



ДРУГА СЕСІЯ ШКОЛИ ПРОФЕСІЙНОЇ ЖУРНАЛІСТИКИ "НОВА УКРАЇНА"

14-18 вересня 2011 року, м. Київ

Олег ПЕТРЕНКО

Директор зі стратегічного розвитку клініки «ОБЕРІГ»,
магістр менеджменту організацій охорони здоров'я

*Найгарячіші куточки в пеклі залишені для тих,
хто в часи найвеличніших моральних зламів зберігав нейтралітет
Данте Аліґ'єрі*

СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ: РЕАЛІЇ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

Реалії.

Поряд із питаннями енергетичної безпеки, корупції, несправедливого розподілу державного багатства серед громадян України та політичної нестабільності в коло найнебезпечніших викликів для подальшого сталого соціально-економічного розвитку держави входить проблема здоров'я Нації. Разом із іншими складовими значне погіршення стану здоров'я населення і, як наслідок, середньої очікуваної тривалості життя, проявляє демографічну кризу в Україні, результатом якої є значне скорочення населення України протягом останнього десятиліття, що призвело до втрати біля 5 млн. співгромадян. Ця тенденція негативного приросту населення – депопуляція, тобто ситуація при якій смертність перевищує народжуваність, попри невелике збільшення народжуваності у останні 2 роки, без докорінної зміни політики держави у цій сфері, може, за прогнозами демографів, зменшити кількість населення до 40 млн. до 2025 року. Подібний сценарій унеможливить економічне зростання, призведе до надмірного соціального навантаження на виробничу сферу, спонукатиме непрогнозовані міграційні процеси і поглиблення «успадкованої бідності» великої частки громадян України.

Зараз вже настав той час, коли практично за будь-якого варіанту демографічного розвитку Україну очікує: скорочення загальної чисельності населення; посилення демографічного старіння і відповідний ріст співвідношення кількості осіб пенсійного та працездатного віку; повна демографічна деградація окремих сільських місцевостей і депресивних територій; істотна зміна етнічної структури населення.

Внаслідок існування значного «часового лагу» від моменту застосування широкого кола інструментів демографічної політики та наступними позитивними зрушеннями у демографічних процесах, конче необхідною є інституалізація аналізу і моніторингу впровадження курсу державної політики в окресленому напрямку.

Зростання смертності спровоковане великою кількістю соціально-економічних чинників, проте увага суспільства найбільш прикута до **системи охорони здоров'я** (традиційно в Україні – саме медичної сфери, лікарів, лікарень), яка вимагає істотного реформування і послідовних дій, спрямованих на створення концептуально нової системи охорони громадського здоров'я і підвищення індивідуальної відповідальності за власне здоров'я на протигагу домінуючій в Україні системі медичної компетенції за здоров'я громадян, коли всі очікування здоров'я пов'язані з системою медичного обслуговування.

Щорічні звіти про вивчення людського розвитку в Україні за Програмою ООН свідчать про зниження рівня здоров'я населення країни. Зафіксована висока смертність серед всіх груп населення, в тому числі і дитячого, підвищення захворюваності, особливо на соціально небезпечні інфекційні хвороби. Спостережено кореляцію між зниженням якості життя і станом здоров'я населення. Доведено залежність рівня здоров'я населення

Здійснюється за підтримки Міжнародного фонду «Відродження»

від змін, що відбуваються в усій суспільній системі життєдіяльності, як у зовнішньому, так і внутрішньому, стосовно охорони здоров'я, середовищі держави.

Характерними рушійними чинниками суспільного, політичного і економічного життя сьогодення України, що стосуються підтримки і охорони здоров'я населення, є:

- низький рівень економічного забезпечення населення;
- низький рівень фінансування системи формування, підтримання і охорони здоров'я;
- фінансово-економічна невизначеність;
- відсутність ідеології здоров'я і технології її впровадження;
- структурна недовершеність систем, що забезпечують здоров'я;
- недосконалість очікувань населення від системи охорони здоров'я;
- інфляція індивідуального і громадського здоров'я;
- некритичність оцінки ролі громадян щодо збереження власного здоров'я;
- деформованість управління охороною здоров'я;
- розбалансованість системи управління по вертикалі та недостатня виконавча дисципліна;
- відсутність нових технологій управління;
- невизначеність ролі і функцій регіонального управління;
- некритичність оцінки стану і ролі громадського здоров'я політичними силами;
- суперкритичність та політичні спекуляції при оцінці системи ОЗ;
- дефіцит інформації (деформованість функціонування центрів здоров'я тощо);

