрів України від 18.07.2007 р. № 950 [Електронний документ]. – Режим доступу: <http://www.kmu.gov.ua>. – Назва з екрану.
9. Про затвердження Регламенту роботи МОЗ України: наказ МОЗ України від 29.12.2007 № 884 [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.

10. Про затвердження Стратегії інтеграції України до Європейського Союзу : Указ Президента України від 11.06.1998 р. № 615/98 [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.rada.gov.ua>. – Назва з екрану.

11. Про реалізацію Плану заходів щодо виконання у 2009 році Загальнодержавної програми адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу : наказ МОЗ України від 05.06.2009 р. № 410 [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.

*Дата надходження рукопису до редакції: 16.10.2015 р.*

**Перспективные направления усовершенствования состояния адаптации законодательства Украины по вопросам здравоохранения к законодательству Европейского Союза**

Г.А. Слабкий<sup>1</sup>, С.В. Истомин<sup>2</sup>, П.Н. Лысенко<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ужгородский национальный университет,  
г. Ужгород, Украина

<sup>2</sup>ГУ «Украинский институт стратегических исследований  
МЗ Украины», г. Киев, Украина

**Цель** – провести анализ нормативно-правовой базы, регламентирующей процесс приведения в соответствие с правовой системой Европейского Союза законодательства Украины об охране здоровья и обосновать перспективные направления усовершенствования организационных основ деятельности по адаптации законодательства.

**Материалы и методы.** Проанализированы нормативно-правовые акты по данной проблематике. Теоретико-методологической основой проведенного анализа является системный подход с использованием методов структурно-логического анализа систем, информационно-аналитического метода.

**Результаты.** Установлено, что процесс приведения в соответствие к правовой системе ЕС нормативно-правовых актов Украины в сфере здравоохранения требует усовершенствования путем разработки и внедрения комплекса мер, направленных на улучшение институционального, кадрового, финансового и информационного обеспечения процесса адаптации.

**Выводы.** Повышению эффективности управленческих решений относительно формирования и реализации приоритетных направлений евроинтеграции в сфере здравоохранения будет способствовать подготовка и утверждение приказа МЗ Украины „Об организации работы по адаптации законодательства Украины по вопросам охраны здоровья к законодательству Европейского Союза“.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** законодательство, правовая система, охрана здоровья, адаптация, евроинтеграция.

**Promising directions of improving the state of adaptation of Ukrainian legislation on health protection to legislation of the European Union**

G.O. Slabky<sup>1</sup>, S.V. Istomin<sup>2</sup>, P.M. Lysenko<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Uzhgorod National University, Uzhgorod, Ukraine

<sup>2</sup>SI "Ukrainian institute of strategic researches  
MoH of Ukraine", Kyiv, Ukraine

**Purpose** – to conduct the analysis of normative-and-legal base that regulates the process of conforming the legislation of Ukraine on health protection to the legal system of the European Union and to ground the promising directions of improving the organizational principles of work on adaptation of the legislation.

**Material and methods.** A number of normative-and-legal documents on the problem were analyzed. Systematic approach using the techniques of structural-and-logical analysis and information-and-analytical method composed theoretical and methodological basis of the analysis.

**Results.** It is determined that the process of conforming the normative-and-legal documents of Ukraine on health protection to the legal system of the EU needs perfection through the development and implementation of measures aimed at improving the institutional, human resources, financial and informational support to the process of adaptation.

**Conclusion.** Development and approval of the Ministry of Health of Ukraine Order "On organization of work on the adaptation of legislation of Ukraine on health protection to legislation of the European Union" will contribute to the efficiency of managerial decisions on the formation and implementation of the priorities of European integration in the field of health protection.

**KEY WORDS:** legislation, legal system, health protection, adaptation, European integration.

**ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ**

**Слабкий Геннадій Олексійович** – д.мед.н., проф. кафедри громадського здоров'я, факультет післядипломної освіти та до університетської підготовки ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

**Истомин Сергей Владимирович** – зав. відділу нормативно-правового регулювання в охороні здоров'я та історії медицини ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

**Лысенко Павло Миколайович** – науковий співробітник відділу нормативно-правового регулювання в охороні здоров'я та історії медицини ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

## АНАЛІЗ ВІТЧИЗНЯНОГО ЗАКОНОДАВСТВА ЩОДО РЕАЛІЗАЦІЇ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ ДИСКОРДАНТНИМИ ПАРАМИ

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

**Мета** – провести аналіз вітчизняного законодавства щодо реалізації репродуктивної функції дискордантними парами.

**Метод**: контент-аналізу чинного законодавства з питань репродуктивної функції в дискордантних пар.

**Результати**. Наведено результати аналізу чинного законодавства України з питань забезпечення репродуктивного права в дискордантних пар. Порівняно чинні законодавчі акти з даного питання з відповідними міжнародними законодавчими актами.

**Висновки**. В Україні недостатнє нормативно-правове регулювання застосування допоміжних репродуктивних технологій у дискордантних пар і потребує удосконалення.

**Ключові слова**: дискордантні пари, репродуктивна функція, правове забезпечення.

### ВСТУП

Актуальність питання щодо забезпечення ВІЛ-інфікованих пацієнтів із дискордантних пар (один із подружжя є ВІЛ-інфікованим, інший – ВІЛ-негативним) допоміжними репродуктивними технологіями (ДРТ) з метою реалізації репродуктивної функції цими особами пов'язана передусім зі зростаючою кількістю ВІЛ-інфікованих репродуктивного віку в умовах високих темпів поширення епідемії ВІЛ-інфекції серед населення України, переважним статевим джерелом інфікування ВІЛ, збільшенням частки ВІЛ-інфікованих жінок серед загальної кількості ВІЛ-інфікованих, а також проблемою народження ВІЛ-позитивних дітей у дискордантних подружніх пар. У деяких країнах, в яких ведеться облік дискордантних пар, їх частка серед ВІЛ-інфікованих осіб становить 25,1% [4]. Означені тенденції негативно впливають на соціально-психологічний статус українського суспільства, а також поглиблюють кризову демографічну ситуацію в країні [2].

Проблема ВІЛ/СНІДу визнана пріоритетним напрямом в охороні здоров'я та соціальному розвитку нашої країни. Особливістю епідемії ВІЛ-інфекції в Україні є широкомасштабність її впливу на медичні, демографічні та соціально-економічні аспекти суспільства. У дискордантних пар за наявності ВІЛ-інфекції в одного з подружжя високим є ризик передачі ВІЛ статевим шляхом [3]. Реалізація репродуктивної функції дискордантної пари природним шляхом є ризиком передачі ВІЛ-інфекції як статевому партнеру, так і новонародженій дитині.

Більшість дискордантних пар – це люди молодого репродуктивного віку, які прагнуть реалізувати репродуктивну функцію. Народження дитини в дискордантній парі без ризику передачі ВІЛ-інфекції можливе лише за умови застосування ДРТ, зокрема, методу внутрішньоматкової інсемінації (ВМІ), а також проведення медикаментозної профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ-інфекції. Світова спільнота визнає, що жінки та чоловіки з дискордантних пар незалежно від ВІЛ-

статусу мають право вільно приймати рішення щодо народження дітей в їхній сім'ї [1, 5, 9].

У результаті застосування антиретровірусної терапії дискордантні пари отримали довгоочікувану можливість профілактики ВІЛ-інфікування в статевому партнера, однак це не вирішує проблему реалізації їхньої репродуктивної функції без ризику ВІЛ-інфекції в новонародженого. Сучасні наукові досягнення дають змогу звести до мінімуму можливість інфікувати партнера та в разі знизити ризик народження ВІЛ-інфікованої дитини в результаті ДРТ, які для ВІЛ-інфікованих майбутніх батьків активно застосовуються в багатьох країнах [5].

В Україні використання ДРТ, у т.ч. ВМІ, у ВІЛ-інфікованих пацієнтів, обмежене внаслідок відсутності нормативного їх регулювання. Проведення ВМІ попередньо очищеною спермою чоловіка, як одного із методів ДРТ, є ефективним методом, який може забезпечити народження дитини без ризику передачі ВІЛ-інфекції партнеру в дискордантній парі та новонародженому [3, 6, 7, 11, 12]. Очищення сперми від ВІЛ-інфекції та збудників, що передаються статевим шляхом, є сучасною лікувальною технологією, що дає змогу реалізувати репродуктивну функцію членами дискордантних подружніх пар без ризику поширення ВІЛ-інфекції [11].

Збільшення кількості дискордантних пар, високий ризик передачі ВІЛ-інфекції статевим шляхом, обмежені можливості народження дітей без ВІЛ-інфекції в дискордантних пар природним шляхом, недосконалість нормативного регулювання застосування ДРТ у ВІЛ-інфікованих пацієнтів вказує на актуальність наукового обґрунтування оптимізації моделі організації ДРТ дискордантним парам.

Питанням поширення ВІЛ/СНІДу в Україні та профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини присвячена значна кількість наукових праць, однак вони, як правило, стосуються загальних проблем щодо впливу ВІЛ-інфекції на здоров'я населення. При цьому вирішення проблеми народження дитини без ризику ВІЛ-інфекції в дискордантній парі не знайшло належного висвітлення.

**Мета роботи** – провести аналіз вітчизняного законодавства щодо реалізації репродуктивної функції дискордантними парами.

У роботі використано **метод** контент-аналізу чинного законодавства з питань репродуктивної функції в дискордантних пар.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

На міжнародному рівні питання «репродуктивного права» обговорювалося на Четвертій всесвітній конференції зі становища жінок (Пекін, 1995), на якій була прийнята «Програма дій міжнародної конференції з народонаселення та розвитку», що мало велике значення для багатьох країн, оскільки в ній вперше дається визначення репродуктивних прав, а також визначаються цілі й завдання політики в області народонаселення. Як визначено в програмі, репродуктивні права ґрунтуються на визнанні основного права всіх подружніх пар і окремих осіб вільно приймати відповідальне рішення щодо кількості власних дітей, інтервалів між їх народженням і часом їх народження. Сюди входить і право приймати відповідальні рішення щодо відтворення потомства без якої б то не було дискримінації, примусу і насильства [8].

Таким чином, репродуктивні права розуміються як такі, що передбачають право людини мати дітей; право тимчасово уникати дітонародження; право взагалі від нього відмовлятися. Репродуктивні права можна також визначити як такі, що пов'язані з реалізацією різних аспектів продовження роду (дітонародження), а саме з прийняттям рішення про зачаття дитини, з визначенням кількості дітей, інтервалів між їх народженням. Через репродуктивні права безпосередньо реалізується конституційне право на життя. Зміст репродуктивних прав включає в себе, по-перше, конституційний захист репродуктивних можливостей, по-друге, сприяння реалізації останніх із боку держави. Захист репродуктивних можливостей визначається як конституційний обов'язок держави забезпечувати всю сукупність заходів економічного, соціального, культурного, наукового, медичного, санітарно-епідеміологічного характеру, спрямованих на збереження й зміцнення репродуктивного здоров'я кожної людини [8].

У міжнародному правовому полі питання репродуктивних прав посідають важливе місце. До міжнародних актів, які регулюють дані права, належать Декларація з народонаселення 1966 р., де право на планування сім'ї розглядається як одне з основних прав людини. У 1979 р. в Конвенції про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок були встановлені права жінок і чоловіків вільно приймати рішення про кількість дітей і проміжки між їх народженням, а також право на інформацію, освіту і засоби, що забезпечують їм можливість користуватися такими правами. У Рекомендаціях для подальшого здійснення «Всесвітнього плану дій в області народонаселення» (Мехіко, 1984) урядам було запропоновано підтримувати планування сім'ї в рамках програм охорони матері і дитини.

Амстердамська декларація, прийнята представниками 79 країн на міжнародному форумі «Народонаселення в XXI столітті» (1989), до числа основних принципів діяльності в області народонаселення включила підвищення якості та ефективності державних і приватних програм планування сім'ї. У Віденській декларації, прийнятій у 1993 р. на Всесвітній конференції з прав людини, знову були підтверджені основні репродуктивні права, і на основі принципу рівності між жінками і чоловіками було заявлено про право жінок на доступну й адекватну охорону здоров'я, а також на широке коло послуг у галузі планування сім'ї. Далі концепція репродуктивних прав була розширена в ході Міжнародної конференції з народонаселення і розвитку (Каїр, 1994).

Репродуктивне право для дискордантних пар у звичайних умовах без шкоди для здоров'я партнера та дитини не може реалізуватися, оскільки вірогідність передачі ВІЛ при кожному незахищеному гетеросексуальному статевому акті становить 1/1000 (від чоловіка до жінки) або менше 1/1000 (від жінки до чоловіка) [10]. Вірогідність передачі ВІЛ у декілька разів підвищується на тлі високого вірусного навантаження або за наявності інших захворювань, що передаються статевим шляхом. До того ж, вірусне навантаження в спермі або виділеннях статевих шляхів не завжди пропорційне вірусному навантаженню в плазмі крові, і ВІЛ може знаходитися в спермі навіть у випадках, коли вірусне навантаження у плазмі крові нижче за визначений рівень. Тобто незахищені гетеросексуальні контакти з ВІЛ-інфікованими партнерами є небезпечними навіть за відсутності вірусного навантаження. Обов'язкове застосування презервативів знижує ризик передачі ВІЛ у гетеросексуальних пар на 85%.