Напрямок на всебічне сприяння індивідуальному і суспільному здоров'ю, визначений державними і громадськими організаціями в розвинутих країнах, продиктований вимогами, що висуває сучасність перед суспільством. Інтенсифікація всіх процесів життєдіяльності сталася тільки завдяки високим можливостям людини і популяції адекватно відповідати цим вимогам фізично, психічно і духовно. Країни, що досягли значних економічних успіхів, такі, як Японія, Канада, США та інші, мають вищі показники середньої тривалості життя. **Передовсім саме за показником рівня здоров'я населення міжнародні експерти ООН проводять порівняльний вимір ступеня сталого розвитку країни.** Визнаючи рівень здоров'я нації показником спроможності країни конкурувати на міжнародному рівні, уряди, національні і регіональні парламенти, а також громадські організації розвинутих країн взяли на себе відповідальність активно сприяти підвищенню рівня здоров'я населення, що знайшло відображення в таких міжнаціональних документах, як декларація ПРООН і Отавська Хартія. Зокрема, в Оттаві було затверджено п'ять напрямів діяльності суспільства і урядів щодо зміцнення здоров'я населення:

- орієнтація політики на зміцнення здоров'я;
- створення сприятливого довкілля;
- посилення дій громадськості;
- розвиток особистих навичок збереження здоров'я;
- переорієнтація служб охорони здоров'я в бік профілактики.

Провідною тезою політики ВООЗ у XXI столітті є впровадження багатогалузевої відповідальності за здоров'я населення.

Аудит національних і регіональних систем охорони здоров'я нині передбачає аналіз соціально-економічних стратегій в інших галузях життєдіяльності суспільства, а не тільки системи надання медичної допомоги. За досвідом такий підхід щодо забезпечення високого рівня здоров'я населення можливий при усвідомленні поняття цінності здоров'я в усіх проявах життєдіяльності суспільства, тобто при панівній ідеології здоров'я людини в країні, і створенні міжгалузевих механізмів забезпечення здорової життєдіяльності.

Вихідні дані (оцінка поточного стану галузі охорони здоров'я в Україні)

Існуючі сьогодні державні зобов'язання щодо забезпечення громадян безоплатною медичною допомогою носять декларативний характер, їх рівень не відповідає економічним можливостям держави. Попри задекларовану з боку держави високу увагу до

Здійснюється за підтримки Міжнародного фонду «Відродження»

проблем галузі охорони здоров'я, достатню кількість розроблених програмних документів та законодавчих ініціатив, спостерігається непослідовна політика впровадження задекларованих намірів у реальне життя. Згідно з останніми соціологічними опитуваннями, значна більшість населення України не задоволена доступністю і якістю медичної допомоги. Не дивлячись на декларовану безоплатність медичної допомоги для населення, саме громадяни прийняли на власні плечі утримання існуючої системи охорони здоров'я, однак більше половини громадян (51,6%) характеризують розмір особистих витрат на медичну допомогу як непосильний. У 1996 році частка суспільних витрат на охорону здоров'я складала біля 80%, але скоротилась до 66,4% у 2000 році. Якщо прийняти до уваги неофіційні дані про масштаби тіньових платежів населення за послуги та ліки, то питома вага суспільних коштів, залучених за допомогою загального оподаткування, скоротилась до 48% (!). За офіційними статистичними даними за 5 років (1996-2000 рр) доля приватних витрат населення збільшилася з 18,3% до 30,2%, а з урахуванням неофіційних витрат вона у 2000 р досягла 52% (!). Протягом 2000 – 2005 рр. ситуація суттєво не змінилась попри збільшення державних видатків на ОЗ більше ніж у 2 рази, доля приватних неформальних витрат складає близько 40% (2004). **Непередбачувані витрати внаслідок хвороби є одним з найбільш впливових чинників зuboжіння і подальшої бідності домогосподарств в Україні.**

Зараз в Україні склалася ситуація, коли декларована ст. 49 Конституції України **безоплатність** медичної допомоги громадянам держави асоціюється у більшості зацікавлених осіб з **безплатністю** всього спектру медичної допомоги та медичних послуг, що повинні надаватись будь-якому громадянину України у будь-якому місці країни. Закон України „Основи законодавства України про охорону здоров'я” в частині другій, ст. 12, теж говорить про те, що „державна політика охорони здоров'я забезпечується бюджетними асигнуваннями в розмірі, що відповідає її науково обґрунтованим потребам”. Стосовно безоплатності медичної допомоги відбувається величезна кількість спекуляцій, в тому числі зі сторони багатьох політичних сил, однак у реальному вимірі гарантії обсягу безоплатної медичної допомоги повинні забезпечуватись відповідними ресурсами, в першу чергу – фінансовими. Однак рівень всіх видатків, в тому числі на медичне обслуговування громадян, згідно зі ст. 95 Конституції України, визначається виключно Законом України „Про Державний бюджет” на поточний рік. Тобто, з однієї сторони, конституційна гарантія надання громадянам всього спектру медичних послуг на безоплатній основі, з іншої – реальний рівень видатків на охорону здоров'я, згідно закону „Про Державний бюджет”, в останні роки покриває менше половини потреби існуючої системи охорони здоров'я (СОЗ), хоча обрахувати цю потребу в сучасних умовах майже неможливо. При цьому більше 80% від суми коштів, що виділяються бюджетом, йде на **утримання галузі** (капітальні видатки та мізерна зарплатня персоналу), і тільки близько 20% коштів витрачається власне на лікувальний процес, тобто на хворого. Сама модель СОЗ залишається в Україні класичною бюджетною і не має дієвих механізмів залучення коштів з інших джерел. Додаткові легальні (поза бюджетом) джерела фінансування (добровільне медичне страхування, лікарняні каси і т.і.) не перевищують 2-3% і суттєво не впливають на рівень забезпечення СОЗ. Проте СОЗ, незважаючи на вкрай недостатній бюджет, функціонує, виконуючи, хоча і викривлено, свої функції. Це є підтвердженням існування великого тіньового обсягу фінансування, який забезпечують пацієнти з власної кишені і який вкрай негативно впливає на рівень доступності медичної допомоги, особливо для незаможних верств населення. Невизнання цього факту державою та подальша декларація безоплатності **всієї** медичної допомоги може вкрай загострити ситуацію і буде сприйнята суспільством як приклад цинічної „подвійної моралі”, що стосується кожного громадянина, бо за медичною допомогою, рано чи пізно, звертається кожен. Держава повинна визнати та визначити **конкретний рівень медичної допомоги**, що може бути покритий за рахунок бюджету.

Поряд з недостатнім та несталим фінансуванням СОЗ, з іншого боку, спостерігається вкрай **неефективне** та **нераціональне використання обмежених бюджетних ресурсів**. Слід розрізняти дві форми корупції в галузі: **неформальну (іллегальну)** але **легітимну** в реальному житті корупцію - звичну практику оплати пацієнтами лікування (медичних засобів і роботи лікарів), що забезпечує, передусім, компенсацію за працю лікарів, яку не в змозі забезпечити держава, а також **кримінальну**

(іноді формальну), але не легітимну корупцію серед чиновників і посадовців на всіх рівнях управління галузі, що полягає у постійному використанні службового становища для власного збагачення завдяки доступу до розподілу бюджетних коштів через застосування формальних регуляторних інструментів (ліцензування, атестація, акредитація, тендерні процедури, кадрова політика) без врахування інтересів медичних працівників, пацієнтів і, зрештою, всіх громадян держави - платників податків; друга форма корупції стає **непереборною перешкодою** для досягнення економічної ефективності функціонування галузі позаяк медичні чиновники зацікавлені у збільшенні бюджетних асигнувань і не зацікавлені у встановленні правил економічної ощадності та децентралізації рішень про використання суспільних ресурсів.

Біля 80 % всіх коштів витрачається на утримання та обслуговування високовартісної спеціалізованої стаціонарної допомоги, що значно відрізняється від більшості держав, де питома вага витрат на стаціонарну допомогу звичайно складає близько 50% і до 30% спрямовується на первинну медико-санітарну ланку, яка функціонує на принципах **загальної практики/сімейної медицини**. **Утримання** медичних закладів, постатейний бюджет і розподіл фінансових ресурсів на основі потужності (кількості ліжок) закладу охорони здоров'я, без врахування кількості і якості послуг, що надаються, призводить до виключення економічних важелів раціонального використання ресурсів. У ситуації значної обмеженості ресурсів дуже нераціональним є значний рівень **дублювання надання медичних** послуг на одній території медичними закладами різного підпорядкування (міськими, обласними, відомчими, Академії медичних наук і т.і.) та відсутність чіткого поділу **рівня** надання допомоги – первинного, вторинного і третинного. При цьому, згідно з Бюджетним Кодексом (2001) медичні заклади не можуть фінансуватися більш ніж з одного бюджету, але не існуюча бюджетна ні економічна класифікація видатків з бюджету не спонукає раціонально використовувати обмежені ресурси. **Відсутність господарської автономії медичних закладів** та прив'язка до постатейного бюджету не створює на місцях умов для раціонального використання наявних потужностей. Вкрай **незадовільною є якість надання медичної допомоги та її стандартизація**, що позначається на результатах лікування хворих. В Україні до цього часу **не використовуються загальнодержавні стандарти і протоколи** надання медичної допомоги, не визначений **базовий рівень (пакет)**, який **в рамках протоколів** держава може забезпечити кожному громадянину. Кількість, пропорція та рівень підготовки медичних та управлінських кадрів у галузі охорони здоров'я не відповідає потребам держави. Особливо потрібно підкреслити **недостатній рівень підготовки або відсутність такої у керівників** та управлінців середньої та вищої ланки в сфері охорони здоров'я. Поряд з спотвореною структурою підготовки лікарських кадрів за спеціальностями (переважання „вузьких” спеціалістів), відмічається **нераціональне співвідношення між кількістю лікарів та середнього медичного персоналу**, що складає в Україні близько 1:3, як у розвинутих країнах становить 1:5 – 1:7. **Ганебним залишається рівень оплати праці медичних працівників**, що в 3 рази менший, ніж заробітна платня у промисловості і не створює мотивації у медичного персоналу для підвищення якості та інтенсифікації праці у медичній сфері. В державі до цього часу **відсутнє дієве лікарське самоврядування**, яке у розвинутих країнах забезпечує високу якість і ефективність професійної діяльності. Не сформовані умови та не застосовуються заходи щодо **підвищення обізнаності пацієнтів**, як інформованих споживачів медичних послуг, які здатні цивілізовано захищати свої, визначені законом, права та реально впливати на поліпшення якості системи охорони здоров'я. Вкрай **незадовільним залишається ситуація з пропагандою на державному рівні здорового способу життя** та можливостей профілактики більшості розповсюджених захворювань.