Для реалізації репродуктивного права дискордантними парами необхідна медична допомога з метою захисту від ВІЛ-інфекції партнера через застосування ДРТ. Право на отримання ДРТ є одним зі складових загального поняття репродуктивних прав.

Питання застосування ДРТ в Україні регламентуються Цивільним кодексом (ст. 281, п. 7), який унормовує, що повнолітні жінка або чоловік мають право за медичними показаннями на проведення щодо них лікувальних програм ДРТ.

Законом України «Про внесення змін до Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» у ст. 10 «Медична допомога людям, які живуть з ВІЛ» п. 2 унормовано питання застосування ДРТ, а саме: люди, які живуть з ВІЛ, мають право на участь у ДРТ за умови запобігання передачі ВІЛ-інфекції від батьків майбутній дитині, маючи на увазі лише профілактику вертикальної трансмісії ВІЛ і, з одного боку, не забороняючи застосування будь-яких методик ДРТ, у т.ч. ВМІ, у ВІЛ-інфікованих пацієнтів, з іншого – не передбачаючи профілактику горизонтального шляху передачі ВІЛ (від ВІЛ-інфікованого партнера дискордантної пари ВІЛ-негативному), що неминуче

призведе до інфікування партнера без застосування спеціальної методики ВМІ.

Законом України «Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки» не передбачено забезпечення медичної допомоги методиками ДРТ ВІЛ-інфікованим пацієнтам, що знижує доступність до них дискордантних пар на організаційно-методичному і фінансовому рівні та аргументує необхідність внесення до Закону змін щодо можливості застосування інноваційного методу ВМІ для дискордантних пар.

Проектом Закону України «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки» у п. 13 «Забезпечення доступу та охоплення вагітних жінок до послуг з консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію та профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини» визначено забезпечення доступу до ДРТ для людей, які живуть з ВІЛ, за умови запобігання передачі ВІЛ від батьків до майбутньої дитини, не передбачаючи кошти на ці цілі.

Наказом МОЗ України від 23.12.2008 р. № 771 «Про затвердження Інструкції про порядок застосування допоміжних репродуктивних технологій», зареєстрованим у Міністерстві юстиції 20.03.2009 р. за № 263/16279, визначено порядок та умови застосування методик ДРТ в Україні. У пункті 15 цього наказу визначено протипоказання до застосування ДРТ, посилаючись на наказ МОЗ України від 29.11.2004 р. № 579 «Про затвердження Порядку направлення жінок для проведення першого курсу лікування безплідності методами допоміжних репродуктивних технологій за абсолютними показаннями за бюджетні кошти», зареєстрований у Міністерстві юстиції 15.02.2005 р. за № 224/10504, яким регламентовано порядок направлення жінок для проведення першого курсу лікування безплідності методами ДРТ за абсолютними показаннями за бюджетні кошти. Цим наказом затверджено протипоказання до застосування ДРТ, серед яких є ВІЛ-інфікування незалежно від стадії хвороби. Тобто за вітчизняним законодавством, у членів дискордантних пар зменшені можливості реалізувати репродуктивну функцію через обмеження застосування ДРТ.

Аналіз законодавства України з питань реалізації репродуктивної функції дискордантними парами показав, що на галузевому рівні не визначено механізму отримання статистичних даних щодо кількості дискордантних пар в Україні зі статистичним обліком ВІЛ-інфікованих чоловіків і жінок у дискордантній парі, що унеможливує розрахунок потреби у використанні ДРТ і необхідних обсягів фінансового забезпечення.

В Україні ДРТ застосовуються з 1987 р. На даному етапі ДРТ забезпечуються у 20 закладах охорони здоров'я, які концентруються здебільшого у великих містах. Частка центрів державної форми власності становить лише 11,0%, у структурі виконаних циклів ДРТ вони займають 11,4%. Вартість одного циклу ДРТ

включає прямі витрати на лікувальний цикл (витратні матеріали та реактиви), медикаменти, амортизацію обладнання, непрямі витрати. У Державній програмі «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року» передбачено фінансування ДРТ за рахунок державних коштів 600 циклів на рік (медикаменти та витратні матеріали), які проводяться лише у 2 медичних закладах державної форми власності за певними показаннями, визначеними наказом МОЗ України від 29.11.2004 р. № 579 «Про затвердження Порядку направлення жінок для проведення першого курсу лікування безплідності методами допоміжних репродуктивних технологій за абсолютними показаннями за бюджетні кошти». Надання медичної допомоги методами ДРТ ВІЛ-інфікованим пацієнтам, один з яких є партнером дискордантної пари, цим наказом не передбачено.

У зв'язку з відсутністю статистичних даних про надання медичної допомоги репродуктивного характеру дискордантним парам, нами використано Інтернет для з'ясування доступності послуг із питань ДРТ для ВІЛ-інфікованих пацієнтів із дискордантних пар.

Так, за даними громадської організації ВБО «Всеукраїнської мережі людей, що живуть з ВІЛ/СНІД», яка є основним реципієнтом коштів гранту Глобального фонду боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією в Україні, протягом 2011 р. до них звернулося по допомогу понад 500 дискордантних пар, які бажають мати дітей. За поданою інформацією, люди, що живуть з ВІЛ, зверталися до державних і приватних центрів із репродуктології з пропозиціями про співпрацю в питанні забезпечення реалізації репродуктивної функції дискордантними парами, проте ці установи від участі у проекті відмовилися. Проблеми із зачаттям у членів дискордантної пари пов'язані також із тим, що в разі ВІЛ-інфікування дружини під час ДРТ ризик передачі ВІЛ дитині значно вищий, ніж у випадку настання вагітності у ВІЛ-позитивної жінки природним шляхом.

Унаслідок неможливості використати ДРТ численні дискордантні пари просто намагаються зачати дитину під час небезпечного сексу, діючи на власний страх і ризик.

В іншому варіанті – значне число подружніх пар, у яких ВІЛ-інфікований чоловік, зверталися по медичну допомогу до Польщі, де діє центр з очищення сперми від ВІЛ-інфекції. Вартість цих послуг дуже висока. Це ще раз вказує на необхідність удосконалення вітчизняного законодавства з метою підвищення доступності до методик ДРТ ВІЛ-інфікованих пацієнтів.

Наступною проблемою недосконалості вітчизняного законодавства щодо застосування ДРТ для пацієнтів із дискордантних пар є те, що наведена в наказі МОЗ України від 23.12.2008 р. № 771 «Про затвердження Інструкції про порядок застосування допоміжних репродуктивних технологій» дефініція (ДРТ – це методики лікування безпліддя, за яких маніпуляції з репродуктивними клітинами, окремі або всі етапи підготовки репродуктивних клітин, процеси запліднення і розвитку ембріонів до переносу їх у матку реципієнтки здійснюються в умовах *in vitro*) є не повною, оскільки

потреба в застосуванні ДРТ виникає не лише у випадках безпліддя. Для дискордантних пар застосування ДРТ пов'язане не з безпліддям, а перенесенням статевих клітин чоловіка, очищених від ВІЛ у лабораторних умовах. Дискордантні пари використовують бар'єрні засоби контрацепції з метою профілактики ВІЛ-інфекції, що унеможливорює запліднення природним шляхом без ризику ВІЛ-інфікування для партнера та новонародженого.

Наказ МОЗ України від 09.09.2013 р. № 787 «Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні», виданий під час проведення нашого дослідження, також не вирішує проблеми забезпечення методом ВМІ пацієнтів із дискордантних пар. У розділі IV наказу № 787 «Внутрішньоматкова інсемінація» не визначено порядок застосування ВМІ для дискордантних пар.

Важливим питанням щодо забезпечення реалізації репродуктивної функції дискордантними парами є дискримінація з боку вітчизняної служби репродуктології, яка відмовляє ВІЛ-інфікованим пацієнтам у наданні ДРТ.

Численні психологічні проблеми, з якими стикаються звичайні пари, різко загострюються в дискордантних пар, навіть якщо обидва партнери при створенні сім'ї поінформовані про ВІЛ-позитивний статус одного з них. Одна з основних психологічних проблем у стосунках членів дискордантної пари – страх втратити кохану людину. Це потребує вирішення зазначеної проблеми на законодавчому рівні шляхом міжсекторального підходу. Нині психологічної підтримки потребують також питання щодо перспектив спільного майбутнього рішення зачати дитину, загрози кримінальної відповідальності ВІЛ-позитивного партнера тощо.

### ВИСНОВКИ

В Україні недостатнє нормативно-правове регулювання застосування ДРТ дискордантним парам, що потребує удосконалення.

*Перспективи досліджень* спрямовані на подальше вивчення означеної проблеми.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Доступ ВІЛ-позитивних жінок до якісних послуг з охорони репродуктивного здоров'я та материнства / О. М. Балакірєва, Енн Екман, О. Г. Левцун [та ін.]. – Київ : Вид-во Раєвського, 2004. – 112 с.
2. Запорожан В. М. ВІЛ-інфекція і СНІД / В. М. Запорожан, Н. Л. Аряєв. – 2-е вид., перероб. і доп. – Київ : Здоров'я, 2004. – 634 с.
3. Національний звіт з виконання рішення декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом. Україна. Звітний період: січень 2008 р. – грудень 2009 р. / МОЗ України. – Київ, 2010. – 143 с.
4. Національний звіт із виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом. Звітний період: січень 2003 р. – грудень 2005 р. / МОЗ України, Національна координаційна рада з питань ВІЛ/СНІДу, ЮНЕЙДС. – Київ, 2006. – 39 с.
5. Нізова Н. М. Медична допомога і соціальний супровід дискордантних пар : метод. рекомендації / Н. М. Нізова, Н. Й. Сало, О. П. Яцура. – Київ, 2009. – 107 с.
6. Нормативно-правове врегулювання реалізації репродуктивних прав осіб та сімейних пар, уражених епідемією ВІЛ-інфекції : аналіт. довідник / за ред. проф. Н. М. Нізової. – Київ : Інжиніринг, 2010. – 128 с.
7. Про затвердження Інструкції про порядок застосування допоміжних репродуктивних технологій : наказ МОЗ України від 23.12.2008 р. № 771. – Київ, 2008. – 181 с.
8. Програма дій, адаптована на Міжнародній конференції з питань народонаселення та розвитку / Фонд народонаселення ООН. – Київ, 1997. – 56 с.
9. Шляхи подальшого вдосконалення профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини в Україні: досвід проекту АМАОЗ / Н. М. Нізова, Н. Я. Жилка, В. В. Беспоясна, З. Шабарова // Репродуктивное здоровье женщины. – 2007. – № 4 (33). – С. 17–21.
10. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1-Infected Adults and Adolescents HIV/AIDS // Learning Library. – 2011. – Jan. 21. – 229 p.
11. O'Brien J. Sperm DNA integrity and male infertility / J. O'Brien, A. Zini // Urology. – 2005. – Vol. 65. – P. 16–22.
12. Throwing the dice : pregnancy decision-making among HIV-positive women in four U.S. cities / S. B. Kirshenbaum [et al.] // Perspectives on Sexual and Reproductive Health. – 2004. – Vol. 36. – P. 106–113.

*Дата надходження рукопису до редакції: 15.10.2015 р.*

**Анализ отечественного законодательства  
по реализации репродуктивной функции  
discordantными парами**

*Н.В. Чепурнова*

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

**Цель** – провести анализ отечественного законодательства по реализации репродуктивной функции discordantными парами.

**Метод:** контент-анализа действующего законодательства по вопросам репродуктивной функции у discordantных пар.

**Результаты.** Представлены результаты анализа действующего законодательства Украины по вопросам обеспечения репродуктивного права у discordantных пар. Сравнены действующие законодательные акты по данному вопросу с соответствующими международными законодательными актами.

**Выводы.** В Украине недостаточное нормативно-правовое регулирование применения вспомогательных репродуктивных технологий у discordantных пар и требует усовершенствования.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** discordantные пары, репродуктивная функция, правовое обеспечение.

**Analysis of domestic legislation  
as for the implementation of reproductive function  
by discordant pairs**

*N.V. Chepurnova*

SHEI «Uzhgorod National University», Uzhgorod, Ukraine

**Purpose** – to analyze domestic legislation as for the implementation of reproductive function by discordant pairs.

**Method** of content-analysis of current legislation on reproductive function of discordant pairs was used in the course of study.

**Results.** The results of the analysis of current legislation in Ukraine as for ensuring reproductive rights of discordant pairs are presented in the work. Current legislative acts on this problem are compared to corresponding international legal instruments.

**Conclusions.** Legislative regulation of the use of Assisted Reproductive Technologies by discordant couples in Ukraine is not full and requires improvement.

**KEY WORDS:** discordant pairs, reproductive function, legislative ensuring.

**ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА**

**Чепурнова Наталія Василівна** – к.мед.н., асистент кафедри громадського здоров'я, факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки ДВНЗ «Ужгородський національний університет», пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.



## ОБҐРУНТУВАННЯ ПРІОРИТЕТІВ НАЦІОНАЛЬНОГО ПЛАНУ ДІЙ З ПРИПИНЕННЯ ПОПЕРЕДЖУВАЛЬНИХ СМЕРТЕЙ НОВОНАРОДЖЕНИХ У РАМКАХ ГЛОБАЛЬНОЇ СТРАТЕГІЇ ООН «КОЖНА ЖІНКА, КОЖНА ДИТИНА»

<sup>1</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

<sup>2</sup>ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, Україна

**Мета** – обґрунтувати пріоритети Національного плану дій з припинення попереджувальних смертей новонароджених в Україні.