Основні небезпеки в сучасній системі медичного обслуговування населення (1)



Основні перешкоди змінам СОЗ В Україні:

1. Надмірність державних зобов'язань стосовно забезпечення безоплатною медичною допомогою (ст.49 Конституції України) – відсутність нормування – узгодженості кількості зобов'язань кількості необхідних ресурсів
2. Відсутність в системі охорони здоров'я внутрішніх економічних стимуляторів для радикальних перетворень
3. Непідготовленість управлінського персоналу
4. Незацікавленість в реформах ряду політичних та корпоративних груп (медична корпорація - лікарі, органи управління охороною здоров'я, фармацевтичні компанії, роботодавці, страховики та ін.)
5. Слабке методичне і політичне керівництво з центру або його відсутність чи різноспрямованість.

Частка витрат особистих коштів у сукупному обсязі витрат на ОЗ

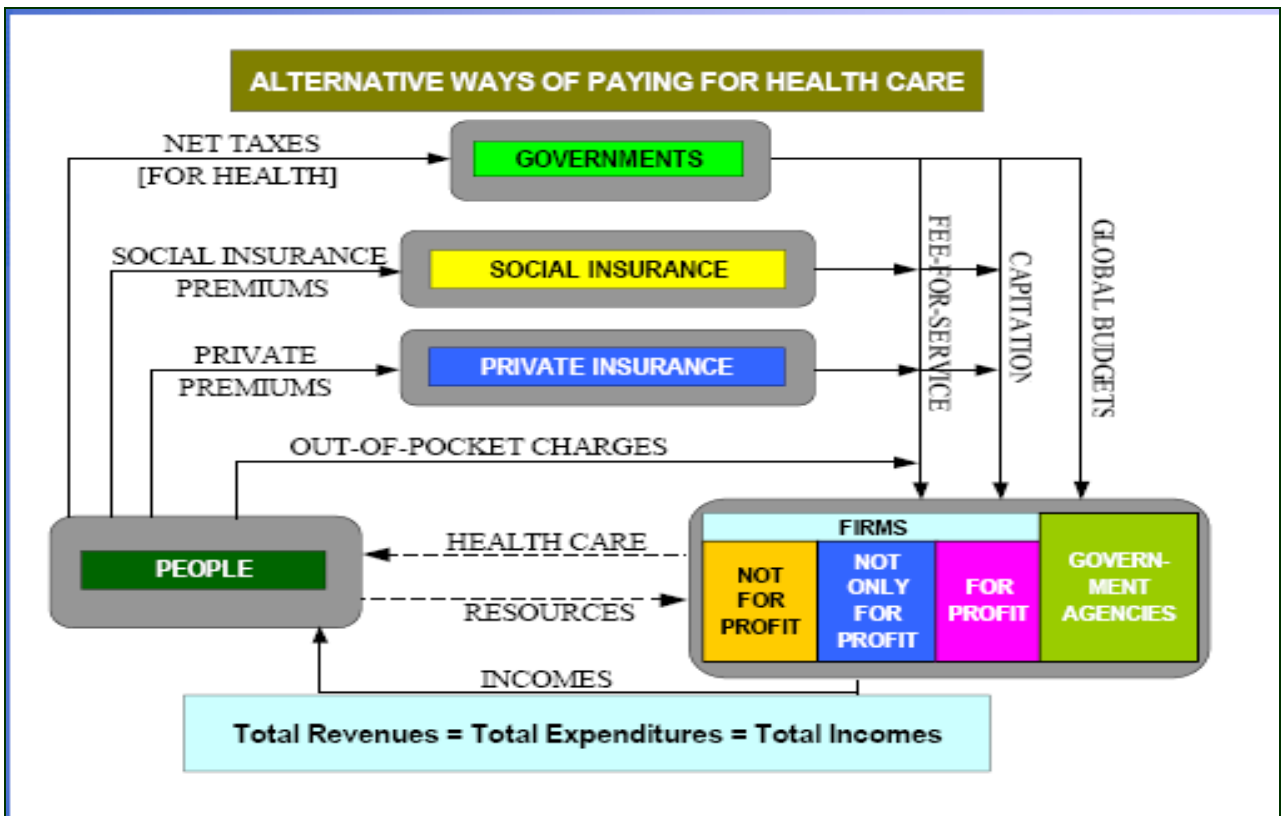
Розвинуті країни з ринковою економікою (24 країни, що входять до ОЕСР)	24 %
Країни, що розвиваються, з високими доходами	33 %
Країни, що розвиваються, з середніми доходами	43 %
Країни, що розвиваються, з низькими доходами	53 %
Україна	51-57 %

Політика охорони здоров'я (ОЗ) – курс дій, що має вплив на низку інституцій, організацій, служб, а також на порядок фінансування системи охорони здоров'я. Вона виходить за рамки впливу лише на медичні служби і включає в себе заплановані й незаплановані дії державних, приватних та громадських організацій, що позначаються на стані здоров'я населення громадянського суспільства.

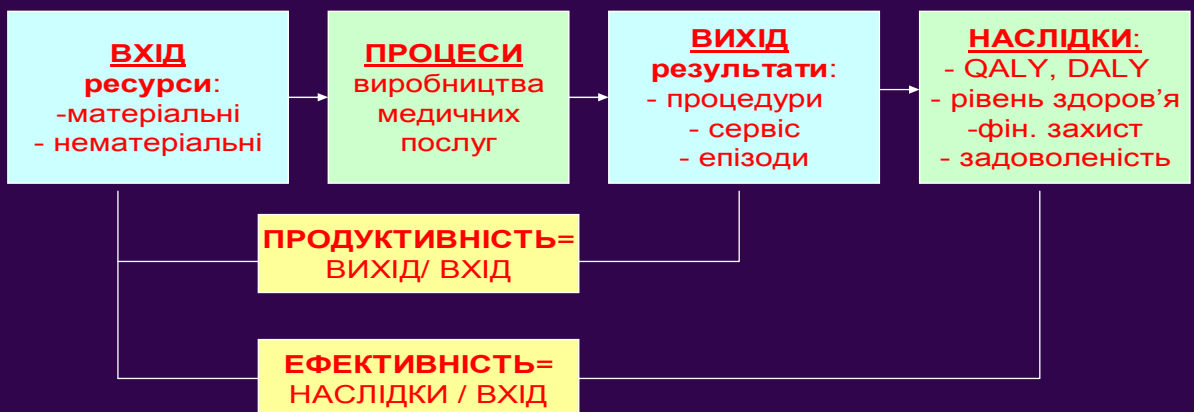
Система охорони здоров'я (СОЗ) – це **засіб** а не мета політики ОЗ:

Кінцеві показники (наслідки політики ОЗ)	Проміжні показники результати політики)
<p><u>Стан здоров'я</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - рівень - розподіл <p>Фінансовий захист (захист від зубожіння у наслідок необхідності платити за лікування з власної кишені)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Рівень - Розподіл <p><u>Задоволеність клієнтів</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Рівень 	<p><u>Ефективність</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Технічна ефективність (як?) - Алокативна ефективність (розміщення ресурсів, що?) <p><u>Якість</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - клінічна - сервісна <p><u>Рівність доступу</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - фінансова - послуг

Здійснюється за підтримки Міжнародного фонду «Відродження»



Процес медичного обслуговування



Перспективи.

Рух до змін ідеології в охороні здоров'я громадянського суспільства

Здійснюється за підтримки Міжнародного фонду «Відродження»

На сучасному етапі розвитку людської спільноти збереження здоров'я забезпечують усі сфери життєдіяльності за головної умови - якщо вони керуються в своїй діяльності завданням або більш широко - ідеєю збереження здоров'я.

Ідеологія здоров'я це, по-перше, яку питому вагу займає здоров'я як суспільна цінність у свідомості людей, в політиці державного управління та різних галузях діяльності; по-друге, наскільки значимість індивідуального і громадського здоров'я виражена у різних формах суспільної свідомості - політиці, моралі, праві, освіті, мистецтві, ЗМІ тощо.