**Матеріали та методи.** Проведено контент-аналіз рекомендаційної бази ООН, Ради Європи в галузі охорони здоров'я та ВООЗ щодо припинення попереджувальних смертей серед новонароджених, а також аналіз бази даних «MATRIX-BABIES» та уніфікованих форм звітності обласних неонатологів за 2014 рік.

**Результати.** Основними пріоритетами Національного плану дій з припинення попереджувальних смертей новонароджених є адекватне фінансове та ресурсне забезпечення неонатальних підрозділів; подальша регіоналізація перинатальної допомоги; подальша уніфікація / стандартизація надання медичної допомоги новонародженим і створення єдиного інформаційного простору; організація системи спостереження, раннього втручання та паліативної допомоги дітям із хронічною перинатальною патологією; підвищення якості та безпеки надання медичної допомоги, а також співпраця з громадськими організаціями.

**Висновки.** Для реалізації зазначених пріоритетів потрібно розробити свій Національний план дій у рамках ініціативи ВООЗ, ЮНІСЕФ «Кожен Новонароджений», метою якого є припинення попереджувальних смертей серед новонароджених і зменшення частоти розвитку інвалідизуючої патології серед дітей України.

**Ключові слова:** попереджувальні смерті, ініціатива «Кожен Новонароджений», Національний план дій.

### ВСТУП

За останні десятиліття спостерігається значний прогрес у зменшенні кількості смертей серед дітей у всьому світі, але водночас повільно зменшується неонатальна смертність, незважаючи на значну частку випадків, яким можна запобігти. За даними ВООЗ, щодня у світі помирає 18 000 дітей від попереджувальних хвороб і обставин, а щороку близько 2 900 000 новонароджених помирає протягом перших 28 днів життя, при цьому більшість цих втрат можна попередити за рахунок зменшення кількості ускладнень, пов'язаних із передчасним народженням і тяжкими інфекціями [3].

Можливості для поліпшення здоров'я новонароджених є безпрецедентними саме зараз, тому що нам відомо набагато більше, ніж раніше, щодо ефективних інтервенцій і шляхів надання послуг («Де?», «Кому?»), підходів до збільшення охоплення медичною допомогою усіх, хто її потребує, а також щодо заходів із підвищення якості та безпеки надання медичної допомоги.

Тому ініціатива «Кожна Жінка, кожна Дитина», оголошена Генеральним секретарем ООН Пан Гі Мун у рамках Глобальної стратегії охорони здоров'я жінок і дітей, є дорожньою картою державам для зосередження зусиль на збільшенні фінансування, зміцненні політики і поліпшенні допомоги найуразливішому прошарку населення – жінкам і дітям у усьому світі [2].

Прогресивною частиною цієї стратегії є ініціатива «Кожен Новонароджений» та Глобальний план дій, в якому після багатосторонніх консультацій на різних глобальних і регіональних форумах із державами-членами на чолі ВООЗ і ЮНІСЕФ запропоновано п'ять

стратегічних напрямів і пов'язаних із ними цілей. Після широкого обговорення остаточний Глобальний план дій був схвалений 67-ю сесією Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я (травень 2014 р.), а країни-члени зобов'язались дотримуватись положень прийнятої резолюції 67/14.2 [1].

У преамбулі до Глобального плану дій Генеральний секретар ООН Пан Гі Мун зазначив: «Наш підхід очевидний: у рамках одного покоління необхідно покінчити з попереджувальними випадками материнської і дитячої смертності, тому інвестування в проекти з порятунку матерів і дітей – моральний обов'язок нашого покоління. До того ж ці інвестиції в кінцевому підсумку приведуть до скорочення бідності і до зростання економічної продуктивності» [1]. Пан Гі Мун закликав уряди, громадянське суспільство, донорів, приватний сектор та інших партнерів вжити заходів, спрямованих на припинення попереджувальних випадків смерті новонароджених, і гарантувати, що права жінок і дітей будуть повною мірою визнані. У липні 2015 р. Генеральний секретар ООН повідомив про початок Глобального механізму фінансування на підтримку ініціативи «Кожна Жінка, кожна Дитина», додавши, що йдеться про нове партнерство під егідою ряду держав, направлене на мобілізацію міжнародних і національних ресурсів для підтримки оновленої Глобальної стратегії [1].

У резолюції 67/14.2 визначено кроки для розроблення і запровадження національних планів дій з охорони здоров'я новонародженого, основними з яких є:

– розгляд, перегляд та оновлення своїх національних стратегій, політики, планів і керівних принципів (протоколів) щодо репродуктивного й материнського здоров'я, а також здоров'я

новонароджених і дітей відповідно до цілей, завдань і показників, визначених планом дій з особливим акцентом на групі дітей високого ризику;

– вважати своїм обов'язком, відповідно до своїх можливостей, виділяти достатні людські та фінансові ресурси для поліпшення доступу до якісної медичної допомоги, зокрема, догляду за матір'ю і новонародженим під час пологів, упродовж першого тижня життя, і досягнення національних цілей у галузі охорони здоров'я новонароджених відповідно до Глобального плану дій;

– зміцнення інформаційних систем охорони здоров'я таким чином, щоб краще контролювати якість медичної допомоги, а також відстежувати прогрес у напрямку припинення попереджувальних втрат матерів і дітей, а також мертвонароджень;

– обмін інформацією щодо отриманих уроків, існуючих проблем і оновлення дій для досягнення національних цілей, що стосуються охорони здоров'я новонароджених і матерів.

За вищевказаною резолюцією, Україна має визначити свої пріоритети, розробити та запровадити свій Національний план дій з чіткими цілями щодо припинення попереджувальних смертей новонароджених.

**Мета роботи** – обґрунтувати основні пріоритети Національного плану дій щодо припинення попереджувальних смертей новонароджених в Україні в контексті міжнародних зобов'язань і глобальної ініціативи ВООЗ «Кожен Новонароджений».

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проведено контент-аналіз рекомендаційної бази ООН, Ради Європи в галузі охорони здоров'я та ВООЗ для отримання відповідей на запитання щодо причин смерті новонароджених: «Коли вмирають діти?», «В яких закладах?», «Від яких причин?», «З якою вагою при народженні?».

Інформаційною базою дослідження стала «MATRIX-BABIES» за 2014 р., а також уніфіковані звіти (2014 р.), надані головними позаштатними неонатологами з усіх областей України.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При аналізі бази даних «MATRIX-BABIES» за 2014 р. з метою відповіді на питання «Коли вмирають діти?» виявлено, що після народження найбільші втрати дітей відбуваються у перший тиждень життя, зокрема, майже 10% новонароджених помирає протягом 1-ї доби народження, а 30,3% – від 1 до 6-ї доби життя (рис. 1). Наступним критичним періодом є період після 28-ї доби життя, коли помирає 37,5% дітей. Тому завдання Національного плану дій мають бути сфокусовані на визначенні причин смерті дітей саме в ці критичні періоди та розробці заходів із припинення попереджувальних смертей новонароджених.

Перша стратегічна ціль Глобального плану дій закликає поліпшувати та інвестувати медичну допомогу під час пологів, народження, 1-ї доби та перших 7 днів життя. Вважаємо, що в наших умовах до зазначеної стратегічної цілі слід додати ще один критичний період – від 28-ї доби до 1-го року життя. У цьому аспекті перспективним є запровадження системи катамнестичного спостереження і раннього втручання з метою зменшення частоти хронічної інвалідизуючої патології перинатального періоду, яка є основною причиною смерті дітей після 28-ї доби життя. Тому вважаємо, що цей напрям має бути відображений у Національному плані дій.

Слід зазначити, що для ВООЗ важливим завданням є зменшення смертей ще в анте- та інтранатальному періоді. В Україні майже 43% дітей помирає ще до свого народження, і саме в цей період пріоритетом для вітчизняної перинатальної служби має стати припинення попереджувальних смертей.

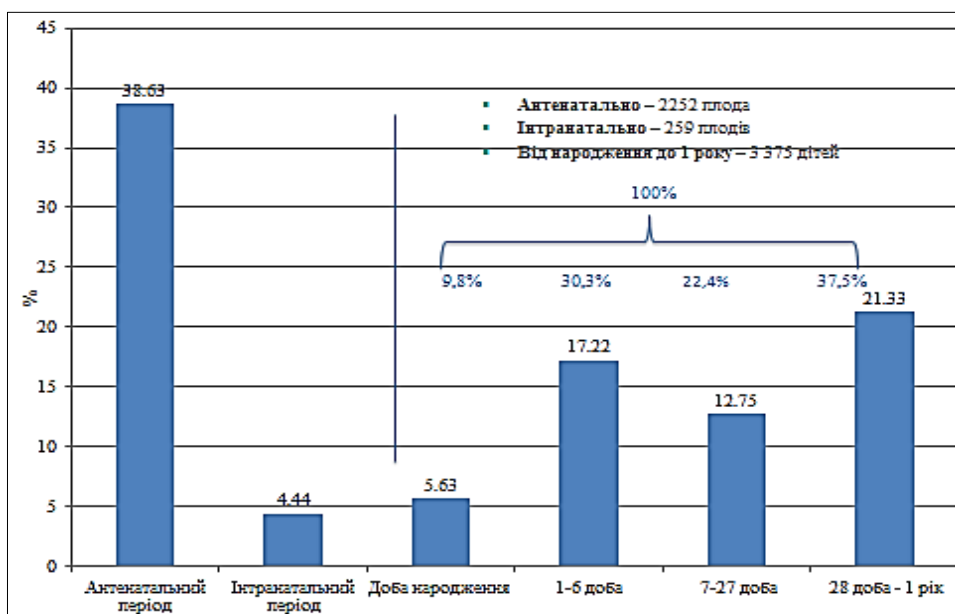


Рис. 1. Розподіл втрат дітей в Україні за часом у 2014 р.

За результатами дослідження (рис. 2), протягом перших 7 днів життя найбільше дітей помирає в перинатальних центрах і центральних районних лікарнях – відповідно 30,16% та 28,32%. Якщо втрати дітей у перинатальних центрах є закономірними, оскільки в ці заклади госпіталізуються жінки з групи високого ризику, то втрати дітей у центральних районних лікарнях, скоріш за все, є попереджувальними. Підтвердженням цього є дані, представлені на рисунку 3. Аналіз втрат новонароджених за вагою при народженні та рівнем закладу засвідчив, що в центральних районних лікарнях і дитячих лікарнях ми втрачаємо більш зрілих дітей – з вагою понад 1500 г, а в перинатальних центрах і пологових будинках – передчасно народжених із вагою менше за 1500 г. Звідси впливають запитання: «Чи є умови в центральних районних лікарнях для проведення первинної реанімації новонароджених?», «Чи увесь медичний персонал навчений проведенню первинної серцево-судинної реанімації?», «Чи адекватний рівень оснащення центральних районних лікарень базовим обладнанням?» і головне – «Чи можемо ми охопити усіх новонароджених якісною медичною допомогою?». У Глобальному плані дій у рамках ініціативи «Кожен Новонароджений» третя стратегічна ціль спрямована саме на охоплення якісною медичною допомогою кожної жінки та дитини з метою зменшення нерівного доступу до медичної допомоги. Тому вважаємо, що подальша регіоналізація перинатальної допомоги має стати пріоритетом національного плану дій з припинення попереджувальних смертей серед новонароджених.

Що стосується смерті дітей упродовж першого року життя, то цілком логічно, що майже половина дітей помирає в дитячих лікарнях. Але в такому випадку постають питання щодо рівня ресурсного забезпечення, можливостей проведення сучасних лікувально-діагностичних технологій та надання якісної допомоги малюкам саме в дитячих лікарнях. На цих аспектах

надання медичної допомоги наголошує друга стратегічна ціль Глобального плану дій у рамках ініціативи «Кожен Новонароджений» – поліпшення якості допомоги матерям і дітям.

Основними причинами смерті новонароджених у світі є передчасне народження, інтранатальні ускладнення (асфіксія) та неонатальні інфекції. В Україні структура основних причин смертності дещо інша. Найбільшу частку становлять природжені аномалії (16,9% проти 10% у середньому у 195 країнах світу), інфекції специфічні для перинатального періоду, включаючи пневмонію, (18,5% проти 20% у світі) та внутрішньоутробна гіпоксія та асфіксія в пологах (13,7% проти 23% у світі) [1]. На жаль, ми мало можемо вплинути на розвиток вроджених аномалій розвитку в плодів, проте можемо попередити втрати новонароджених унаслідок асфіксії та неонатальних інфекцій. У цьому аспекті саме підвищення якості надання медичної допомоги жінкам під час пологів, а дітям – відразу після народження залишаються актуальними для України, незважаючи на масштабні зусилля, які вже були зроблені (оновлення наказу з первинної реанімації новонароджених, створення тренінгових центрів із первинної реанімації та проведення навчання медичного персоналу з первинної реанімації новонароджених). Що стосується неонатальних інфекцій, то мають бути запроваджені ресурсно незатратні алгоритми визначення дітей групи високого ризику щодо розвитку інфекційного процесу й сучасні бактеріологічні методи для діагностики сепсису з метою своєчасного призначення антибактеріальної терапії. Таким чином, заходи з вирішення пріоритетних для України питань – зменшення частоти асфіксії та внутрішньоутробних і госпітальних інфекцій – конгруентні з другою та третьою стратегічними цілями Глобального плану дій, що стосуються підвищення якості надання медичної допомоги й максимального рівня охоплення нею усіх новонароджених.