В Україні як демократичній державі метою державотворення, всіх економічних і соціальних реформ, що проводяться останнім часом, є поліпшення умов і рівня життя населення, в тому числі такої його якісної інтегральної характеристики, як можливість прожити довге життя, зберігаючи добре здоров'я. **Останній показник за його значимістю віднесено до переліку складових національної безпеки України як держави.** До національних інтересів держави згідно із Концепцією національної безпеки України, затвердженою Верховною Радою 16 січня 1997 р., віднесено зміцнення генофонду Українського народу, його фізичного і морального здоров'я та інтелектуального потенціалу. А загрозою національній безпеці України у соціальній сфері визнано «низький рівень здоров'я населення, незадовільний стан системи його охорони». Разом з тим, слід зазначити, що визнання цінності і значущості здоров'я ще не означає існування ідеології здоров'я, якщо ці ідеї не просякли в усі сфери життєдіяльності суспільства, якщо немає попиту на здоров'я і інші важелі підтримки високого рівня здоров'я і тривалості життя популяції.

В Україні перехідного періоду слід відмітити значне зниження не тільки рівня здоров'я населення, але й визнання його громадянами, як реальної життєвої цінності. Аналогічний процес в економіці визначають як інфляцію, що характеризується підвищенням цін і знеціненням грошей, тобто падінням платоспроможності населення. Проекція широко відомого економічного явища на галузь охорони здоров'я дозволяє констатувати, що в Україні перехідного періоду спостерігається практично знецінення такої важливої категорії суспільства, як здоров'я нації.

Не існує галузі життєдіяльності суспільства, яка б серйозно висувала вимоги до рівня здоров'я громадянина або, головне, спонукала його до підвищення цього рівня. Не на нашу користь порівняння положень про вимоги до здоров'я державних службовців, і особливо вищого ешелону, у розвинутих країнах. Так, запобігання основному ризику здоров'я нації - серцево-судинним захворюванням у США стосувалося всіх категорій населення і передовсім державних службовців. Функціонує Національна програма «Холестерин». Показник вмісту холестерину у крові, який вважається показником схильності до захворювання серцево-судинних захворювань, є обмежувальним для вступу до державної служби. Харчова промисловість реалізує антихолестеринові технології при виготовленні продуктів. Але ефективність боротьби із серцево-судинними захворюваннями значною мірою визначається попитом на здоров'я, його збереженням у суспільстві.

У останньому документі ВООЗ (Здоров'я-21, 1999, Розділ 5) наведені рекомендації щодо основ сучасної політики досягнення здоров'я, якими вони вважають міжсекторальні стратегії. Розглянуті завдання основних секторів - енергетики, промисловості, транспорту, сільського господарства, харчової промисловості, правосуддя, ЗМІ, служби соціального забезпечення, і тільки на останньому місці - система охорони здоров'я.

Основна думка цього розділу документа ВООЗ: зміцнення і охорона здоров'я нації повинні бути головними критеріями вибору політики і стратегії в економічних і соціальних сферах, а також враховуватись у інших сферах, усвідомлюючи користь для досягнення вищих результатів.

Для України перехідного періоду з появою прошарку приватних підприємств охорона здоров'я робітників на них і контроль їхньої продукції на відповідність щодо безпеки для здоров'я становить нове важливе завдання, що можна вирішити методом міжгалузевих підходів.

Здійснюється за підтримки Міжнародного фонду «Відродження»

Для нашої країни також важливим є вирішення питання екологічної безпеки у транспортній галузі. Для всіх європейських країн транспортні викиди двоокису вуглецю є основним видом забруднення повітря, а дорожньо-транспортні випадки є головною причиною травматизму і загибелі людей у працездатному віці. Спостерігається посилення тенденції до підвищення небезпеки у транспортній галузі і можливість її вирішення міжгалузевими підходами.

Харчова промисловість та її база - сільське господарство потерпають від застосування нових не досить досліджених контамінантів, що дозволяють вирішити проблему збільшення обсягу продуктів харчування, але одночасно знижують їхню якість. При цьому конкурують інтереси харчової промисловості і сільськогосподарського виробництва, але у кінцевому результаті зазнає шкоди здоров'я населення. Для вирішення проблеми безпечного, якісного і достатнього харчування населення знову ж таки потрібен міжгалузевий підхід в управлінні з урахуванням реалій сучасної перехідної економіки.

Важливою галуззю у пропаганді здорового способу життя є засоби масової інформації (ЗМІ), що спроможні провадити ідеологію здоров'я, але ефективність їхньої діяльності можлива знову ж таки, якщо вони враховуватимуть реальні потреби сфер життєдіяльності суспільства. Перехід ЗМІ на самоутримання сприяє неконтрольованій рекламі, що суперечить ідеології здоров'я населення. Тому у випадку найбільш впливовою є роль громадськості.

Отже, інфляція здоров'я має п'ять характерних рис:

- знецінення ідеї здоров'я;
- практичне нехтування здоровим способом життя;
- збільшене витрачання індивідуального здоров'я в умовах стресу перехідного періоду;
- неможливість достатньою мірою відтворити витрачене здоров'я при необхідності;
- негативна динаміка рівня здоров'я.

Згідно з прийнятим у 1998 році ВООЗ документом "Політика досягнення здоров'я для всіх у двадцять першому столітті" усі члени Євробюро ВООЗ повинні розробити і здійснювати таку політику на державному, регіональному та місцевому рівнях за підтримкою відповідних міністерств та інших центральних органів виконавчої влади. Цим і зумовлюється необхідність розроблення Програми.

Аналіз стану здоров'я населення України та діяльності закладів охорони здоров'я свідчить про незадовільну медико-демографічну ситуацію, низьку народжуваність, зростання смертності, від'ємний природний приріст населення, скорочення середньої очікуваної тривалості життя, а також зростання поширеності хвороб.

У 1991—2005 роках чисельність населення скоротилася майже на 5 мільйонів осіб унаслідок перевищення смертності над народжуваністю. За останнє десятиліття народжуваність населення зменшилася на 35 відсотків, смертність збільшилася на 18,6 відсотка. Основними причинами смертності є хвороби системи кровообігу, злоякісні новоутворення, травми та отруєння. Показники смертності від хвороб системи кровообігу в Україні найвищі серед європейських країн.

Протягом останнього десятиліття середня очікувана тривалість життя у чоловіків скоротилася на 2,4, у жінок — на 0,9 року. Різниця в тривалості життя в Україні і країнах Західної Європи становить для чоловічого населення 12,8, жіночого — 7,8 року.

У структурі захворюваності переважають хронічні неінфекційні хвороби (серцево-судинні захворювання, злоякісні новоутворення, психічні та ендокринні розлади, алергічні прояви), які характеризуються негативною динамікою.

Поширеність серцево-судинної патології збільшилася за останнє десятиліття в 1,9 раза, онкологічної патології — на 18, бронхіальної астми — на 35,2, цукрового діабету — на 10,1 відсотка. Сьогодні в Україні кожен п'ятий житель хворіє на артеріальну гіпертензію.

Здійснюється за підтримки Міжнародного фонду «Відродження»

Зростають захворюваність і смертність від раку у зв'язку з несприятливою екологічною ситуацією та значним постарінням населення.

Незважаючи на зменшення протягом останнього десятиліття кількості травм і отруєнь, рівень їх залишається високим. Важливою проблемою є зростання захворюваності на соціально небезпечні хвороби, зокрема туберкульоз, ВІЛ/СНІД, хвороби, що передаються статевим шляхом. Захворюваність на туберкульоз збільшилася за 10 років в 1,9 раза, поширеність — на 34,3 відсотка. Значно поширені наркологічні розлади.

Високі рівні захворюваності обумовлюють збільшення кількості інвалідів, яка становить сьогодні 2,5 млн. осіб.

Рівень санітарної культури населення країни залишається невисоким, значна його частина має шкідливі для здоров'я звички. Поширеність тютюнопаління в Україні, особливо серед працездатного населення, є однією з найбільш високих у Європі. За поширеністю тютюнопаління серед чоловіків Україна входить до першої десятки європейських країн. У максимально дітородному віці (20 — 39 років) курить кожна третя — четверта жінка (за 20 останніх років цей показник зріс у 4 рази).

Надзвичайно низьким є показник чисельності населення, яке регулярно займається фізичною культурою — у середньому 6—8 відсотків. Залишається вкрай бідною інфраструктура та індустрія здоров'я.

Напружена екологічна та санітарно-епідемічна ситуація, що склалася в Україні останніми роками, пов'язана із забрудненням довкілля, в тому числі і джерел водопостачання, неочищеними стічними побутовими та промисловими водами, відходами, незадовільним санітарно-комунальним станом населених пунктів, об'єктів харчування, торгівлі. Загальна маса нагромадження на території України токсичних відходів перевищує 4 млрд. тонн.

У 1996—2005 роках фактичний обсяг видатків на охорону здоров'я збільшився з 3,2 до 11,6 млрд. гривень, **тобто майже в 4 рази**. Проте витрати на охорону здоров'я поки що не відповідають реальним потребам. Не розв'язано проблему гарантування державою безоплатного обсягу надання медичної допомоги державними і комунальними закладами охорони здоров'я. Заходи щодо формування багатоканального фінансування здійснюються повільними темпами. За витратами на охорону здоров'я в розрахунку на одного жителя Україна займає 111 місце у світі серед 191 країни.