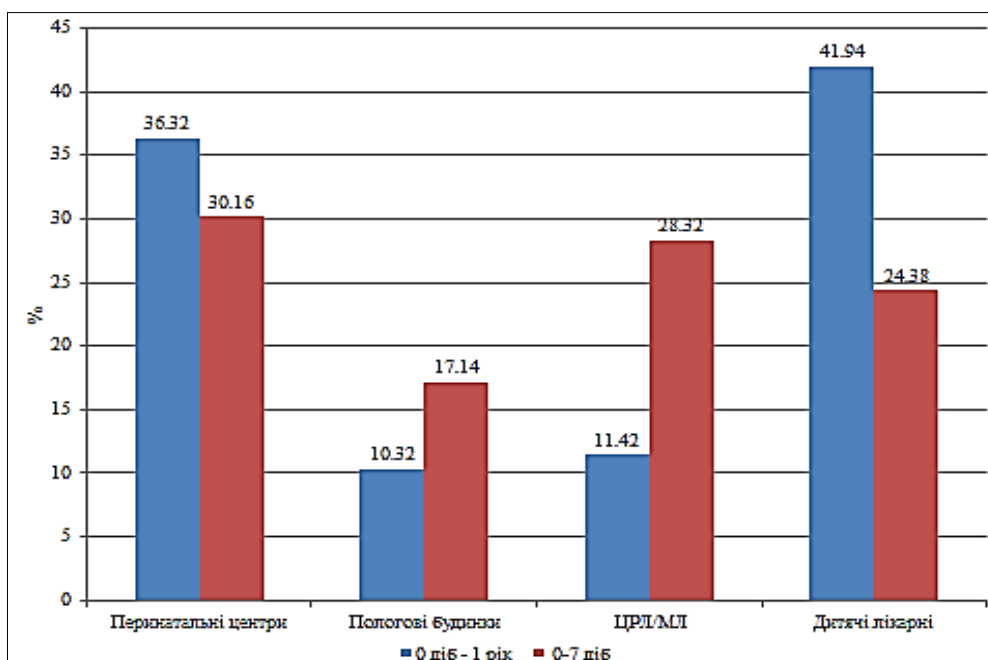
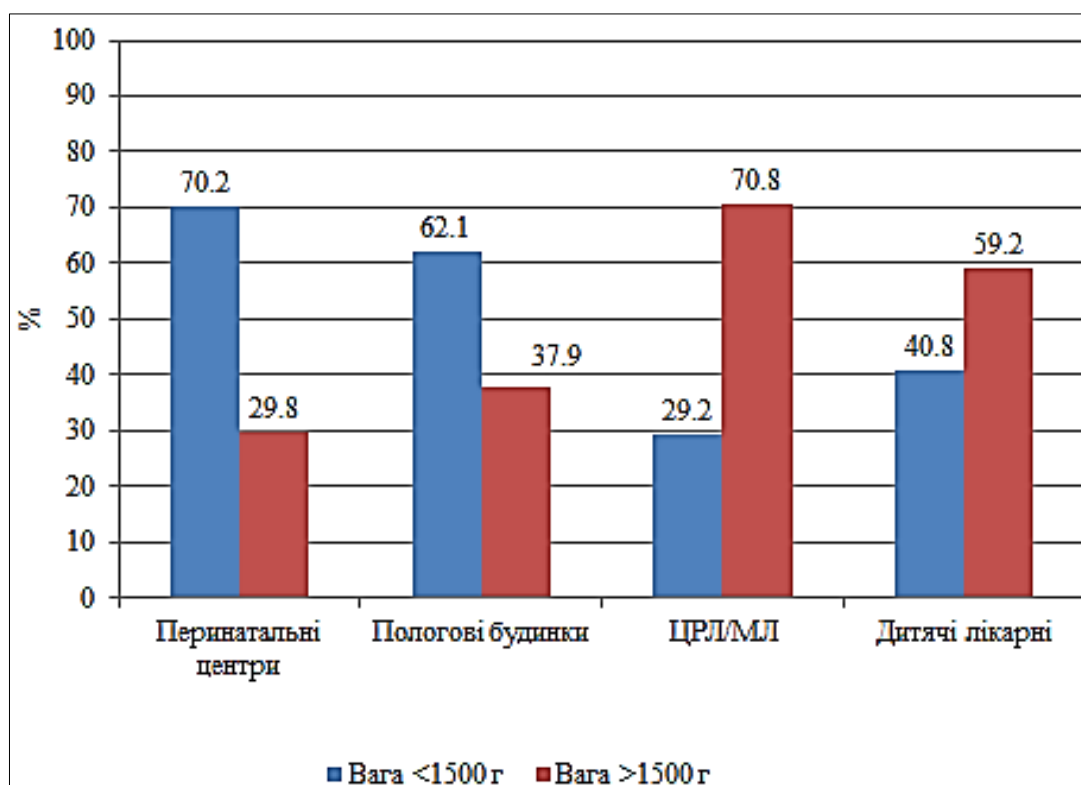


Рис. 2. Розподіл втрат дітей за часом смерті та рівнем закладу охорони здоров'я в Україні



**Рис. 3.** Розподіл втрат новонароджених за вагою при народженні та типом закладу

Другою стратегічною ціллю Глобального плану дій є поліпшення якості допомоги матерям і дітям, але, за даними таблиці, у більшості відділень інтенсивної терапії відсутнє обладнання для запровадження сучасних діагностичних технологій, зокрема, діагностики вроджених вад розвитку, виявлення порушень слуху, діагностики ретинопатії, а також для запровадження сучасних лікувальних технологій з високим рівнем доказовості – проведення СРАР-терапії з першої хвилини життя передчасно народженим дітям, високочастотної вентиляції для лікування тяжких уражень легень, лікувальної гіпотермії в доношених дітей при асфіксії тощо.

Одним із положень резолюції 67/14.2 Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я є зміцнення інформаційних систем для кращого контролю за якістю медичної допомоги, а також відстеження прогресу в напрямку припинення попереджувальних втрат матерів і дітей, а також мертвонароджень. На сьогодні медична допомога являє собою складну систему, яка передбачає взаємодію лікарів, медсестер та іншого медичного персоналу, а також складних приборів, обладнання та виконання безлічі процедур. Правильна організація взаємодії цих елементів і процесів є найбільш складною, але, поряд із цим, – головним завданням у системі організації управління якістю медичної допомоги.

Таблиця  
**Рівень оснащення відділень  
інтенсивної терапії новонароджених  
сучасним лікувально-діагностичним обладнанням у 2014 р.**

Обладнання	Перинатальні центри	Пологові будинки	Дитячі лікарні
Апарат високочастотної вентиляції (на 1 ВІТН)	0,6	0,1	0,7
Апарат для неінвазивної вентиляції (на 1 ліжко)	0,2	0,07	0,18
Апарат для СРАР-терапії (на 1 ліжко)	0,3	0,29	0,12
Монітори з капнографією (на 1 ліжко)	0,18	0,02	0,16
Амплітудна електроенцефалографія (на 1 ВІТН)	0,5	0	0,2
Апарат рентгенівський (на 1 ВІТН)	0,9	0,26	0,66
Апарат УЗД із доплером (на 1 ВІТН)	0,6	0,0	0,4
Лампа бінакулярна (на 1 ВІТН)	0,2	-	-
Апарат для аудіомоніторингу (на 1 ВІТН)	0,2	0,05	0,09
Апарат для лікувальної гіпотермії (на 1 ВІТН)	0,1	0	0,03

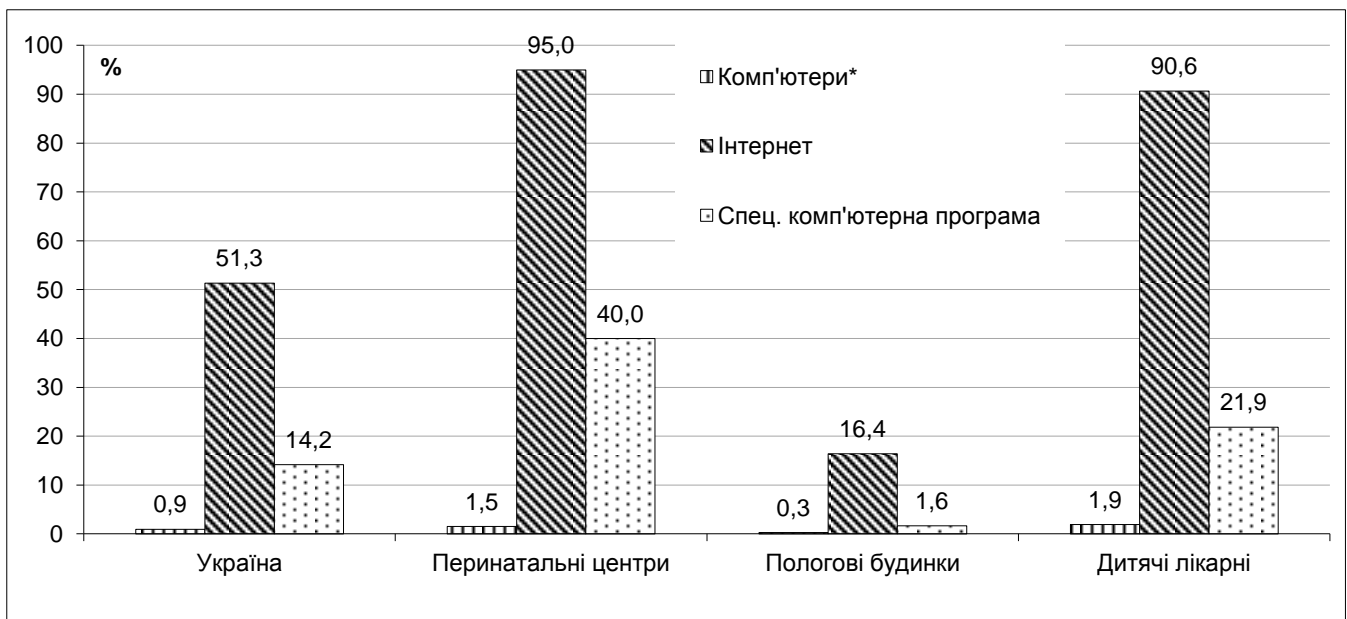
П'ята стратегічна ціль Глобального плану дій наголошує на потребі відстеження кожного новонародженого через розробку спеціальних програм, систему заходів і відповідальність. Але, за результатами аналізу уніфікованих форм звітності, не всі заклади мають доступ до Інтернет, а кількість комп'ютерів становить дещо більше ніж 1 комп'ютер на 1 структурний підрозділ, що унеможливило запровадження сучасних інформаційних і моніторингових технологій (рис. 4). Слід зазначити, що телемедичні консультації пологових будинків перинатальними центрами можуть стати одним зі шляхів підвищення якості надання медичної допомоги новонародженим саме в пологових будинках, що також сприятиме зменшенню попереджувальних смертей серед дітей.

Тому створення єдиного інформаційного простору та проведення моніторингу за стандартними індикаторами, що характеризують якість надання медичної допомоги, має бути пріоритетом Національного плану дій з припинення попереджувальних смертей новонароджених.

У Глобальному плані дій четверта стратегічна ціль стосується залучення батьків, сім'ї та громади до вирішення питань, пов'язаних із припиненням попереджувальних смертей новонароджених. В Україні є позитивні приклади такої співпраці. Це – і групи підтримки грудного вигодовування, створені майже в кожному

акушерському стаціонарі, і співпраця з фондом «Раненько», метою якого є допомога сім'ям, що мають передчасно народжених дітей. Але вважаємо, що така робота повинна продовжуватись на дещо вищому рівні і стосуватись залучення місцевої еліти до фінансової допомоги закладам, які надають медичну допомогу матерям і дітям.

Плідною може бути співпраця з громадськими екологічними організаціями щодо поширення інформації з впливу несприятливих факторів навколишнього середовища на розвиток вроджених вад у дітей – патології, яка має найбільшу частку в структурі смертності новонароджених. У цьому аспекті міжнародні громадські екологічні організації мають величезний досвід роботи, зокрема, з підготовки інформаційних матеріалів із впливу факторів навколишнього середовища на здоров'я вагітної та її ще не народжену дитину, шляхів поширення такої інформації серед громади, шляхів співпраці з місцевою владою для залучення додаткових коштів у заходи, що стосуються здоров'я та екології тощо. Тому залучення громадських організацій до вирішення питань додаткового інвестування у медичну допомогу, що надається новонародженим, і посилення інформаційної роботи серед населення також має стати пріоритетом Національного плану дій.



Примітка: \* – з розрахунку на 1 структурний підрозділ

**Рис. 4.** Частка структурних підрозділів закладів різних типів, що мають доступ до Інтернет, і рівень забезпечення їх комп'ютерами

## ВИСНОВКИ

Таким чином, головними пріоритетами служби неонатології в Україні є такі:

1. Адекватне фінансове та ресурсне забезпечення неонатальних підрозділів і подальша регіоналізація перинатальної допомоги з метою підвищення доступу до якісної медичної допомоги усіх верст населення,

включаючи найбільш вразливих і тих, що живуть у віддалених районах.

2. Подальша уніфікація / стандартизація надання медичної допомоги новонародженим і створення єдиного інформаційного простору, електронного медичного документообігу та реєстру новонароджених, які народились хворими або передчасно.

3. Організація системи спостереження, раннього втручання та паліативної допомоги дітям із хронічною перинатальною патологією на основі системного підходу.

4. Підвищення якості та безпеки надання медичної допомоги, запровадження сучасних лікувально-діагностичних технологій і створення оптимальної структури для надання спеціалізованої допомоги (нейрохірургічної, кардіохірургічної, офтальмологічної, хірургічної допомоги тощо).

5. Співпраця з громадськими організаціями для вирішення питань додаткового інвестування в медичну допомогу, що надається новонародженим, і посилення інформаційної роботи серед населення.

Для реалізації зазначених пріоритетів потрібно розробити Національний план дій у рамках ініціативи ВООЗ, ЮНІСЕФ «Кожен Новонароджений», метою якого є припинення попереджувальних смертей новонароджених і зменшення частоти розвитку інвалідизуючої патології серед дітей України. Для цього потрібно визначити чіткі

національні цілі щодо зниження показників неонатальної та малюкової смертності, адаптувати та запровадити документ «Ініціатива з якості «Кожна Жінка, Кожен Новонароджений», моніторувати основні показники ініціативи «Кожен Новонароджений», ввести в дію перинатальний аудит і запровадити систему підзвітності в пост-2015 структурі.

Імплементація на національному рівні має включати оновлення існуючої національної стратегії в системі охорони здоров'я, цільові показники охоплення та основні орієнтири ініціативи «Кожен Новонароджений», а також 5 цілей Глобального плану дій.

### **ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ**

У подальшому необхідно розробити національний план дій з припинення попереджувальних смертей новонароджених за методологією ініціативи ВООЗ «Кожен Новонароджений».

### **ЛІТЕРАТУРА**

1. Every Newborn: an action plan to end preventable deaths [Electronic resource]. – Access mode : [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/newborn/enap\\_consultation/en](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/enap_consultation/en). – Title from screen.
2. The Global Strategy For Women's, Children's And Adolescents' Health (2016–2030)\_Every Woman Every Child [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/en>. – Title from screen.
3. WHO Releases Guidelines for Reducing Maternal, Newborn Deaths [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.medscape.com/viewarticle/855582>. – Title from screen.

**Дата надходження рукопису до редакції: 14.10.2015 р.**

**Обоснование приоритетов Национального плана действий по прекращению предотвратимых смертей новорожденных в рамках глобальной стратегии ООН «Каждая Женщина, каждый Ребенок»**

Е.Е. Шунько<sup>1</sup>, Е.М. Ковалева<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

<sup>2</sup>ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава, Украина

**Цель** – обосновать приоритеты Национального плана действий по прекращению предотвратимых смертей среди новорожденных в Украине.

**Материалы и методы.** Проведен контент-анализ рекомендательной базы ООН, Совета Европы в области здравоохранения и ВОЗ о прекращении предотвратимых смертей среди новорожденных, а также анализ базы данных «MATRIX-BABIES» и унифицированных форм отчетности областных неонатологов за 2014 год.

**Результаты.** Основными приоритетами Национального плана действий по прекращению предотвратимых смертей среди новорожденных являются: адекватное финансовое и ресурсное обеспечение неонатальных подразделений; дальнейшая регионализация перинатальной помощи; дальнейшая унификация/ стандартизация оказания медицинской помощи новорожденным и создание единого информационного пространства; организация системы наблюдения, раннего вмешательства и паллиативной помощи детям с хронической перинатальной патологией; повышение качества и безопасности оказания медицинской помощи; сотрудничество с общественными организациями.

**Выводы.** Для реализации указанных приоритетов нужно разработать свой национальный план действий в рамках инициативы ВОЗ, ЮНИСЕФ «Каждый Новорожденный», целью которого является прекращение предотвратимых смертей новорожденных и уменьшение частоты развития инвалидизирующей патологии среди детей Украины.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** предотвратимые смерти, инициатива «Каждый Новорожденный», Национальный план действий.

**Justification of the priorities of the National Action Plan to end preventable deaths of newborns within the global strategy of the UN «Every Woman Every Child»**

Ye.Ye Shunko<sup>1</sup>, O.M. Kovalova<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>HGEIU «Ukrainian Academy of Medical Dental», Poltava, Ukraine

**Purpose** – to substantiate the priorities of the national action plan to end preventable deaths of infants in Ukraine

**Materials and methods.** A content-analysis of the of UN, Council of Europe recommendations in the field of health and WHO to end the preventable deaths of infants, as well as analysis of the database «MATRIX-BABIES» and standardized reporting forms of regional neonatologists for 2014 was conducted.

**Results.** The main priorities of the National Action Plan to end preventable neonatal deaths are: adequate financial and resource support of the neonatal units; further regionalization of perinatal care; subsequent unification/standardization of neonatal care and to create a unified information area; organization of surveillance systems, early intervention and palliative care for children with chronic perinatal pathology; improving the quality and safety of health care; cooperation with NGOs.

**Conclusions.** To implement these priorities need to develop a national action plan in the framework of the WHO, UNICEF «Every Newborn», whose goal is to end the preventable deaths of newborns and reducing the incidence of disabling diseases among children in Ukraine.

**KEY WORDS:** preventable death, the initiative «Every Newborn», the National Action Plan.

**ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ**

**Шунько Єлизавета Євгенівна** – д.мед.н., проф., зав. кафедри неонатології НМАПО імені П.Л. Шупика, вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, 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.

## КОНЦЕПЦІЯ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я (ПРОЕКТ)

### ПРОБЛЕМИ, ЯКІ ПОТРЕБУЮТЬ РОЗВ'ЯЗАННЯ

Держава розглядає здоров'я населення як одну з найбільших цінностей, що є необхідним компонентом розвитку та соціально-економічного процвітання України. Саме тому створення оптимальних умов для реалізації потенціалу кожного громадянина впродовж усього життя та досягнення адекватних стандартів якості життя та благополуччя населення є одним із основних завдань Стратегії сталого розвитку «Україна–2020», затвердженої Указом Президента України від 12 січня 2015 року № 5, та частиною зобов'язань у рамках Угоди про асоціацію між Україною та ЄС.

Збереження здоров'я та повноцінного життя громадян є однією з найважливіших цілей світової спільноти, що відображено у засадах європейської політики «Здоров'я-2020: основи Європейської політики в підтримку дій держави і суспільства в інтересах здоров'я і благополуччя».

З часів незалежності система охорони здоров'я в Україні збереглася майже у незмінному стані. Успадкована з радянського періоду комплексна модель Семашка, що належала і фінансувалась державою, була спрямована на утримання лікарень, з надзвичайно фрагментованим управлінням, постійними оглядами та послугами, що були зосереджені на лікуванні нетяжких гострих станів та фактичною відсутністю профілактики. Система ігнорувала потреби здорового населення та не могла відповісти на зростаючий тягар неінфекційних захворювань.

За роки незалежності поодинокі заходи з реформування тільки поглибили кризу медичної галузі. До критичної ситуації призвели ряд чинників, включаючи соціально-економічну кризу, несприятливу екологічну ситуацію, високий рівень поширеності тютюнопаління, вживання алкоголю та наркотиків, недостатні фізичні навантаження та нездорове харчування тощо, до яких додалася військова агресія на сході країни.

З огляду на це актуальною є комплексна реформа сфери громадського здоров'я, яка передбачає заходи, що вживає держава для попередження захворювань та збереження здоров'я своїх громадян.

Поодинокі елементи системи громадського здоров'я існують і зараз, однак вони діють незлагоджено та застарілими методами.

Центральним елементом системи громадського здоров'я тривалий час залишалася Державна санітарно-епідеміологічна служба, яка «забезпечувала» санітарне та епідемічне благополуччя населення. Структура і потенціал Державної санітарно-епідеміологічної служби, а також її діяльність, які були традиційно орієнтовані на профілактику та боротьбу з інфекційними хворобами шляхом регламентації факторів ризику і проведення контролю за дотриманням вимог санітарного законодавства, залишились не адаптованими до нових викликів стосовно здоров'я суспільства та не відповідають сучасним підходами епідеміологічного нагляду та

зміцнення здоров'я. Зосередженість на тотальному контролі стала результатом непослідовної урядової політики, призвела до погіршення бізнес-клімату в країні та не покращила ситуації щодо рівня захворюваності населення.

Функції громадського здоров'я частково виконують інші державні органи влади та органи місцевого самоврядування, які не належать до системи охорони здоров'я, – Державна екологічна інспекція, Державна ветеринарна служба, Державна служба України з надзвичайних ситуацій, Державна архітектурно-будівельна інспекція та інші.

Водночас вони не створюють з Держсанепідслужбою єдиної системи, а конкурують між собою, функції та повноваження дублюються, якісний та ефективний обмін інформацією не здійснюється. У результаті функції з моніторингу, аналізу та оцінки ризиків стану здоров'я населення відійшли на другий план, а основна діяльність Держсанепідслужби зосереджена у конкурентній площині контрольно-наглядової діяльності та надання адміністративних послуг. Горизонтальні комунікації між задіяними центральними органами виконавчої влади використовуються неефективно.

У рамках реформи контрольно-наглядових органів передбачено консолідацію функцій державного контролю та нагляду. Постановою Кабінету Міністрів України №442 від 10.09.2014 року створено Державну службу безпечності харчових продуктів та захисту споживачів, на яку покладаються, серед іншого, функції контролю за санітарно-епідемічною ситуацією. При цьому Державна санітарно-епідеміологічна служба ліквідується.

Контрольно-наглядову діяльність Держсанепідслужби підтримувала лабораторна мережа (державні установи) на регіональному рівні (область, райони), яка здійснює дослідження, бере участь у епідрозслідуваннях та має право надавати платні послуги. Незважаючи на розгалуженість лабораторної мережі, оснащення лабораторій переважно є застарілим та недостатнім для проведення моніторингу стану здоров'я населення та розробки пропозицій до державної політики щодо зміцнення здоров'я населення та попередження захворювань.

Крім системи санітарно-епідеміологічної служби були створені системи епідеміологічного нагляду за окремими інфекційними хворобами, зокрема ВІЛ-інфекцією, туберкульозом, інфекціями, що передаються статевим шляхом, зі своєю ієрархією на центральному та регіональному рівнях.

При цьому система звітності про захворювання є неструктурованою. Відсутні всеохоплюючі інформаційні системи обліку, моніторингу захворювань, які б надавали об'єктивну картину у режимі реального часу. Уся звітність або повністю ведеться на паперових носіях, або дублюється на них, що значно сповільнює процес передачі актуальної інформації, призводить до необґрунтованих витрат людських ресурсів та не використовується для прийняття управлінських рішень.



На регіональному та районному рівнях створені центри здоров'я, які також мають виконувати деякі функції громадського здоров'я, однак вони мають недостатнє фінансування, не інтегровані у загальну систему громадського здоров'я, концептуальне бачення їх ролі у подальшому не визначене.

Залучення громадянського суспільства, включаючи як бізнесові структури, так і неурядові громадські організації, до процесу формування та реалізації політики громадського здоров'я загалом є формальним.

У системі охорони здоров'я на національному рівні у сфері управління Міністерства охорони здоров'я України існує ряд державних установ, закладів та підприємств, які здійснюють діяльність у сфері громадського здоров'я без належної координації та відчутних результатів.

Розгалужена мережа науково-дослідних інститутів та аналітично-дослідних установ, що працюють у галузі епідеміології, інфектології, гігієни праці, гігієни навколишнього середовища тощо, яка нараховує понад десяток організацій як у структурі МОЗ, так і в структурі НАМН України, не дала з часів незалежності позитивного розвитку системи громадського здоров'я. Медична наука не інтегрована у світовий науковий простір, не використовує сучасні методи аналізу та моделювання ситуації. Це призвело до того, що система формування політики у сфері громадського здоров'я майже не підкріплена науковими розробками.

Система санітарних норм та правил, що була сформована за радянських часів, не відповідає ні вимогам сьогодення, ні сучасному законодавчому полю, ні законодавству та кращим практикам ЄС. Санітарне законодавство фактично не переглядалося і досить часто використовує стандарти та норми, створені за часів Радянського Союзу. Усе це призвело до правового нігілізму, коли більшість визначених норм не дотримується.

Внаслідок такого стану справ не реалізуються належним чином й Міжнародні медико-санітарні правила (2005), імплементація яких у систему охорони здоров'я країни є частиною європейської інтеграції України.

Політика розвитку людських ресурсів у галузі є нескоординованою, систему підвищення кваліфікації фактично замінено на періодичні атестації, відсутні системи мотивації та прозорого просування по службі. Значною проблемою залишається низька оплата праці, що призводить до неможливості залучати високопрофесійні кадри. Критичною для формування політики у цій сфері є відсутність спеціальності та спеціалізації «громадське здоров'я».

Система фінансування галузі залишається неефективною. Існує постійна проблема недофінансування державних програм, що призвело, наприклад, до зниження охоплення вакцинацією населення. Програми боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом та туберкульозом суттєво залежать від допомоги, що надається міжнародними донорами. Водночас значні ресурси витрачаються на утримання інфраструктури, а не фінансування за результат.

Ситуація значно ускладнюється через збройний конфлікт на сході України та тимчасову окупацію АР Крим. Зросла кількість вимушених переселенців з окупованих

територій. На окупованих територіях населення не має (або має значно обмежений) доступу до медикаментів та медичних послуг, постачання води та енергетичних ресурсів (електроенергія, газ) є нестабільним. Інфраструктура зазнала значних руйнувань під час ведення військових дій. Система охорони здоров'я в Україні, зокрема медицина катастроф, неспроможна забезпечити достатній рівень послуг у цій ситуації, так само як і відсутня оцінка впливу на здоров'я будь-якої надзвичайної ситуації.

Структурні реформи, які запроваджуються у системі охорони здоров'я, вимагатимуть розвитку інвестицій в охорону здоров'я та пріоритетизації їх використання на засадах доказів.

Таким чином, за умов, що склалися сьогодні в Україні, виникає необхідність розробки нових підходів та програм для вирішення проблем громадського здоров'я, оскільки наявна система медичної допомоги фактично ігнорує профілактичну складову. У даній концепції закладені засади переорієнтації охорони здоров'я від політики лікування до політики зміцнення здоров'я і попередження захворювань.

### **МЕТА КОНЦЕПЦІЇ**

Концепція визначає напрямки, механізми і строки формування системи громадського здоров'я з метою розроблення та реалізації ефективної державної політики для зміцнення здоров'я, попередження захворювань, подовження активного та працездатного віку та заохочення громадян до здорового способу життя шляхом об'єднаних зусиль усього суспільства.

### **ШЛЯХИ І СПОСОБИ РОЗВ'ЯЗАННЯ ПРОБЛЕМ**

1. Визначені проблеми передбачається реалізувати шляхом:

- створення єдиної багатосекторальної системи громадського здоров'я з координуючою роллю Міністерства охорони здоров'я України, що включатиме органи державної влади, органи місцевого самоврядування, бізнес-середовище, об'єднання громадян, науковців тощо;

- гармонізація законодавчої і нормативно-правової бази у сфері громадського здоров'я з європейським законодавством;

- запровадження інтегрованого підходу до проблем громадського здоров'я і факторів, що його обумовлюють, для раціонального використання людських та наявних матеріальних ресурсів через створення Центру громадського здоров'я при Міністерстві охорони здоров'я України з міжрегіональними структурними підрозділами;

- поєднання принципів централізації та децентралізації через передачу окремих функцій у сфері громадського здоров'я та ресурсів органам місцевого самоврядування на обласному рівні;

- розробки та створення механізмів визначення пріоритетів у сфері громадського здоров'я, які повинні першочергово забезпечуватись фінансуванням;

- удосконалення аналітичної та інформаційної складових у сфері охорони здоров'я; уніфікація підходів до

збору, обробки, накопичення та використання інформації про здоров'я населення; створення інформаційних баз даних та обміну інформацією у режимі реального часу;

- проведення постійних інформаційно-просвітницьких заходів, спрямованих на формування у населення навичок здорового способу життя та вирішення ключових проблем громадського здоров'я;

- переорієнтування системи тотального контролю на систему, яка стимулює особисту відповідальність за збереження здоров'я та зміцнення соціальної свідомості;

- запровадження нових механізмів фінансування системи громадського здоров'я, забезпечення прозорості та підзвітності використання доступних ресурсів;

- чітке розмежування повноважень між державними структурами, неурядовими організаціями та приватним сектором у ході реалізації політики з питань громадського здоров'я.

2. У результаті розв'язання проблеми зазначеним шляхом в Україні повинна функціонувати наступна система громадського здоров'я:

**2.1.** Формування політики у сфері громадського здоров'я:

- Кабінет Міністрів України;
- Міністерство охорони здоров'я України (Департамент громадського здоров'я) – формування державної політики громадського здоров'я;

- органи місцевого самоврядування (обласні ради) – формування регіональних програм громадського здоров'я.

**2.2.** Організаційно-методичне керівництво у сфері громадського здоров'я:

Центр громадського здоров'я МОЗ України з відокремленими міжрегіональними структурними підрозділами.

**2.3.** Реалізація:

**Центр громадського здоров'я МОЗ України** з відокремленими міжрегіональними структурними підрозділами (не більше 9) з наступними ключовими функціями:

- підготовка пропозицій щодо формування державної політики у сфері громадського здоров'я;

- реалізація державної політики у сфері громадського здоров'я, зокрема:

- організація впровадження державних програм у сфері громадського здоров'я (вакцинація, протидія ВІЛ-інфекції/СНІДу тощо);

- забезпечення проведення епідеміологічного нагляду за інфекційними та неінфекційними хворобами;

- реагування на надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я, що мають загальнодержавне значення;

- виконання функцій референс-лабораторій;
- виконання функцій контактної пункту України з дотримання Міжнародних медико-санітарних правил;

- забезпечення міжнародного співробітництва у сфері громадського здоров'я з інтеграцією України до міжнародних систем епіднадзора;

- організація та проведення наукових та операційних досліджень;

- організаційно-методологічне керівництво центрами громадського здоров'я органів місцевого самоврядування.

**Територіальні центри громадського здоров'я (комунальні заклади/установи/підприємства)**, що знаходяться в управлінні обласних державних адміністрацій (після внесення змін до Конституції України – виконавчих комітетів обласних рад) з наступними ключовими функціями:

- визначення пріоритетів у формуванні регіональної політики та стратегічного управління з питань громадського здоров'я;

- розроблення та реалізація комплексних заходів та програм з профілактики та лікування захворювань, які спричиняють найбільший негативний соціально-демографічний та економічний вплив для цього регіону;

- ведення чіткої та прозорої регіональної системи звітності за результатами впровадження програм і проектів у сфері громадського здоров'я та проведення громадських слухань з обговорення стану здоров'я населення та його детермінант;

- забезпечення координації дій у сфері громадського здоров'я усіх секторів державного управління та зацікавлених сторін на регіональному рівні;

- виконання замовлення Центру громадського здоров'я МОЗ, у тому числі й на умовах аутсорсингу;

- реагування на надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я, що мають регіональне значення (наприклад, спалахи інфекційних хвороб);

- підтримка та розвиток систем епіднадзора, проведення оцінки та комплексного аналізу основних факторів ризику (поведінкові, біологічні, інші) та соціальних детермінант здоров'я;

- картування захворюваності та поширеності, аналіз тенденцій, прогалин та нерівностей у доступності медичної допомоги, планування та організація спеціальних досліджень (включаючи скринінгові програми);

- формування баз даних про стан здоров'я населення та середовища життєдіяльності людини, створених на основі результатів аналізу причинно-наслідкових зв'язків між станом здоров'я населення та впливом на нього факторів середовища життєдіяльності людини;

- розроблення і реалізація регіональних стратегій з питань формування усвідомленого і відповідального ставлення населення до власного здоров'я та особистої безпеки;

- проведення комунікаційних кампаній у сфері громадського здоров'я.

**Центральні органи виконавчої влади** та їх територіальні підрозділи (Держпродспоживслужба, Держекоінспекція, Держпраці, Держмитслужба та інші) – проведення контролюючо-наглядової діяльності, забезпечення реалізації функцій ММСП у пунктах пропуску через державний кордон.

**3.** Державна мережа лабораторій для реагування на надзвичайні події у сфері громадського здоров'я буде ґрунтуватися на лабораторіях з рівнем захисту не нижче BSL-2. У зазначених лабораторіях будуть створені спеціалізовані протиепідемічні бригади (СПЕБ) для надання практичної допомоги органам охорони здоров'я

областей і міст України в ліквідації масових спалахів інфекційних хвороб та неінфекційних захворювань/отруєнь, медичних наслідків стихійних лих та інших надзвичайних ситуацій.

### **ПРИНЦИПИ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я**

- Міжсекторальний підхід
- Орієнтованість на людину
- Спільна відповідальність
- Заснованість на доказах
- Ризик-орієнтований підхід
- Інклюзивність
- Економічна доцільність
- Поєднання принципів централізації та децентралізації
- «Здоров'я у всіх політиках»

### **ЗАВДАННЯ**

#### **Створення єдиної системи громадського здоров'я, що передбачає:**

- запровадження принципу «Здоров'я у всіх політиках» шляхом внесення в пояснювальну записку до законодавчих та нормативно-правових актів окремого розділу щодо оцінки їх впливу на здоров'я людини (населення);
- визначення ролі та функцій Міністерства охорони здоров'я як основної урядової структури, відповідальної за розробку політичних рішень та законодавства у галузі громадського здоров'я;
- консолідація аналітичних, дослідних, лабораторних установ Міністерства охорони здоров'я та створення єдиного Центру громадського здоров'я МОЗ України з переважно аналітично-дослідними та інформаційно-просвітницькими функціями шляхом об'єднання існуючих установ і закладів МОЗ та Держсанепідслужби України;
- налагодження ефективного механізму співпраці з усіма дотичними центральними органами виконавчої влади з метою обміну інформацією про показники, що впливають на стан здоров'я населення;
- створення обласних центрів громадського здоров'я;
- розробка механізмів функціонування лабораторних підрозділів різних форм власності та підпорядкування як єдиної мережі для реагування на загрози у сфері громадського здоров'я;
- створення національного та регіональних міжвідомчих колегіальних органів з питань громадського здоров'я, що потребують невідкладного вирішення, залучення до роботи таких органів представників громадянського суспільства;
- забезпечення зв'язку з первинною медичною ланкою, зокрема через визначення пріоритетів та проведення спільних заходів,
- запровадження процесу стратегічного планування із залученням зацікавлених сторін, який дозволить окреслити бачення, місію, визначити вимірювані цілі у сфері охорони здоров'я та спланувати

заходи у сфері громадського здоров'я на національному, регіональному та місцевому рівнях.

#### **Удосконалення законодавчої бази, що включає:**

- підготовку пакету законодавчих актів з метою забезпечення функціонування єдиної системи громадського здоров'я, перегляд та оптимізацію регуляторної політики у сфері громадського здоров'я;
- перегляд санітарних норм і правил на основі доказової бази з урахуванням міжнародних практик та сучасних соціально-економічних умов; скасування санітарних норм і правил, що були затверджені до 1991 року та не відповідають сучасним соціально-економічним умовам;
- адаптація чинного законодавства у сфері громадського здоров'я до законодавства ЄС, перехід до застосування технічних регламентів (у частині безпечності нехарчової продукції);
- оптимізація переліку особливо небезпечних і небезпечних інфекційних хвороб, кожен випадок яких підлягає обов'язковому епідеміологічному обстеженню.

#### **Посилення спроможності Міністерства охорони здоров'я та Центру громадського здоров'я, зокрема:**

- посилення інформаційно-аналітичної складової роботи, у тому числі шляхом удосконалення та уніфікації підходів і практик до статистичної звітності та впровадження єдиних інформаційних систем;
- розроблення та впровадження навчальних програм, що ґрунтуються на кращому європейському та міжнародному досвіді;
- перезавантаження процедури проведення державного соціально-гігієнічного моніторингу та формування бази даних про стан здоров'я населення та середовища життєдіяльності людини, створених на основі результатів аналізу причинно-наслідкових зв'язків між станом здоров'я населення та впливом на нього факторів середовища життєдіяльності людини;
- затвердження процесів забезпечення менеджменту якості послуг, що надаються лабораторною ланкою, шляхом стандартизації техніки і процедур діяльності, створення мережі референс-лабораторій, запровадження нових методик досліджень;
- посилення наукової складової з метою удосконалення функцій моніторингу та оцінки ризиків.

#### **Ведення кампанії виваженої інформаційної та комунікаційної політики у сфері громадського здоров'я:**

- забезпечення проведення загальнонаціональних інформаційно-просвітницьких кампаній щодо переваг здорового способу життя, шляхів попередження захворювань;
- проведення переговорів з бізнес-асоціаціями з метою зміцнення здоров'я, промоції здорового/активного способу життя та здорового харчування;
- запровадження грантових програм для громадських об'єднань та формування соціального замовлення.

#### **Консолідація державних ресурсів та удосконалення фінансування галузі:**

- поетапне зменшення ресурсів на утримання інфраструктури, зокрема шляхом скорочення кількості установ, відмова від державного фінансування лабораторної

мережі на районному рівні, створення міжрегіональних (міжобласних) лабораторних центрів; поетапне довгострокове скорочення персоналу за рахунок запровадження сучасних технологій та методів роботи тощо;

- передбачення цільових видатків на виконання загальнодержавних і територіальних програм профілактичного спрямування, із залученням коштів державного бюджету, місцевих бюджетів та інших джерел, не заборонених законодавством;

- 100% забезпечення лікувальної мережі вакцинами відповідно до Календарного плану щеплень МОЗ;

- створення можливостей для отримання додаткового фінансування регіональних і міських ініціатив у сфері охорони здоров'я, втручань та дій у сфері промоції здорового способу життя шляхом проведення відкритих конкурсів на засадах конкуренції та відбору найкращих пропозицій;

- формування державної політики та принципів державно-приватного партнерства на вирішення соціально значущих проблем громадського здоров'я.

### ЕТАПИ РЕАЛІЗАЦІЇ РЕФОРМИ

**Перший квартал 2016 року** – створення інституційних та законодавчих засад для реформування системи громадського здоров'я:

- затвердження структури та штатного розпису Центру громадського здоров'я, проведення відкритого конкурсу на посаду керівника новоствореного центру;

- скасування застарілих санітарних норм та правил, підготовка плану розроблення нових регуляторних актів, адаптованих до законодавства ЄС, створення робочих груп;

- розроблення та забезпечення прийняття законодавчих змін до законів, які діють у сфері громадського здоров'я;

- здійснення заходів щодо передачі лабораторних комплексів Державної санітарно-епідеміологічної служби України у сферу управління Міністерства охорони здоров'я України з подальшою, після проведення адміністративно-територіальної реформи, їх децентралізацією, окрім лабораторій, які будуть залучені до системи біологічної безпеки держави (лабораторії з рівнем захисту не нижче BSL-2);

- забезпечення адаптації законодавства до законодавства ЄС у найбільш актуальних сферах.

**2016–2017 роки** – налагодження міжсекторальної співпраці, запровадження сучасних методів роботи:

- створення мережі обласних центрів громадського здоров'я;

- створення міжвідомчого колегіального органу з питань громадського здоров'я;

- розроблення та впровадження інформаційних систем збору та обробки інформації;

- впровадження процедур аналізу та оцінки ризиків;

- удосконалення кадрової політики, у тому числі підвищення спроможності персоналу, навчання;

- розроблення регіональних планів дій щодо інфекційних та неінфекційних захворювань;

- запровадження інформаційно-просвітницьких кампаній для населення щодо факторів ризику та здорового способу життя;

- подальша адаптація національного законодавства до вимог ЄС.

**2018–2019 роки** – адаптація законодавства, удосконалення фінансової та матеріальної бази:

- забезпечення адаптації національного законодавства до законодавства ЄС у найбільш актуальних сферах, у тому числі REACH, CLP тощо;

- покращення оснащення лабораторної мережі; створення референс-лабораторій (за напрямками, де вони наразі відсутні); запровадження новітніх технологій, практик та методик досліджень;

- розробка та впровадження нових механізмів фінансування системи громадського здоров'я.

### ОЧІКУВАНІ РЕЗУЛЬТАТИ

Реалізація Концепції сприятиме:

- запровадженню інтегрованого підходу до проблем громадського здоров'я і факторів, що його обумовлюють, з метою раціонального використання наявних людських та матеріальних ресурсів;

- переорієнтації відповідальності за стан здоров'я населення на громадянина та виборні органи відповідного врядування;

- створенню чіткої та прозорої системи звітності за результатами впровадження програм і проєктів у сфері громадського здоров'я та запровадженню громадських слухань з обговорення питань відносно стану здоров'я населення та його детермінант;

- отриманню чіткого розуміння, куди витрачаються бюджетні кошти у сфері громадського здоров'я та індикатори їх використання (ефективно або неефективно);

- опосередкованому зниженню тягаря захворюваності, смертності та інвалідності, пов'язаного з інфекційними хворобами та неінфекційними захворюваннями;

- поліпшенню іміджу фахівців з питань громадського здоров'я та зростанню їх популярності за рахунок змін у підходах до громадського здоров'я (від контролю до підтримки).

### ОБСЯГ ФІНАНСОВИХ РЕСУРСІВ

Фінансування заходів з реалізації Концепції здійснюється з державного та місцевих бюджетів у межах асигнувань, що передбачаються у бюджетах, а також за рахунок міжнародної технічної та фінансової допомоги.

**Зауваження і пропозиції просимо адресувати у МОЗ України.**

## МЕДИЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ КИЇВСЬКОГО УНІВЕРСИТЕТУ СЯТОГО ВОЛОДИМИРА ТА ЙОГО ФАКУЛЬТЕТСЬКІ КЛІНІКИ (ДО 175-РІЧЧЯ КИЇВСЬКОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ)

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

**Мета роботи** – висвітлити історію створення медичного факультету Університету св. Володимира та діяльність його факультетських клінік у XIX столітті.

**Матеріали і методи.** Вивчалися праці з історії України, Києва, Київського університету і медичного інституту, положення про факультетські клініки, їхні звіти, довідники. Застосовано методи системного підходу, контент-аналізу, джерелознавчого та історіографічного аналізу, порівняльно-історичний, проблемно-хронологічний, статистичний.

**Результати.** Заснування Київського університету св. Володимира в 1834 р. стало великою культурною подією, але медичний факультет був відкритий лише в 1841 р. Лікувальна робота розпочалася з 1844 р. у факультетських клініках (терапевтична, хірургічна, очна й акушерсько-гінекологічна), які спочатку знаходилися у головному корпусі, а з 1888 р. – на Бібіковському бульварі. Клініки очолювали провідні фахівці факультету.

**Висновки.** Першими клініками Університету св. Володимира були факультетські клініки, які стали центрами висококваліфікованої медичної допомоги, базою вищої медичної освіти і науки.

**Ключові слова:** Київський університет, медичний факультет, факультетські клініки.

### ВСТУП

Великою культурною подією в житті Києва було заснування університету, якого багато років добивалась українська громадськість. Проте з його відкриттям імперська влада зволікала з політичних причин. Більше того, у процесі наступу на українську культуру і науку вона у 1817 р. закрила Києво-Могилянську академію, яка протягом XVIII століття була базою підготовки кандидатів для навчання на медичних факультетах зарубіжних університетів і госпітальних шкіл Росії, тобто зробила вагомий внесок у забезпечення держави як цивільними, так і військовими лікарями, кадрами викладачів та науковців для всієї імперії.

Проте польське повстання 1830–1831 рр. так налякало імператора Миколу I, що змусило його у 1830 р. закрити такі осередки польської освіти у Північно-Західному (Литва і Білорусь) і Південно-Західному (Правобережна Україна) краях, як Віленський університет і Волинський ліцей у Кременці. Замість них було вирішено створити у стародавній столиці – "матері міст руських" – Києві університет як осередок російської культури на заході Росії, центр русифікації, який мав позбавити український і білоруський народи "згубного" польського впливу. Під назвою Імператорського університету святого Володимира він був створений у 1834 р. [8].

Відповідно до важливих імперських завдань, покладених на Київський університет, на його організацію було виділено значні кошти, збудовано велику будівлю, передано лабораторії та бібліотеки Віленського університету і Кременецького ліцею. На утримання університету передавалися всі кошти колишнього Волинського ліцею, який ще у 1832 р. вирішено перевести з

Кременця до Києва; кошти, призначені для створення у Києві юридичного інституту; пожертви місцевого дворянства на Київську вищу гімназію; капітал, що утворився з пожертв місцевого дворянства на Київську вищу гімназію; капітал, що утворився з пожертви, зробленої П.Т. Демидовим ще у 1803 р. на відкриття університету в Києві. Згодом Київському університету були також передані кошти, призначені на ліцей в Орші [9].

Університет засновувався у складі двох факультетів – юридичного і філософського, який мав два відділи – історико-філологічний і фізико-математичний. Відкриття медичного факультету відкладалося на невизначений термін.

В імператорському указі зазначалося, що університет призначався переважно для жителів Київської, Волинської і Подільської губерній. Для нього було обрано місто Київ, "з давніх літ до заснування університету призначене, рівно дорогоцінне для всієї Росії як колыска святої віри наших предків і разом з тим перший свідок громадської їх самобутності". Він був покликаний "служити з'єднанню польського юнацтва з російським у Києві, цьому колись першопрестольному місті Росії, ґрунтованому вивченню російської мови й словесності, ознайомленню з установами російськими" [12].

**Мета роботи** – висвітлити історію створення медичного факультету Університету св. Володимира та діяльність його факультетських клінік у XIX ст.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У ході роботи вивчалися праці з історії України, Києва, Київського університету і медичного інституту, положення про факультетські клініки, їх звіти, довідники.

Застосовано методи системного підходу, контент-аналізу, порівняльно-історичний, проблемно-хронологічний, статистичний, джерелознавчого та історіографічного аналізу.

### **РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

28 квітня 1840 р. було опубліковано царський указ про заснування у Київському університеті медичного факультету, а 6 травня 1840 р. Міністр освіти С.С. Уваров запропонував Раді університету внести пропозиції "щодо заснування при цьому університеті медичного факультету, і між цим зайнятися міркуваннями про розміщення приладдя його у новій університетській будівлі" [3].

Через брак належного приміщення для медичного факультету його відкриття було намічено на 1842 р., коли мало бути закінчене будівництво головного університетського корпусу. Але потреба в лікарнях, особливо у зв'язку з поширенням епідемій, була настільки великою, що міністр С.С. Уваров на зміну раніше виданого указу вже в грудні 1840 р. запропонував керівництву університету розпочати заняття на факультеті з початку 1841–1842 р. навчального року.

Для тимчасового розміщення медичного факультету було орендовано триповерховий будинок на Лютеранській вулиці, і вже 9 вересня 1841 р. 22 студенти-медики слухали першу лекцію з анатомії, а 12 вересня – з енциклопедії і методології медицини [13].

Медичному факультету було передано частину лабораторного майна і наочного приладдя Віленської медико-хірургічної академії, закритої урядом як один з центрів польського національно-визвольного руху. Через те, що більшість її викладачів були поляками, тільки невелике число осіб з них, визнаних політично безпечними, змогли перейти на роботу до Київського університету.

На той час у Російській імперії функціонували Медико-хірургічна (потім – Військово-медична) академія в Петербурзі, медичні факультети університетів у Москві, Дерпті, Казані, Харкові, але Київському університетові вже при створенні медичного факультету відводилася важлива роль у системі медичної освіти країни. Він мав стати керівним центром для інших медичних факультетів півдня Росії. З цього приводу Міністр освіти С.С. Уваров у доповіді імператору Миколі I писав: "Для приведення до досконалого устрою викладання лікарських наук було б можливим зосередити його у двох головних місцях, а саме у Москві для північної частини імперії і в Києві – для південної частини; у такому порядку університетські (медичні) факультети у Дерпті, Казані та Харкові будуть таким чином служити допоміжними навчальними закладами і увійдуть в одне коло з двома головними" [13].

Термін навчання на медичному факультеті тривав п'ять років, а на інших факультетах – чотири роки. У 1841 р. розпочали навчання 22 студенти, у тому числі 16, які навчалися за казенні кошти, а в 1845 р. закінчили зі званням лікаря лише три особи.

Згідно зі статутом 1842 р., призначеним виключно для Київського університету, медичний факультет мав складатися з 10 кафедр [2,14]:

1) анатомії фізіологічної з макрографією, завідувачі – М.І. Козлов (1841–1844), О.П. Вальтер (1844–1868), В.О. Беє (1868–1890), М.А. Тихомиров (з 1890 р.);

2) фізіології здорової людини: Е.Е. Мірам (1842–1862), О.П. Вальтер (1862–1864), В.Б. Томса (1865–1884);

3) фізіології хворої людини, або патологічної фізіології з патологічною анатомією: М.І. Козлов (1841–1853), О.П. Вальтер (1853–1854), Ю.І. Мазон (1854–1856), Г.Н. Мінх (1876–1895);

4) загальної терапії і лікарського "речовинослів'я" з необхідними вказівками на токсикологію з викладом мінеральних вод і рецептурою: М.І. Козлов (1842–1843), В.В. Беккер (1843–1859), О.П. Вальтер (1859–1861), О.О. Шеффер (1861–1864), Е.Г. Гейбель (1865–1868, 1877–1897), В.І. Дибковський (1868–1870), П.П. Сушинський (1871–1876);

5) оперативної хірургії з хірургічною клінікою: В.А. Караваєв (1841–1861), Ю.К. Шимановський (1861–1868), О.Х. Рінек (1879–1894);

6) теоретичної хірургії з офтальмологією: В.А. Караваєв (1843–1844), В.В. Беккер (1844–1845), О.К. Цільхерт (1846–1848), В.К. Курдюмов (1848–1850), Х.Я. Гюббенет (1850–1870), М.В. Скліфосовський (1870–1871) О.П. Вальтер (1871–1872), С.П. Коломнін (1872–1879), О.Х. Рінек (1878–1881), О.С. Яценко (1882), Ф.К. Борнгаупт (1883–1903);

7) спеціальної терапії у повному обсязі: Ф.С. Цицюрін (1844–1846), С.П. Алфер'єв (1846–1857), Ф.Ф. Мерінг (1857–1864), Ю.І. Мазон (1865–1866), В.Т. Покровський (1866–1877), Л.К. Горєцький (1876–1877), К.Г. Трітшель (1877–1879), Є.І. Афанасьєв (з 1893);

8) терапевтичної клініки з семіотикою: М.І. Козлов (1842–1843), Ф.С. Цицюрін (1844–1857), С.П. Алфер'єв (1857–1864), Ф.Ф. Мерінг (1864–1886);

9) акушерства теоретичного і практичного з викладом хвороб породіль і новонароджених, акушерською клінікою: І.К. Крамаренков (1841), О.П. Матвєєв (1844–1882), Г.Є. Рейн (1883–1900);

10) державного лікарезнавства, до якого належали: а) судова медицина; б) медична поліція з гігієною; в) лікарське законодавство, тобто короткий виклад перебігу справ, порядку служби і устрою лікарського управління в державі, а також відомості про цивільну службу і правознавство в обсязі, необхідному для лікаря; г) ветеринарна поліція з епізоотичними хворобами, завідувачі – І.Ф. Леонов (1842–1853), Ф.Ф. Мерінг (1853–1857), Ф.Ф. Ергардт (1857–1889), М.А. Оболенський (з 1889 р.).

Згодом, особливо після запровадження статуту 1863 р., поступово було відкрито ще такі кафедри:

11) порівняльної анатомії та ембріології, завідувачі – Е.Е. Мірам (1842–1862), П.І. Переміжко (1868–1891);

12) медичної хімії та фізики: М.І. Козлов, О.О. Шеффер (1863–1868), О.С. Шкляревський (з 1869 р.);

13)фармації та фармакогнозії: Л.Ф. Сегет (1843–1853), І.М. Фонберг (1853–1854), М.М. Несзе (1854–1863), Е.Г. Неметті (з 1864 р.);

14)загальної патології: Н.А. Хржонцевський (1869–1887), В.В. Підвисоцький (з 1887 р.);

15)офтальмології: В.А. Караваєв (1843–1844), В.В. Беккер (1844–1845), О.К. Цільхерт (1846–1848), Х.Я. Гюббенет (1850–1870), О.В. Іванов (1870–1876), Е.Х. Мандельштам (1876–1880), А.В. Ходін (1881–1902);

16)гігієни, медичної поліції, географії і статистики: В.А. Субботін (1871–1893);

17)енциклопедії, методології та історії медицини: М.І. Козлов (1842–1846), Н.Я. Кожевников (1848–1850), Ф.Ф. Мерінг (1854–1860), Х.Я. Гюббенет (1861–1862), О.П. Вальтер (1869–1872), Е.Г. Гейбель (з 1874 р.).

Лікувальна робота з 1844 р. проводилась у факультетських клініках університету, які спочатку знаходилися у головному корпусі, а з 1888 р. – на Бібіковському бульварі (нині бульвар Тараса Шевченка). Функціонували терапевтична, хірургічна, очна і акушерсько-гінекологічна клініки [11].

Терапевтична клініка мала шість палат на 30 ліжок (дві на 12 осіб кожна, дві на двох кожна і дві для одного хворого). Амбулаторія працювала щоденно з 8 до 10 години для відбору хворих. За статутом штатні хворі (25) платили за утримання та лікування 7 крб. на місяць. Бідні, на погляд директора, приймалися безкоштовно. Позаштатні хворі (п'ять) за окрему кімнату платили 3 крб. на добу, за двомісні палати – по 2 крб. на добу кожний (табл. 1) [4].

Бюджет клініки складався зі спеціальних коштів, які становили близько 4500 крб. на рік. Вартість одного ліжка була 435 крб. 66 коп. на рік.

Харчування одного штатного хворого коштувало 31–32 коп. на добу, понадштатних – 75 коп. – 1 карбованець.

Персонал клініки складали: директор клініки – проф. В.В. Чирков; штатні ординатори – А.А. Ястребов, М.М. Васильєв; понадштатні Н.Ф. Страдомський, Г.А. Ковальський; фельдшер Г.Н. Прокопенко; 6 сиділок, 2 палатні служниці, по 1 служнику в лабораторії та кабінеті.

Таблиця 1

*Рух хворих факультетської терапевтичної клініки за п'ять років (1890–1894 рр.)*

Показник \ Рік	1890	1891	1892	1893	1894
Перебувало на початок року	–	8	–	13	6
Прибуло протягом року	176	140	129	139	163
Вибуло	146	131	103	131	139
Померло	22	17	13	15	26
% летальності	15,07	13,0	12,6	11,45	18,7
Амбулаторні хворі	1887	1776	1409	1317	1508

Хірургічна клініка мала 30 ліжок: по 12 для чоловіків і жінок у великих палатах і по три – в окремих платних кімнатах для чоловіків і жінок (табл. 2) [5].

На хірургічну клініку відпускалося 10 882 крб. на рік, тобто на одне ліжко виділялося 435 крб. 68 копійок. На харчування одного хворого відпускалося 25 коп. на добу.

Таблиця 2

*Рух хворих факультетської хірургічної клініки за п'ять років (1890–1894 рр.)*

Показник \ Рік	1890	1891	1892	1893	1894
Перебувало на початок року	85	97	103	146	116
Прибуло протягом року	89	85	76	78	115
Усього за рік	174	182	179	224	231
% летальності	5,17	6,0	3,9	5,36	6,92
Амбулаторні хворі	1860	1920	2176	2210	2376
Кількість відвідувань	3968	4898	6224	6725	7144

Директором клініки був проф. Л.А. Малиновський; штатними ординаторами Г.А. Афанасьєв-Прокоф'єв, І.С. Кадигров, понадштатними – М.Г. Пресницький, Н.Г. Кириця, І.І. Крижановський; фельдшером – М.Г. Студенко.

Очна клініка з 1844 р. до 22 березня 1870 р. була суміщена з хірургічною клінікою під керівництвом проф.

А.В. Караваєва. З 1870 р. до 1875 р. після виділення вона знаходилася під керівництвом проф. А.В. Іванова, а під час його відрядження за кордон тимчасово знаходилася з 1875 р. до 1880 р. під керівництвом приват-доцента М.Е. Мандельштама, з початку 1881 р. – приват-доцента О.А. Рустицького, а з другої половини року – під керівництвом проф. А.В. Ходіна [6].

До 1888 р. клініка мала 10 штатних ліжок, коли їй було додано шість понадштатних ліжок, а в кінці 1893 р. – ще дев'ять понадштатних ліжок, тобто їх стало 25, з них 10 штатних і 15 понадштатних (табл. 3).

За перебування у палаті, у якій було не більше двох ліжок, понадштатний хворий платив 2 крб. на добу, у

загальних палатах – 1 крб. на добу. На їх харчування відповідно витрачалося 44 коп. і 25 коп. на добу. Клініка фінансувалася так: 700 крб. на рік і додатково 300 крб. на кабінет клініки. Надходження від платних хворих становило 400 крб. на рік.

Таблиця 3  
*Рух хворих очної клініки за п'ять років (1890–1894 рр.)*

Показник \ Рік	1890	1891	1892	1893	1894
Перебувало на початок року	16	12	3	7	9
Прибуло протягом року	183	192	156	179	235
Вибуло	187	201	152	176	239
Померло	–	–	–	1	–
Амбулаторні хворі	2150	2337	2094	2580	3286
Кількість відвідувань	17346	н/д	н/д	н/д	н/д

Акушерсько-гінекологічна клініка у 1844–1867 рр. мала лише вісім ліжок. У 1867 р. кількість ліжок збільшено до 25, а у 1888 р. відкрито ще п'ять понадштатних ліжок (табл. 4) [1, 7, 10].

З 1844 р. до 1882 р. клінікою завідував проф. А.П. Матвеев, потім по півроку нею керували приват-

доценти А.А. Шварц і Н.Ф. Толочинів, з 1883 р. – проф. Георгій Єрмолайович Рейн.

Штатними ординаторами були Г.Г. Левицький, В.Н. Гогоцький, понадштатними – Н.В. Унтілов, Д.А. Абуладзе і ще 12 лікарів; повивальною бабкою – А.Ф. Гусєва; фельдшерицями – О.А. Любовиць і А.К. Липківська.

Таблиця 4  
*Рух хворих акушерсько-гінекологічної клініки за шість років (1890–1895)*

Показник \ Рік	1890	1891	1892	1893	1894	1895
Було на початку року	15	9	1	11	13	9
Прибуло протягом року	293	314	281	318	415	451
Знаходилося	308	323	282	329	428	460
Вибуло	294	314	263	399	414	446
Померло	5	8	8	7	5	7
% летальності	1,62	2,47	2,83	2,12	1,16	1,52
Амбулаторні хворі	958	1042	939	1082	1410	1589
Кількість відвідувань	2504	3857	3032	2020	3092	4027

На утримання всіх факультативних клінік відпускатися з державного казначейства 22 500 крб. та зі спецкоштів університету – 14 531 крб., разом 37 031 карбованець.

Клінічна робота медичного факультету не обмежувалася факультетськими клініками. На підставі «Положення про клінічні відділення при Київському військовому шпиталі» (Додаток II до ст. 7 «Свод воен. пост., кн. XVI, узд. 1869», продовж. 1878 р.) при Київському військовому шпиталі було відкрито клінічні відділення університету – терапевтичне, хірургічне, дерматологічне і сифілідологічне, судово-медичне, а також відділення кафедри патологічної анатомії та експлоративний кабінет для нервово-м'язових захворювань.

Після запровадження університетського статуту 1884 року при міській Олександрівській лікарні було відкрито пропедевтичну клініку нервових хвороб, дитячу

клініку, які діяли на основі «Положення про клінічні відділення при Київській міській лікарні», затвердженого міністрами народної освіти та внутрішніх справ 11 березня 1889 р.

## ВИСНОВКИ

1. Відкриття Київського університету св. Володимира стало великою культурною подією як у місті, так і в усій країні, а організація медичного факультету сприяла залученню до Києва нових науково-медичних кадрів і підвищенню якості медичної допомоги населенню.

2. Першими клініками медичного факультету Київського університету св. Володимира були факультетські клініки – терапевтична, хірургічна, очна, акушерсько-гінекологічна, які очолювали провідні фахівці факультету.



3. Факультетські клініки були не лише базою медичної освіти і науки, але й центрами висококваліфікованої медичної допомоги.

4. Госпітальні клініки університету були відкриті у Київському військовому шпиталі у 1849, 1863, 1884, 1889 рр., а клінічні відділення в Олександрівській міській лікарні – лише у 1874, 1884, 1887 роках.

### **ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ**

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні розвитку мережі, організації та діяльності медичних закладів Київської губернії.

### **ЛІТЕРАТУРА**

1. Абуладзе Д. Отчет Киевской акушерской клиники с 1894–1897 гг. / Д. Абуладзе. – Киев, 1999. – (4), 52, (3) с. : 17 табл.
2. Биографический словарь профессоров и преподавателей Императорского университета св. Владимира (1834–1884) / сост. и ред. В. С. Иконников. – Киев : Тип. Имп. Университета св. Владимира, 1884. – XXXVI, 816 с.
3. Владимирский-Буданов М. Ф. История Императорского университета св. Владимира / М. Ф. Владимирский-Буданов. – Т. 1. – Киев, 1884. – С. 402.
4. Врачебно-санитарные учреждения г. Киева: Справочная книжка / сост. : д-р В. Н. Сахновский. – Киев : Тип. Петра Барского, 1896. – С. 55–56.
5. Там само. – С. 56–57.
6. Там само. – С. 52–55.
7. Там само. – С. 43–52.
8. Історія Київського університету / Відповідальний редактор О. З. Жмудський. – Київ : Вид-во Київського університету, 1959. – С. 18.
9. Там само. – С. 20.
10. Писемский Г. Ф. Акушерско-гинекологическая клиника Импер. Университета св. Владимира: основание, развитие, деятельность и устройство / Г. Ф. Писемский. – Киев, 1900. – 67 с.
11. Правила об управлении клиник Университета св. Владимира. – Киев, 1844.
12. Рождественский С. В. Исторический обзор деятельности Министерства народного просвещения, 1862–1902 / С. В. Рождественский. – Санкт-Петербург, 1902. – С. 298.
13. 125 лет Киевского медицинского института / под ред. В. И. Милько. – Київ : Здоров'я, 1966. – С. 5–6.
14. Там само. – С. 7.

**Дата надходження рукопису до редакції: 16.10.2015 р.**

**Медицинский факультет Киевского университета св. Владимира и его факультетские клиники (к 175-летию Киевского медицинского университета)**

О.М. Циборовский, В.М. Сорока  
ГУ «Украинский институт стратегических исследований  
МЗ Украины», г. Киев, Украина

**Цель** – осветить историю создания медицинского факультета Университета св. Владимира и деятельность его факультетских клиник в XIX веке.

**Материалы и методы.** Изучались работы по истории Украины, Киева, Киевского университета и медицинского института, положение о факультетских клиниках, их отчеты, справочники. Применялись методы системного подхода, контент-анализа, источниковедческого и историографического анализа, сравнительно-исторического, проблемно-хронологического, статистического.

**Результаты.** Основание Киевского университета св. Владимира в 1834 г. стало большим культурным событием, но медицинский факультет был открыт лишь в 1846 г. Лечебная работа начала проводиться с 1844 г. в факультетских клиниках (терапевтическая, хирургическая, глазная и акушерско-гинекологическая), которые сначала находились в главном корпусе, а с 1888 г. – на Бибиковском бульваре. Клиники возглавляли ведущие специалисты факультета.

**Выводы.** Первыми клиниками Университета св. Владимира были факультетские клиники, которые стали центрами высококвалифицированной медицинской помощи, базой высшего медицинского образования и науки.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** Киевский университет, медицинский факультет, факультетские клиники.

**Medical faculty of Kyiv University of St. Vladimir and its clinic faculty (to the 175th anniversary of the Kiev Medical University)**

O.M. Tsiborovsky, V.M. Soroka  
SI "Ukrainian institute of strategic researches  
MoH of Ukraine", Kyiv, Ukraine

**Purpose** – to highlight the history of the Medical Faculty of the University of St. Vladimir and activities of its faculty clinics in the nineteenth century.

**Materials and methods.** Studied works on the history of Ukraine, Kyiv, Kyiv University and Medical Institute, faculty provision of clinics, their reports, guides. The method of systematic approach, content analysis, primary sources and historiographical analysis, comparative historical, problem-chronological, statistical.

**Results.** Foundation of the University of Kiev St. Vladimir in 1834 was a major cultural event, but the medical faculty was opened only in 1841 Clinical work began with 1844 in faculty hospitals (therapeutic, surgical, ophthalmic and obstetric and gynecological) that originally were in the main building, and from 1888 – the Bibikovsky Boulevard. Clinics led by leading specialists Department.

**Conclusions.** The first clinics of Saint Vladimir faculty had clinics that have become centers of high quality medical care, the basis of higher medical education and science.

**KEY WORDS:** Kyiv University, faculty of medicine, faculty clinic.

**ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ**

**Ціборовський Олег Михайлович** – к.м.н., с.н.с., керівник сектору історії медицини ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

**Сорока Володимир Михайлович** – науковий співробітник сектору історії медицини ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, 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. Номери 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 (Х, 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**