Дефіцит коштів не змогли компенсувати організаційно-управлінські ресурсозберігаючі та системозамінні технології, які впроваджено в галузі (скорочення стаціонарних ліжок, розширення мережі стаціонарозамінних форм медичної допомоги, перегляд штатних нормативів медичного персоналу в закладах охорони здоров'я, пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини).

Ключовими проблемами охорони здоров'я населення є:

- 1) незадовільний стан здоров'я населення;
- 2) недостатнє медикаментозне і матеріально-технічне забезпечення закладів охорони здоров'я;
- 3) нераціональна організація системи надання медичної допомоги, диспропорція її первинного, вторинного і третинного рівнів;
- 4) брак сучасних медичних технологій, недостатнє володіння ними;
- 5) низький рівень інформованості про сучасні медичні технології, засоби збереження здоров'я та активного дозвілля;
- 6) неефективність державної політики щодо формування здорового способу життя;
- 7) недостатність фінансових, і насамперед, бюджетних, ресурсів для забезпечення ефективної діяльності системи охорони здоров'я;

Здійснюється за підтримки Міжнародного фонду «Відродження»

8) практична відсутність ринку медичних послуг;

9) недосконалість нормативно-правових актів, які впливають на створення умов для поліпшення стану здоров'я населення та підвищення ефективності використання в системі охорони здоров'я людських, матеріально-технічних та фінансових ресурсів в умовах ринкової економіки.

Погіршення стану здоров'я зумовлене, насамперед, комплексом не медичних, а соціально-економічних та екологічних чинників, недосконалим способом життя населення. Тому поліпшення здоров'я неможливе без істотних соціально-економічних змін.

Оскільки здоров'я населення є результатом діяльності не тільки галузі охорони здоров'я, а інтегральним показником успішності функціонування держави, усіх її інституцій, в основу розроблення Програми покладено міжгалузевий комплексний підхід.

Мова йде про створення ідеологічно нової системи - системи охорони громадського здоров'я.

Система охорони громадського здоров'я - система наукових і профілактичних заходів та структур медичного і немедичного характеру, діяльність яких спрямована на охорону і зміцнення здоров'я населення, профілактику захворювань і травм, збільшення тривалості активного життя і підвищення працездатності та передбачає об'єднання зусиль усіх членів суспільства. Власне система охорони здоров'я (медична галузь) належить до широкої системи охорони громадського здоров'я і є найважливішою складовою життєзабезпечення населення і подальшого розвитку держави в цілому.

Держава “загального добробуту” (welfare state)	Держава, що регулює (regulatory state)
ОЗ - виключно соціальний сектор	ОЗ - сектор економіки соціального спрямування
Дезінтеграція системи ОЗ (дублювання і фрагментація)	Управлінська централізація ОЗ та господарча автономія (закладів ОЗ)
Одне легальне джерело фінансування системи ОЗ	Декілька джерел фінансування: бюджет + ОСМС + ДМС +співплата
Нормативні (формульні) розрахунки фінансування	Державні соціальні стандарти в ОЗ + базовий рівень мед.допомоги
Невизначеність рівнів допомоги	Чіткий поділ: ПМСД, вторинна, третинна, високоспеціалізована
Фінансування з урахуванням потужностей	ПМСД – подушне з частковим фондотриманням, глобальний бюджет для закладів (II і III)
Оплата роботи надавачам медичної допомоги без зв'язку із кількістю і якістю виконаної роботи	Контрактна система: <u>лікар – заклад</u> із урахуванням особистого вкладу (внутр.) Контрактна система: <u>заклад – замовник</u> із оплатою за об'єм і якість наданих послуг
Девальвація освіти, післядипломної підготовки та наукових ступенів і розробок в сфері ОЗ	Відхід від формальних ознак відповідності компетенції до конкретних вмінь і досягнень за принципом відкритого конкурсу та строкових контрактів
Неузгоджені кроки реформування	Попередньо схвалений “Національний план дій”
Наука “авторитетів”	Авторитетна наука
Керівники в системі ОЗ – виключно лікарі	Керівники в системі ОЗ – лікарі і управлінці (не лікарі)

Стаття 49. Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування.

Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм.

Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування.

У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; **існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена.** Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності.

Держава дбає про розвиток фізичної культури і спорту, забезпечує санітарно-

Стаття 49. Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування.

Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм.

Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування, **сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності.**

Держава забезпечує громадянам доступну та якісну медичну допомогу в державних і комунальних закладах охорони здоров'я. Гарантований обсяг медичних послуг у цих закладах визначається законом.

У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно.