

Українська Академія державного управління
при Президентові України

Ярослав Радич

**Державне управління
охороною здоров'я
в Україні:
генезис, проблеми
та шляхи реформування**

Монографія

Київ 2001

УДК 351.77

ББК 51.1

Р 15

*Затверджено Вченою радою Української Академії
державного управління при Президентові України.
Протокол № 65/6 від 25 червня 2001 р.*

Рецензенти:

Л.А. Пиріг, академік АМН України, член-кореспондент НАН України, доктор медичних наук, професор, заслужений діяч науки і техніки України.

І.М. Солоненко, доктор медичних наук, завідувач кафедри управління охороною здоров'я Української Академії державного управління при Президентові України.

В.К. Майборода, доктор педагогічних наук, професор кафедри управління освітою Української Академії державного управління при Президентові України, заслужений працівник народної освіти України.

Радиш Я.Ф.

Р 15 Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування (Монографія) / Передмова і загальна редакція - проф. Н.Р. Нижник. - К.: Вид-во УАДУ, 2001. - 360 с.

ISBN 966-619-053-2

Монографія присвячена аналізу процесу становлення, розвитку і сучасного стану системи державного управління охороною здоров'я в Україні, розглядові проблем міжвідомчих державно-управлінських відносин у галузі охорони здоров'я, питанням формування професійної моделі сучасного спеціаліста з державного управління охороною здоров'я та шляхам удосконалення керівництва галуззю в умовах адміністративної реформи в Україні.

Видання призначене для слухачів і аспірантів Української Академії державного управління при Президентові України, працівників державної системи охорони здоров'я і всіх тих, хто цікавиться питаннями державного управління охороною здоров'я в Україні.

УДК 351.77

ББК 51.1

ISBN 966-619-053-2

© Я.Ф. Радиш, 2001

© Оригінал-макет:

Видавництво УАДУ, 2001

Передмова

Охорона здоров'я - специфічна галузь суспільства, яка повинна забезпечити справедливий доступ усім громадянам до високоякісної медичної допомоги.

Ситуація в охороні здоров'я України керівництвом галузі та дослідниками її проблем сьогодні оцінюється як складна. Підтвердженням тому є низький рівень здоров'я населення, роздрібнений медичний простір, відсутність економічних стимулів для реформ у державному секторі, застарілі технології профілактики й лікування тощо.

Незважаючи на те, що охорона здоров'я є центральним об'єктом соціальної і гуманітарної політики держави, - діяльність галузі малоефективна й викликає все більше незадоволення населення України рівнем медичного забезпечення.

Однією з основних причин такого стану в охороні здоров'я України є успадковані нею жорстко централізовані принципи неефективного і громіздкого управління на всіх його рівнях, пріоритетом яких ще недавно був екстенсивний розвиток стаціонарної лікарняної медичної допомоги. А загальнотеоретичний світовий доробок науки управління не знайшов належного використання як у практиці, так і в теорії управління вітчизняною охороною здоров'я.

Реформування охорони здоров'я в Україні вимагає, насамперед, підготовки нової генерації керівників галузі державного, обласного та місцевого рівнів, які б мали ґрунтовну підготовку з проблем вироблення державної політики і стратегії в галузі охорони здоров'я, управління в умовах децентралізації галузі, володіли новими підходами до економіки та фінансування, ресурсозберігаючими технологіями, технологіями структурної перебудови галузі з пріоритетом первинної медичної допомоги на засадах сімейної медичної практики, управління якістю медичної допомоги тощо.

Таким завданням відповідає програма спеціалізації "управління охороною здоров'я" в рамках спеціальності "державне управління", за якою проводиться підготовка фахівців з кваліфікацією "магістр державного управління" на кафедрі управління охороною здоров'я Української Академії державного управління при Президентіві України.

Відповідно до Концепції спеціалізації, затвердженої рішенням Вченої ради Академії 29 травня 1998 р. (протокол № 30/5), підготовка за даною програмою орієнтована, передусім, на працівників апарату Міністерства охорони здоров'я України, керівників та працівників військово-медичних управлінь міністерств і відомств України; заступників голів, відповідальних за соціально-гуманітарну політику (в т.ч. і охорону здоров'я) та начальників управлінь охорони здоров'я обласних державних адміністрацій (їх заступників, кадровий резерв); начальників (їх заступників) обласної санітарно-епідеміологічної служби, керівників фармацевтичної та інших споріднених галузей (медична техніка, реабілітаційна і санаторно-курортна служба тощо) загальнодержавного та обласного підпорядкування.

У даний час на кафедрі здійснюється підготовча робота з написання підручника "Управління охороною здоров'я" для навчання нової плеяди керівників органів управління та лікувально-профілактичних закладів (менеджерів) у галузі охорони здоров'я на базі магістерської програми.

Доцент кафедри управління охороною здоров'я Української Академії державного управління при Президентові України, кандидат медичних наук Радиш Я.Ф. у монографії "Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування" взяв на себе відповідальність проаналізувати процес становлення, розвитку і сучасного стану державного управління охороною здоров'я України, при цьому по своєму підійшовши до уточнення категорійно-понятійного апарату цього соціального явища. На основі статистичного матеріалу проаналізовано показники індексу людського розвитку в Україні та тенденції розвитку медико-демографічної ситуації в державі. В інших розділах монографії автором показано своє бачення стану та перспектив розвитку міжвідомчих відносин у галузі охорони здоров'я, сформульована професійна модель сучасного спеціаліста з державного управління охороною здоров'я, визначені основні напрямки оптимізації державного управління галузі в умовах адміністративної реформи в Україні.

Таким чином, дана праця стала першою спробою великої етапної роботи щодо підготовки в недалекому майбутньому вітчизняного підручника з "Управління охороною здоров'я".

Вважаю, що видання монографії "Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи рефор-

мування” буде корисним і своєчасним для слухачів та аспірантів Академії, магістрів державного управління, керівників органів управління охорони здоров’я різних міністерств і відомств нашої держави, буде сприяти підвищенню професійного рівня фахівців у галузі державного управління та організації охорони здоров’я України.

Завідувач кафедри державного управління і менеджменту Української Академії державного управління при Президентові України, доктор юридичних наук, професор, заслужений юрист України

Н.Р. Нижник

Вступ

*“Наука не є і ніколи не буде
закінченою книгою ...”*

А. Ейнштейн

Відійшло в історію ХХ століття. Його останнє десятиріччя принесло українському народові воістину доленосні здобутки. Саме впродовж останніх десяти років Україна виборола свою незалежність і стала високоавторитетною державою у світовому співтоваристві [102].

Становлення України як великої індустріально-аграрної держави, що входила до колишнього Радянського Союзу, супроводжується значними труднощами. Розпочаті глибокі соціально орієнтовані економічні ринкові перетворення здійснюються одночасно з перебудовою державного апарату та демократизацією суспільства [24].

Президент України Леонід Кучма у Посланні до Верховної Ради: “Україна: Поступ у ХХІ століття: Стратегія економічної та соціальної політики на 2000-2004 рр.” серед стратегічних пріоритетів діяльності держави називає “... здійснення скоординованих кроків, спрямованих на поліпшення охорони здоров’я населення” [102]. Адже здоров’я людини сьогодні розглядається як соціально-економічна цінність суспільства [62].

Охорона та зміцнення здоров’я людей є складовою частиною державного будівництва, соціальної політики, системи національної безпеки, одним з найважливіших завдань і внутрішніх функцій держави. Це питання набуває для України особливої ваги сьогодні, бо, по-перше, в умовах нинішньої адміністративної реформи в країні будується зовсім нова система охорони здоров’я, а по-друге, саме в умовах затяжної кризи забезпечення ефективної діяльності системи охорони здоров’я потрібне, як ніколи. Тож великої уваги потребує система державного управління соціальною сферою взагалі і охороною здоров’я, зокрема [16; 58; 68].

Проблеми збереження і зміцнення здоров’я населення України настільки важливі й актуальні, що становлять одну з найважливіших внутрішніх функцій нашої держави. Саме широтою і складністю завдань з охорони здоров’я пояснюється необхідність виконувати ті чи інші функції державного управ-

ління з питань охорони здоров'я всіма без винятку органами державної влади України [16].

Сьогоднішня система охорони здоров'я України не відповідає сучасним вимогам. Її попередній розвиток мав екстенсивний характер, який полягав у постійному збільшенні кількості стаціонарних ліжок і лікарів. Цей шлях розвитку сприяв досягненню одного з найвищих у світі рівнів забезпеченості населення лікарями різних спеціальностей і лікарняними ліжками, дав змогу створити широку мережу лікувальних профілактичних закладів у містах і сільській місцевості та забезпечити доступність кваліфікованої медичної допомоги дорослим і дітям. Проте подальший досвід показав недостатню економічну та організаційну обґрунтованість, стратегічну неспроможність цього напрямку розвитку охорони здоров'я.

Більшість дослідників оцінюють сьогоднішній стан охорони здоров'я України як кризовий. Про це свідчать і показники загальнодемографічної ситуації¹: з 1989 по 1995 рр. середня тривалість життя чоловіків скоротилася на 4,9 року, жінок - на 2,6 року, після чого (у зв'язку з тим, що в умовах соціально-економічної кризи найслабкіші за здоров'ям люди померли раніше, ніж мали б померти за сприятливих умов) тривалість життя почала дещо підвищуватися, але з 1999 р. порівняно з 1998-им знову спостерігається її скорочення: на 0,5 року у чоловіків і на 0,2 року у жінок. За попередніми даними, в 2000 р. тенденція до скорочення тривалості життя зберігалася.

Середня тривалість життя в Україні у 1999 р. становила 68,1 року (чоловіків - 62,7, жінок - 73,6). Україна за цим показником перебуває на 108 місці (на рівні Таджикистану, Туреччини, Йордану, Перу, Гондурасу, Алжиру), відстаючи від країн Західної Європи на 9 років, а від Японії (країни з найбільшою тривалістю життя) - на 13 років.

Сумарний показник народжуваності зменшився з 1,9 дитини в 1989 р. до 1,1 - у 2000 р. Середньорічний темп його зниження протягом десятиріччя (1989-1999) був у 10 разів вищим, ніж за попереднє тридцятиріччя (1959-1989). За сучасного рівня смертності в Україні (14,8 особи на 1000 чоловік населення) демографічна рівновага можлива тільки за умови сумарного показника народжуваності 2,2 дитини. Однаковий з Україною сумарний по-

¹ *Париз Л. А.* Звіт про діяльність Всеукраїнського лікарського товариства за 1999 - 2000 рр. - Чернівці, 2001

казник народжуваності мають тільки Болгарія, Латвія і Гонконг. У міських поселеннях України цей показник становить 0,9.

Від'ємний приріст населення вперше був зафіксований у 1991 р. (-0,8), у 2000 р. - (-7,0).

У 2000 р. природне скорочення населення України становило 373 тис. чол., а за останні 10 років - 2511,2 тис. чол.; хоча демографи прогнозували зменшення на 0,7-0,8 млн. Депопуляція стала всеукраїнським явищем (крім сільського населення Закарпатської області). Постійне населення України щорічно зменшується на 0,8%, у розвинених країнах Європи щорічно збільшується на 0,4%.

Україна посідає 11 місце за часткою населення віком 60 і більше років (Білорусь - 23, Росія - 27 місце). У віці 65 і більше років на початок 2000 року в Україні проживало 13,9% населення (9,7% чоловіків і 17,5% жінок; у міській місцевості - 11,6%, у сільській - 18,7%).

В Україні надзвичайно високе демографічне навантаження (кількість осіб дитячого і пенсійного віку на 1000 осіб працездатного віку), яке станом на початок 2000 р. становило 749 осіб (340 дітей і 409 дорослих), а на селі - 994 (відповідно - 416 і 578).

Демографічна криза поглиблюється ще й негативом міграційних процесів. У 1999 р. з України в інші держави вибуло 110,6 тис. осіб (на 44,6 тис. більше, ніж прибуло).

За прогнозом відділу демографії Інституту економіки НАН України, до початку 2026 р. населення нашої держави зменшиться до 42 млн чоловік.

Основне завдання щодо виходу з демографічної кризи полягає у гальмуванні зниження якості життя населення, у збереженні його здоров'я, відновленні суспільного механізму відтворення трудового потенціалу. Збереження і поліпшення здоров'я населення є одним з найважливіших пріоритетів нації, національної державної політики.

Рівень загальної захворюваності населення залишається високим (на кінець 1999 р. - 141186,3 випадків на 100 тис. населення). Головним чином це - хвороби органів дихання (24,4%), системи кровообігу (22,4%), органів травлення (9%).

В Україні переважно помирають від хвороб системи кровообігу (60,3%), злоякісних новоутворень (13,5%), через насильницьку смерть (нещасні випадки, отруєння, травми, вбивства, самогубства). Щодо частки самогубств, що характеризує загальну соціально-психологічну, моральну атмосферу, то вона збіль-

шується у всьому світі (10-20 випадків на 100 тис. населення), але у промислових регіонах України цей показник у 1,5-2 рази, а в селах у 1,5 рази вищий, ніж у містах, зростає кількість самогубств серед дітей, підлітків.

Загрозливих розмірів набувають в Україні ВІЛ-інфікованість, СНІД (75% ін'єктованих наркоманів), туберкульоз (у 1999 р. - 54,3 на 100 тис. населення, померло близько 10 тис. хворих). На порядку денному постає проблема пріонових інфекцій.

Щорічно по медичну допомогу з приводу інфекційних захворювань звертається близько 10 млн осіб. Це переважно - грип, гострі респіраторні інфекції. На щастя, епідемічних спалахів небезпечних і особливо небезпечних інфекцій останнім часом не фіксується. Поліпшилася ситуація із захворюваністю на дифтерію.

Особливе занепокоєння викликає здоров'я підлітків, серед яких тільки до 10% можна вважати здоровими. А це - наша зміна у виробництві, сфері гуманітарній, оборонній, це майбутні матері.

Відродно те, що за останні роки зменшилася материнська смертність (від 30,9 у 1997 р. до 27,7 у 2000 р. на 100 тис. народжених живими) та смертність дітей віком до одного року (відповідно від 14,0 до 12,0 на 1000 народжених живими).

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) вперше склала рейтинг національних систем охорони здоров'я різних країн. Із 191 країни Україна отримала 79 місце (після Казахстану - 64, Білорусі - 73, але далеко випередила Росію - 130-е місце).

Як показує зроблений нами аналіз літературних джерел, проблема державного управління охороною здоров'я в Україні та її складові - питання державно-управлінських відносин в охороні здоров'я в цілому і міжвідомчих державно-управлінських відносин у цій галузі зокрема, залишаються не дослідженими.

Такий стан наукового опрацювання "особливого виду суспільних відносин, що виникають у процесі державного управління" (Н.Р. Нижник), коли в державі змінюються принципи функціонування багатьох державних структур, коли на зріла необхідність ліквідації відомчого підходу в системі медичного забезпечення силових міністерств та відомств і тісної інтеграції із загальнодержавною системою охорони здоров'я України та заіровадження територіального принципу медичного забезпечення, - не може задовольнити сучасні вимоги до системи державного управління охороною здоров'я.

Науковою розробкою теорії державного управління в Україні та державно-управлінських відносин як його важливої

складової займалися В.Б. Авер'янов, Н.Р. Нижник, В.В. Цветков, В.Д. Бакуменко, П.І. Надолішній, О.В. Шамрай та інші науковці.

“Незважаючи на очевидну соціальну значимість питань охорони здоров'я та організації управління цією галуззю соціально-культурної діяльності держави й суспільства, - як зазначає З.С. Гладун у своїй монографії “Державне управління в галузі охорони здоров'я”, - згадані питання (вивчення організації і функціонування системи органів державної влади в охороні здоров'я, моделі управління у цій галузі під час перехідного періоду тощо - Я.Р.) мало досліджені науково, особливо це стосується державно-владного, юридичного аспекту управління в галузі охорони здоров'я”, вивчення “окремих “вузьких” місць у їх діяльності та законодавстві, що її регулює” [16].

На тому, що питання “... змісту державно-управлінських відносин майже не досліджене”, наголошує у своїх працях і професор Н.Р. Нижник. Залишається зовсім не дослідженою проблема комплексного вивчення міжвідомчих державно-управлінських відносин у галузі охорони здоров'я. А сьогодні гостро відчувається потреба саме в комплексному дослідженні державного управління та державно-управлінських відносин у галузі охорони здоров'я України, особливо їх важливої складової - міжвідомчих державно-управлінських відносин. Це пов'язано з тим, що в ході адміністративної реформи, запровадження територіальної системи медичного забезпечення населення необхідно оптимально врегулювати всі питання міжвідомчих державно-управлінських відносин у галузі охорони здоров'я, застосувавши сучасні підходи до їх оновлення та наповнення новим змістом, що, в кінцевому підсумку, повинно забезпечити ефективну роботу галузі. Адже “нові умови життя, нові політичні, соціальні та економічні реалії настійливо вимагають пошуку шляхів виходу з кризи, нових підходів і принципів формування сучасної охорони здоров'я” [16].

Ця монографія присвячена питанням державного управління охороною здоров'я в Україні та шляхам удосконалення керівництва охороною здоров'я в умовах адміністративної реформи в Україні.

Монографія складається зі вступу, п'яти розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків.

У вступі розкрито актуальність проблеми державного управління охороною здоров'я в Україні та подана стисла характеристика даної роботи.

В розд. 1 автор спробував уперше в Україні узагальнити дуже розпорошений матеріал з історії формування державницького підходу до системи медичного забезпечення в діяльності українських лікарів минулого.

У розд. 2 зроблено ретельний аналіз сучасного стану системи охорони здоров'я в Україні. Виділено та розглянуто категорійно-понятійний апарат про державне управління системою охорони здоров'я, здійснено уточнення окремих дефініцій, викладено бачення проблем, які стоять перед охороною здоров'я України сьогодні.

Третій розділ монографії присвячений аналізу сучасного стану взаємовідносин між Міністерством охорони здоров'я України та відомчою медициною (на прикладі медичної служби Збройних Сил України) і шляхам їх оптимізації для ефективної роботи галузі в умовах надзвичайних ситуацій.

У розд. 4 обгрунтовано професійну модель сучасного спеціаліста з державного управління охороною здоров'я України.

В розд. 5 науково обгрунтовано та запропоновано шляхи удосконалення державного управління охороною здоров'я в умовах адміністративної реформи в Україні.

Завершують монографію загальні висновки, список використаних джерел та додатки 1-9.

У додатках до основного матеріалу знайшли відображення підходи до відбору управлінських кадрів для охорони здоров'я України, короткий зміст Женевських конвенцій про захист жертв війни, тлумачення окремих термінів, які стосуються соціальної політики та державного управління, і низка іншої корисної інформації.

Якщо дана монографія допоможе слухачам Української Академії державного управління при Президентові України в їх роботі над вивченням державного управління охороною здоров'я, автор вважатиме своє завдання виконаним.

Зважаючи на те, що пропонована робота є однією з перших спроб створення в майбутньому підручника з "Державного управління охороною здоров'я України", автор очікує і з вдячністю прийме всі конструктивні пропозиції та побажання як щодо змісту матеріалу, так і щодо форми його викладу в монографії.

Автор висловлює щире подяку рецензентам цієї монографії - академіку АМН України, члену-кореспонденту НАН України, доктору медичних наук, професору, заслуженому діячеві науки і техніки України Л.А. Пирого, завідувачу кафедри управління охороною здоров'я Української Академії державного управління при

Президентові України, доктору медичних наук, професору І.М. Солоненку та професору кафедри управління освітою Української Академії державного управління при Президентові України, доктору педагогічних наук, заслуженому працівникові народної освіти України В.К. Майбороді.

Особлива подяка автору передмови - завідувачу кафедри державного управління і менеджменту Української Академії державного управління при Президентові України, доктору юридичних наук, професору, заслуженому юристу України Н.Р. Нижник, начальнику Головного військового клінічного госпіталю МО України, заслуженому лікареві України, генерал-майору медичної служби, доценту М.П. Бойчаку та всім колегам і друзям за їх поради, постійну підтримку і допомогу під час роботи над монографією.

Розділ 1

Роль і місце українських лікарів у державотворенні та формуванні державницького підходу до медичного забезпечення (історичний аспект)

У Конституції України, прийнятій на п'ятій сесії Верховної Ради 28 червня 1996 р., однією з передумов її прийняття названо "багатовікову історію українського державотворення". Український народ, зазначають дослідники української державності, - впродовж своєї тисячолітньої історії створив кілька державних утворень. А саме:

- середньовічну феодальну державу Київську Русь (IX - XIII ст.);
- Галицько-Волинську державу (XII - XIV ст.);
- Українську козацьку державу (сер. XVII - XVIII ст.);
- Українську Народну Республіку та Українську державу (1919 - 1920 рр.);
- Державу Україна (з 24 серпня 1991 р.)².

Активною силою процесу державотворення в Україні завжди виступала творча діяльність українського народу - провідного

² *Мандебура Т.О.* Історія державотворення України / Конституція України - Основний Закон суспільства, держави, людини: Науково-методичні рекомендації / Кол. авт.; Керівник авт. кол. - проф. І.Ф. Надольний. - К.: Вид-во УАДУ, 1998. - С. 31-38.

носія державницької ідеї і головного суб'єкта владних відносин [112]. Так, дослідники історії державного управління в Україні зазначають: "Об'єктивний і безпристрасний аналіз тексту Конституції Пилипа Орлика (1710 р.) показує, що останній за 38 років раніше за Ш.-Л. Монтеск'є ("Про дух законів", 1748 р.) описав необхідність поділу влади на три гілки (козацька рада, гетьман і генеральна старшина та суд) і практично запропонував варіант її поділу, чим заслужив підстави стати в один ряд з ушлякеними авторами доктрини поділу державної влади на три гілки - законодавчу, виконавчу й судову (англ. філософ Джон Локк та франц. вчений і просвітитель Шарль-Луї Монтеск'є) і бути внесеним до пантеону світової слави" [15]. Після цього Україна впродовж майже трьох століть накопичує "...досвід побудови національної системи державного управління і самоврядування та їх правового регулювання. Використання цієї історичної спадщини є важливим джерелом побудови сучасної Української держави" [112].

Вирішення актуальних проблем наукового забезпечення державного управління в Україні вимагає підвищеної уваги до багатьох питань переосмислення філософії, теорії та історії нашої держави. За кілька поколінь радянська планово-централізована суспільно-економічна система спричинила надмірну політизацію гуманітарних наук, призвела до замовчування великого і цінного практичного досвіду та відкидання творчого доробку численних поколінь українців³.

Серед передової частини наших співвітчизників, які впродовж багатьох століть вносили свій вклад у розвиток ідей державного управління, було багато представників медичної науки і практики. Сьогодні, коли розробляються стратегія і тактика державного управління охороною здоров'я України, виникла потреба розглянути найважливіші аспекти досвіду формування державницького підходу до управління сферою охорони здоров'я українських лікарів у минулому. Цей досвід, на нашу думку, має також історичний аспект, адже цілі і завдання, інструментарій та інституційні форми з часом змінювалися, однак принципові підходи до управління охороною здоров'я багато в чому достійні та універсальні. Саме в цьо-

³ Сосновська Т. Творча спадщина Володимира Антоновича для розуміння актуальних проблем регіонального впорядкування сьогодення (національні, економічні, військові особливості українського народу) // 36. наук. пр. УАДУ / За заг. ред. В.І. Лутового, В.М. Князева. - К.: Вид-во УАДУ, 2000. - Вип. 2. - Ч. II - С. 239-245.

му може бути їх користь для сучасних керівників охорони здоров'я нашої держави.

Історична спадщина українських лікарів може бути корисною і в пошуку механізмів підвищення рівня сучасного стану галузі, стати важливим джерелом для побудови нової моделі системи державного управління охороною здоров'я і ще однією спробою ліквідувати "білу пляму" щодо історії минулого України взагалі.

Але перш ніж приступити до аналізу внеску українських лікарів минулого у формування державницького підходу до медичного забезпечення населення, необхідно відповісти на запитання: "А кого можна вважати нашими, українськими діячами медицини в багатовіковій та багатостраждальній, з великою кількістю драматичних сторінок, історії нашої держави?".

Більше трьох сторіч Україна була розірвана між трьома імперіями (Габсбурзькою, Австро-Угорською та Російською), позбулася власної державності, її еліта перейшла на службу до сильніших, державних народів, а мова й культура насильницьки асимілювалися в культури титульних націй.

Історична доля України склалася таким чином, що українці, в тому числі й діячі медицини, упродовж сторіч не мали можливості працювати і творити для своєї держави.

Але тривала відсутність української державності, формальна відсутність національних шкіл - не аргументи, якими можна заперечити, що медицина в Україні розвивалася на приріданних нашій землі, нашому народові матеріальній базі, духовному багатстві та інтелектуальному потенціалі. Бо, як сказав один з наших українських достойників, відомий вчений та державний діяч, який мав і медичну освіту, - професор І.І. Огієнко: "Українська історія, - це вона одна оживляє нас, українців, і дає нам цілющу силу прямувати до тієї Правди, якої ми прагнемо всі. Це вона одна воскрешає український народ..." [97]. За історично справедливих обставин багато що, включаючи медицину, було б в Україні іншим, але щодо української медицини, то вона існувала і розвивалася.

Очевидно, ми повинні погодитися з думкою тернопільського професора О. Голяченка: "Поняття "українська медицина", "українська медична наука" не як географічні, а як історичні та наукові фактично відсутні". Доказом цього може слугувати сучасна довідкова література. Але існування та історія будь-якої галузі людської діяльності, а тим більше науки, - передусім, у

здобутках її діячів. Визначити й належно оцінити внесок українців у розвиток спільної на той час загальноросійської історії взагалі, а медичної науки та практики зокрема дуже складно, але необхідно, тому що українська нація виявиться ошуканою, якщо забрати від неї кращих її представників у будь-якій галузі людської діяльності [18, 79].

Академік АМН України Л.А. Пиріг, аналізуючи проблеми, які стоять перед історією української медицини, порушує ще одне важливе питання - як правильно формулювати дане поняття: “історія української медицини”, “історія медицини в Україні”, “українська історія медицини” чи “історія медицини України”? При цьому він зауважує, що віддає перевагу першому з наведених вище понять. Серед першочергових завдань дослідників у вивченні питань історії української медицини Л.А. Пиріг називає наступні: “... вивчення здобутків українських вчених-медиків, які працювали і творили як в Україні, так і поза її межами. Поруч з внеском у медичну науку необхідно висвітлювати їх громадську позицію, працю на ниві громадського життя, в інших галузях духовного життя нації... Необхідно простежити пріоритетні напрямки їх наукових досліджень, якими зроблено внесок у світову медичну науку, простежити шляхи кооперування та зв'язків з науковими дослідницькими школами Європи і світу ... Такий комплексний підхід до оцінки діяльності вченого дає цілісне уявлення про його особистість як людини, вченого, громадянина; сприятиме вихованню у молоді почуття загальнолюдської та професійної гідності”⁴.

Відсутність упродовж тривалого часу власної державності призвела до того, що майже всі визначні лікарі-українці, які жили і працювали у XVIII - XX ст., навіть у наукових, енциклопедичних виданнях російсько-радянських часів записані як російські або радянські.

На думку історика І. Пасько-Єфимової, “Досвід роботи в загальному напрямку “Українці в ближній діаспорі” дозволив дійти висновку, що науково обґрунтоване розуміння історії України в повному обсязі і адекватне визначення ролі українців у розвитку світової культури і європейської історії, особли-

⁴ Пиріг Л.А. Історія української медицини - більше проблем, ніж досягнень / В кн. Історія української медицини (Матеріали конференції 29 квітня 1995 р.). - К., 1995. - С. 1-3.

во в XVIII-XX століттях, неможливе без певної наукової класифікації діячів історії, культури та науки, так чи інакше пов'язаних з Україною”⁵.

В основу такої класифікації, за допомогою якої можна повернути Україні багато несправедливо віднесених до “російських” чи “радянських” діячів медичної науки і практики, на думку її автора, “...доцільно покласти принаймні декілька чільних показників: національну належність і національну самоідентифікацію історичної особи; країну, в якій і в інтересах якої працював той чи інший діяч. Залежно від цього за сукупністю фактичних даних вважається за можливе користуватись термінами-означеннями, що пропонуються.

“Український діяч” - для осіб українського походження, що зберегли свою національну самоідентифікацію, незалежно від місця і роду їх діяльності.

“Український діяч російського походження” - для осіб російського походження, що жили і працювали в Україні при відсутності в їх поглядах або діяльності ознак великодержавного шовінізму.

“Російський і український діяч” і навпаки - для українців і росіян, що плідно працювали в інтересах обох народів, незалежно від їх національного походження, але зберегли свою національну самоідентифікацію.

“Російський діяч українського походження” - для осіб, що втратили свою національну самоідентифікацію, але активно не заперечували українського коріння.

“Російський діяч” - для осіб українського походження, що його свідомо заперечували або не сприймали національну особність як нації взагалі і перейшли на великоруські позиції (наприклад, адмірал О.В. Колчак, “правитель великой и неделимой”).

“Російський і український діяч іноземного походження” - для осіб, що працювали в Російській імперії, але зробили вагомий внесок у культуру і науку України (наприклад, батько і син В.І. та О.В. Беретті)”⁶.

Погоджуюємося з аргументами автора наведеної вище класифікації, яка підтверджує доцільність існування поняття “український діяч”, що, як і український лікар, має вже тривалу й славу історію. Воно не ідеалізоване, влучно й точно харак-

⁵ Пасько-Сфимова І. До питання про визначення історично-культурної спадщини незалежної України // Державність. - 1994. - №1-2. - С. 93-94.

⁶ Там само.

теризує належність і духовну ауру наших співвітчизників - лікарів, які, хоч би де вони працювали, завжди чесно й самовіддано робили свою благородну справу, вносячи видатний вклад у розвиток світової медичної науки, освіти й практики. І сьогодні настав час визнати всіх їх українцями, розповісти про їх досягнення людям, насамперед в Україні, де ще й досі часто нічого про багатьох з них не відомо. Бо як сказав Луї Пастер: "Наука не має батьківщини, але не буває без батьківщини вчений, і те значення, яке його праці можуть мати у світі, він повинен відносити до своєї батьківщини" [79].

1.1. Внесок українських лікарів у формування державницького підходу до медичного забезпечення та практичного запровадження гуманного ставлення до жертв війни

Участь українських лікарів у державному відродженні та розбудові самої державності широка і всебічна. Українські лікарі не обмежувалися у своїй праці суто фаховою, організаційно-оздоровчою діяльністю чи роботою в медично-науковому секторі державного будівництва. Вони брали активну участь і в політично-громадському відродженні України. Лікарі-українці на теренах колишньої Російської та Австро-Угорської імперій відігравали велику роль в охороні здоров'я населення та розвитку медичної справи. Вони були добрими знавцями своєї професії й інші держави використовували їх для розбудови своїх державних організацій, зокрема, медичних шкіл. "Тому треба розвіяти існуючий навіть серед деяких наших істориків міф, що, мовляв, медичну справу в Росії розбудували чужинці - німці, голландці, шотландці чи балтійці, бо ж участь у тій справі українців була вдвоє-втриє більша" [78]. А вже говорив свого часу Ролан Барт (1915-1980 рр.), що "Немає нічого дивного в тому, що час від часу в певній країні виникає прагнення звернутися до фактів власного минулого й описати їх задля того, аби зрозуміти, що з ними можна зробити сьогодні: такі процедури переоцінки є, повинні бути систематичними"⁷.

Серед українських дипломованих лікарів, які поряд з медичною практикою успішно займалися і державними справами, був перший український доктор філософії і доктор медицини Юрій (Георгій) Дрогобич-Котермак (1450-1494рр.). У

⁷ Малиновський В.Я. Державне управління Навч. посіб. - Луцьк, 2000 - С. 58.

1481-1482 навчальному році наш земляк обирався одним з ректорів Болонського університету. Ця посада вважалася однією з найпрестижніших у Болонї. Ректор не тільки пильнував за дотриманням університетських статутів, не тільки контролював працю професорів, розподіляв лекції та організовував диспути, але й був суддею в кримінальних та цивільних справах для всіх осіб університету.

Майже 520 років тому, 7 лютого 1483 р., в Римі у друкарні І. Зільбера вийшла друком перша в історії праця, підготовлена українським автором, - "Прогностична оцінка поточного 1483 року магістра Георгія Дрогобича з Русі, доктора мистецтв і медицини Болонського університету щасливо виконана". Як підкреслюють Л. Миколишин та З. Гельнер - львівські дослідники наукової творчості Ю. Дрогобича, - це єдина друкована інкунабула (із п'яти, що збереглися до наших днів); до нас дійшли лише два її примірники. Один з них знаходиться в Краківській бібліотеці Чорторийських, другий - в Тюбінгені. У своїх наукових працях Ю. Дрогобич не тільки застерігав від спалахів епідемій, але й вважав, що з епідемічними захворюваннями потрібно боротися. Як лікар-практик Ю. Дрогобич мав великий авторитет серед краківських професорів. Вже згадані вище львівські дослідники Л. Миколишин та З. Гельнер вважають, що Ю. Дрогобич "... повернувся до Краківського університету, найближчої на той час до України вищої школи, щоб допомагати українцям отримувати європейську освіту" [51]. Його неодноразово запрошували до Васельського замку на консилїум до хворого короля Казимира IV, після чого Ю. Дрогобич дістав право користуватися титулом королівського лікаря. Великою заслугою Ю. Дрогобича було й те, що він зробив першу в друкованій літературі спробу визначити географічну довготу багатьох європейських міст, висловив припущення щодо можливості передбачати погоду на основі спостереження небесних явищ, пропагував і особисто брав участь у виданні слов'янських книг.

Вагомий внесок у розвиток державницького підходу до охорони здоров'я зробив митрополит Петро Могила (1596-1647 рр.). Він був відомим діячем православної церкви та просвіти, заснував Києво-Могилянську академію (1633 р.), у стінах якої провадилося і медичне навчання. У повсякденному режимі та навчанні вихованців академії великого значення надавалося дотриманню правил гігієни, про що були відповідні вказівки навіть у статуті цього навчального закладу [23].

Серед українських лікарів XVII ст., які відзначалися своїми державницькими поглядами, слід назвати передусім Єпіфанія Сла-

венецького (? - 1675 р.), зусиллями якого в 1658 р. було перекладено на слов'янську мову скорочений підручник анатомії людини, автором якого був А. Везалій, для першої медичної школи при Аптекарському⁸ наказі. Є. Славенецький брав участь у перекладі й виданні в Москві повної церковнослов'янської Біблії.

З когорти покоління наших співвітчизників, які у XVIII - XIX ст. заклали міцний фундамент для майбутньої слави медицини Російської імперії, слід назвати "першого клінічного професора" Г. Базилевича; першого з російських громадян лейб-медика Російської імперії (1816-1823 рр.) доктора медицини О.К. Каменського, книга якого "Краткое наставление о лечении болезней простыми средствами", що була видана в 1803 р., впродовж шістдесяти років залишалася основним практичним керівництвом для російських лікарів; члена державної медичної колегії, відповідального за будівництво Медико-хірургічної академії у С.-Петербурзі в 1798-1800 рр., С. Андрієвського.

У другій половині XVIII ст. Росія брала участь в багатьох війнах. Становище медичних чинів (на той час медицина ще не ділилася на відомчу - авт.) у Росії і, особливо, в армії було скрутним. Лікарі скаржилися на офіцерів за те, що останні не дають їм можливості виконувати свої функціональні обов'язки. У зв'язку з цим в 1767 р. було видано наказ "О запрещении воинским начальникам употреблять в частные свои услуги полковых лекарей" [90], автором якого був доктор медицини, а з 1779 р. - член медичної колегії, член Російської Академії наук, головний лікар Генерального госпіталю - син козака переяславського полку Ф.Т. Тихорський. Учнями останнього були відомі українські вчені С. Андрієвський та Д.С. Самойлович.

З 1754 р. найздібніших молодих російських лікарів посилали в іноземні університети (здебільшого, у Лейден та Страсбург) для здобуття "докторского градуса". Серед перших десяти молодих лікарів, які поїхали в Європу для подальшого удосконалення, - всі були українцями. В ті часи навіть була поши-

⁸ З 1707 р., коли його перейменували у Аптекарську колегію, до 1716 р. фактично керував усією справою медичного забезпечення Росії. Але її очолював не лікар, а боярин, князь або священик. З 1716 р. Аптекарську канцелярію, яку в 1721 р. перейменували у Медичну колегію, а в 1764 р. - в Медичну канцелярію, - очолює лікар. Завдяки цьому в 1754 р. спеціальним дозволом Святійшого Синоду Російської православної церкви, якому були підпорядковані такі навчальні заклади, як Київська греко-латинська духовна академія та колегіуми Чернігова, Харкова і Переяслава, була надана можливість вербувати учнів у вилеєзначених навчальних закладах для медичних шкіл Москви та Петербурга. З них із часом виійшла ціла плеяда здібних молодих українських лікарів.

рена думка, за якою медицина є “національною схильністю українського народу” [80].

Завдяки глибокому вивченню українськими лікарями досвіду підготовки лікарів у Європі була створена самобутня вітчизняна система вищої медичної освіти. Її характеризували такі особливості:

- широка й різнобічна програма теоретичного навчання;
- клінічний принцип викладання основних медичних дисциплін (“виховання лікаря біля ліжка хворого”);
- володіння студентами одночасно терапією і хірургією (студенти медичних вузів Європи на той час хірургію не вивчали).

Першим, хто практично запровадив гуманне ставлення до жертв війни, був наш славетний співвітчизник - академік П.А. Загорський. Петро Андрійович з липня 1794 р. в чині штаб-лікаря у складі Кирасирського полку брав участь у бойових діях з поляками на території Волині. У службовій картці П. Загорського про цей період його службової діяльності зазначається, що на кордоні з Галичиною в бою біля с. Половці полковий лікар “пользовав немалое число раненых неприятелей, взятых в плен ...”, а в 1795 р. “пользовал в своем госпитале всех больных ...” (мається на увазі цивільне населення сіл Волинської губернії - *авт.*) [80].

Необхідно підкреслити, що для нашого народу з незапам'ятних часів було характерним гуманне ставлення до військово-виполонених. Ще історик Маврікій писав, що візантійські солдати, які перебували в полоні у південних слов'ян, не були перетворені на рабів, як у інших народів. Наші далекі предки, обмежуючи полон візантійців певними часовими рамками, пропонували полоненим вибір: або ті, сплативши викуп, поверталися додому, або ж залишалися у них вільними. Цей своєрідний режим описують й інші пам'ятки старовини, наприклад, Новгородський літопис, згідно з яким полонений сам міг відпрацювати суму свого викупу і стати вільним.

Історія становлення та розвитку гуманного ставлення до жертв війни і короткий зміст Женевських конвенцій 1949 р. подані в окремому Додатку.

Серед 33 керівників найпрестижнішого вищого військово-медичного навчального закладу Росії, Радянського Союзу та Російської Федерації - Військово-медичної (Медико-хірургічної) академії у Санкт-Петербурзі - 4 українці: П.А. Загорський (1803 - 1805 рр.); П.А. Наранович (1867 - 1869 рр.); А.І. Таранецький (1901 - 1905 рр.); А.Я. Данилевський (1906 - 1910 рр.).

Серед професорсько-викладацького складу Академії впродовж усієї історії її існування теж було багато українців. Правда, це не дуже подобалось окремим російським діячам медицини того періоду. Так, як зазначає відомий літописець Імператорської Військово-медичної академії професор Г.Г. Скориченко, коли М.І. Пирогов залишав Академію, "... уходу его рады были и некоторые профессора, не любившие Пирогова, потому что он считался главою немецкой партии. При всех выборах он неизменно проводил инородца в ущерб русскому кандидату. Русских профессоров он презрительно называл "поповичами" (Це пов'язано з тим, що українські професори, вихідці з Чернігівщини, як правило, були випускниками місцевої духовної семінарії (раніше – колегіум) і вихідцями з сімей священиків - *авт.*) и высказывал о них не очень лестные мысли"⁹.

До світочів української медицини, які відзначалися державницьким підходом у вирішенні проблем медичного забезпечення і які до цього часу залишаються невідомими не тільки для широкої громадськості, але й для істориків медицини, з повним правом можна віднести Я.О. Чаруківського. Попри всі інші заслуги перед медициною саме він вперше сформулював ідею щодо розподілу (сортування - *авт.*) поранених і хворих. Він також вперше запропонував створити у війську батальйонні медичні пункти, намагаючись тим самим наблизити медичну допомогу до переднього краю. Зазначені ідеї в 1836-1837 рр. висвітлені ним у капітальній праці "Военно-походная медицина" [110], яку, на нашу думку, можна вважати першою друкованою спробою наукового обґрунтування управління медичним забезпеченням під час війни, а відомий дослідник історії медичного забезпечення в період воєн проф. О.С. Лобастов вважає її "... основами організації медичного забезпечення російської діючої армії" [45; 85]. У 1839 р. за працю "Военно-походная медицина" Я.О. Чаруківському було присуджено половину Демидовську премію¹⁰. Двічі лауреатом Демидов-

⁹ Императорская Военно-медицинская (Медико-хирургическая) академия. Ист. очерк / Сост. Г.Г. Скориченко. - СПб., 1910. - ч. II. - С. 73.

¹⁰ З 1832 р. по 1865 р. однією з найпочесніших нагород, які присуджувала Російська Академія наук, була Демидовська премія. Щорічно в Академію наук від П.М. Демидова надходило по 20 тис. крб "... на награды за лучшие по разным частям сочинения в России". Повні премії складали 5 тис. крб асигнаціями (1428 крб сріблом), а половинні - відповідно 2500 крб (714 крб сріблом). За всі роки було присуджено 55 повних і 220 половинних нагород. Серед 14 лікарів, роботи яких були відзначені Демидовськими преміями, - 2 українці / *Радий Я.Ф.* Українські лікарі - лауреати Демидовських премій // В кн. Історія української медицини: Матеріали конф. 29 квітня 1995 р. - К., 1995. - С. 52-54.

ської премії ставав ще один українець - професор Медико-хірургічної академії П.П. Заблудський-Десятовський (1804-1872 рр.). Вперше найвищою нагородою Російської Академії наук він був відзначений в 1849 р. за працю "Учение о болезнях яичка, семенного канатика и мошонки". Вдруге Демидовську премію наш співвітчизник отримав за працю "Руководство к изучению и лечению сифилитических болезней" в 1858 р.

1.2. Внесок українських лікарів у формування державницького підходу в організації охорони здоров'я за період діяльності УНР¹¹

Медична секція Українського наукового товариства в Києві та її наукові здобутки¹²

Після втрати Україною тих ознак державності, які були притаманні їй ще в XVII та на початку XVIII ст., політика царської Росії більше двох століть була спрямована на пригнічення української культури, мови, на повну русифікацію народу. У таких умовах розвиток медичних знань міг відбуватися лише в рамках "російської науки" [78]

Навесні 1906 р., наляканий революційними подіями, царський режим видав нові "Временные правила о печати", які дещо послабили заборони української мови, встановлені указом 1876 р. Саме тоді група вчених Києва виробила план створення Українського наукового товариства (УНТ), перед яким ставилася мета "допомагати розробленню і популяризації

¹¹ Українська Народна Республіка (УНР), українська держава, проголошена 7 (20) листопада 1917 р. III-м Універсалом Центральної Ради (гол. М. Грушевський), сепарату формально у федерації з Росією, 12 (25) січня 1918 р. Центральною Радою IV Універсалом проголосила незалежність УНР, у січні-лютому 1918 р. внаслідок інтервенції радянської Росії в УНР встановлено радянську владу, але австрійсько-німецький наступ у лютому-березні того ж року відновив владу Центральної Ради, повалена переворотом гетьмана П. Скоропадського 29 квітня 1918 р., відновлена у листопаді-грудні 1918 р. антигетьманським повстанням під проводом Директорії (гол. В. Винниченко, згодом С. Петлюра), 22 січня 1919 р. проголосила злуку з ЗУНР, вела війну за незалежність з більшовіками, білогвардійцями, Польщею пізніше в союзі з Польщею проти більшовиків (польсько-радянська війна 1919-1920 рр.), після поразки української революції 1917-1920 рр. Державний центр УНР діяв в еміграції до 1992 р. / УСЄ, Український словник-енциклопедія - К. "Тризна", 1999 - С. 1390

¹² Ганиткевич Я. Медична секція Українського наукового товариства в Києві - перша наукова організація українських лікарів на Наддніпрянській Україні / Пундій П. Українські лікарі. Бібліографічний довідник - Кн. 1. Естафета поколінь національного відродження - Львів-Чикаго: НТШ у Львові, 1994 - С. 271-279

українською мовою різних галузей науки". 29 квітня 1907 р. відбулося перше загальне зібрання новоствореного УНТ, головою якого було обрано Михайла Грушевського.

На наступному зібранні, що відбувалось під головуванням приват-доцента, а пізніше професора гістології та ембріології Київського університету Св. Володимира Олександра Черняхівського, була створена математично-природничка секція для математичних, природничих і лікарських наук, з метою "організації наукової роботи взагалі і в спеціальному приложенні до українського народу і України". Серед перших 16 членів УНТ були також лікарі й науковці - Мартирій Галин, Федір Вовк, Овксентій Корчак-Чесурківський [78].

У зв'язку з тим, що чисельність дійсних членів УНТ швидко зростала, до кінця 1907 р. їх вже було 54. Це дало змогу в наступному 1908 р. виділити окремо природничо-лікарську секцію, головою якої став Мартирій Галин. Слід зазначити, що саме М. Галин - головний хірург Київського військового госпіталю, а пізніше генерал-хорунжий санітарної служби УНР - був найбільш плідним автором серед членів медичної секції УНТ. Він керував термінологічною комісією Міністерства народно-го здоров'я УНР¹³. Ним були підготовлені й видані: в 1920 р. - перший "Російсько-український медичний словник" (непересічну наукову цінність цього словника щодо власне українського медичного термінологічного матеріалу засвідчує його перевидання у наш час (1995 р.) Інститутом української мови НАН України) та "Медичний латинсько-український словник", що вийшов друком уже в еміграції, у Празі в 1926 р., і перевиданий 1969 р. в Детройті (США)¹⁴.

Як підкреслює відомий дослідник наукової спадщини українських лікарів дійсний член Наукового товариства ім. Т.Г. Шевченка (НТШ) у Львові проф. Я. Ганіткевич, - у той час нашими співвітчизниками на основі законів української мови були запроваджені спеціальні медичні терміни, які з незначними змінами орфографії або і без змін вживаються до сьогодні. Як і в інших слов'янських мовах, наукова медична термінологія перших українських праць формувалася трьома шляхами [78]:

¹³ У різних матеріалах одного й того ж джерела (*Пундій П. Українські лікарі: Біобібліографічний довідник*. - Ки. 1: Естафета поколінь національного відродження. - Львів-Чикаго: НТШ у Львові, 1994. - 328 с.) цей орган називається по-різному: Міністерством народного здоров'я або Міністерством здоров'я і соціальної опіки - авт.

¹⁴ Від редакції // *Укр. мед. вісті*. - 1997. - Ч. 1 (56). - Квіт.-черв. - С. 3.

- використання термінів української літературної мови того часу, що включала багато слів, пов'язаних з будовою тіла людини, станом її здоров'я і хворобами;

- використання латинської термінології, на якій ще недавно виключно ґрунтувалася медична наука; адаптовані до української мови латинські терміни найчастіше вживали для позначення наукових понять анатомії, фізіології, хірургії, для найменування хвороб;

- використання у наукових працях вироблених авторами українських термінів, частина яких пройшла випробування часом і залишилася в ужитку й до нині.

Завершуючи короткий аналіз діяльності медичної секції УНТ, слід зазначити наступне: "Члени медичної секції УНТ у Києві виявили себе не тільки прихильниками українського слова, а й ерудованими спеціалістами у своїй галузі, добрими фахівцями і вченими. Це була справжня українська інтелектуальна еліта того часу. Перші українські науково-медичні публікації медичної секції УНТ заклали основи української науково-медичної літератури в Наддніпрянській Україні, вони повинні зайняти належне їм гідне місце в історії української медицини" [78].

Державна організація охорони здоров'я УНР¹⁵

Відразу після проголошення самостійності (18 січня 1918 р.) справами охорони здоров'я відповідно до законів Росії, які ще діяли на той час, опікувалося Міністерство внутрішніх справ.

Тут доречно буде зробити короткий відступ і, скориставшись публікацією І. Корнеєвої¹⁶, згадати про те, як упродовж 1910-1916 рр. відомий російський вчений і громадський діяч, академік Г.Є. Рейн (1854-1942) намагався переконати російський уряд та російського імператора Миколу II в доцільності створення міністерства народного здоров'я.

Як відомо, в 1908-1910 рр. схід України був охоплений епідемією холери. Після приборкання цієї епідемії, на початку жовтня 1910 р. Г.Є. Рейн, на якого було покладено обов'язки керівництва протиепідемічними заходами, подав Миколі II до-

¹⁵ *Осінчук Р.* Державна організація охорони здоров'я УНР (З приводу 50-ліття Української революції) / *Пундія П.* Українські лікарі: Біобібліографічний довідник. - Кн. 1: Естафета поколінь національного відродження. - Львів-Чикаго: НТШ у Львові, 1994. - 328 с. У кн. Українські лікарі / За ред. П. Пундія. - Л., 1994. - С. 279-283.

¹⁶ *Корнеєва І.* Лікар-реформатор, провісник державної охорони здоров'я академік Г.Є. Рейн // *Агарт.* - 1996. - № 4. - С. 25-30.

повідь, що передбачала здійснення глибокої санітарної реформи (об'єднання розрізаних медичних організацій; наявність єдиного органу управління, спроможного долати міжвідомчі незгоди; пріоритетність інтересів санітарії), розроблення нового законодавства в галузі охорони здоров'я (про запобігання заразним хворобам та про боротьбу з ними; про охорону материнства і дитинства; про загальнодоступну медичну допомогу) та містила обґрунтування щодо створення окремого міністерства народного здоров'я.

Рішення царя було позитивним. "Так, Росія - одна шоста частина світу - може мати окреме Міністерство Народного Здоров'я"¹⁷. Але для практичної реалізації цього законопроекту навіть волі імператора було замало.

Не будемо спинятись на деталях тривалих засідань, листувань і переговорів, а також описувати надзвичайну наполегливість Г.Є. Рейна та непослідовність імператора, а зазначимо наступне.

21 вересня 1916 р. все-таки було оприлюднено закон про створення Головного управління державної охорони здоров'я, а 22 вересня Г.Є. Рейн був призначений головнуправляючим державною охороною здоров'я. Але працював на цій посаді академік тільки п'ять місяців. Після чергової аудієнції голови уряду М.В. Родзянка з імператором Микола II "здався", а Г.Є. Рейну 22 лютого 1917 р. довелося відкликати свій законопроект.

Успішнішою щодо створення міністерства здоров'я була робота українського професора Івана Горбачевського (1854-1942). Він був першим організатором і впродовж 1917-1918 рр. міністром першого в Австро-Угорщині (і першого в світі) окремого міністерства здоров'я, членом Найвищої ради здоров'я Австро-Угорщини у Відні.

А тепер знову повернемося до аналізу організації охорони здоров'я в урядах УНР.

Під час керівництва урядом В. Винниченка (1880-1951) та В. Голубовича (1885-1939) існували окремі департаменти здоров'я, директорами яких були Борис Матюшенко (1883-1944), який ще в 1917 р. почав організовувати медично-санітарну службу в Україні та Євмен Лукасевич (1871-1929) - один з організаторів Українського Червоного Хреста, випускник Цюріхського університету.

¹⁷ Корнєєва І. Лікар-реформатор, провісник державної охорони здоров'я академік Г.Є. Рейн // Агашт. - 1996. - № 4. - С. 25-30.

Окреме ж Міністерство здоров'я та соціальної опіки було створене за правління гетьмана П. Скоропадського (1873-1945) у травні 1918 р. Першим міністром був Всеволод Любинський, який залишався на цьому посту до занепаду Гетьманату, тобто до 26 грудня 1918 р. Директорами департаментів на той час були: медичного - Б. Матюшенко; сапітарного - О. Корчак-Чепурківський (1857-1947); загального - М. Галаган; відділення очолювали: освіти - В.П. Піснячевський (1889-1933); інформаційно-видавниче - Ю. Меленевський; судової експертизи - Сулима; санітарно-технічне - інженер О. Земляніцин; демобілізаційне - О. Сидоренко.

Структуру Міністерства здоров'я та соціальної опіки в уряді УНР подано на рис. 1.1.

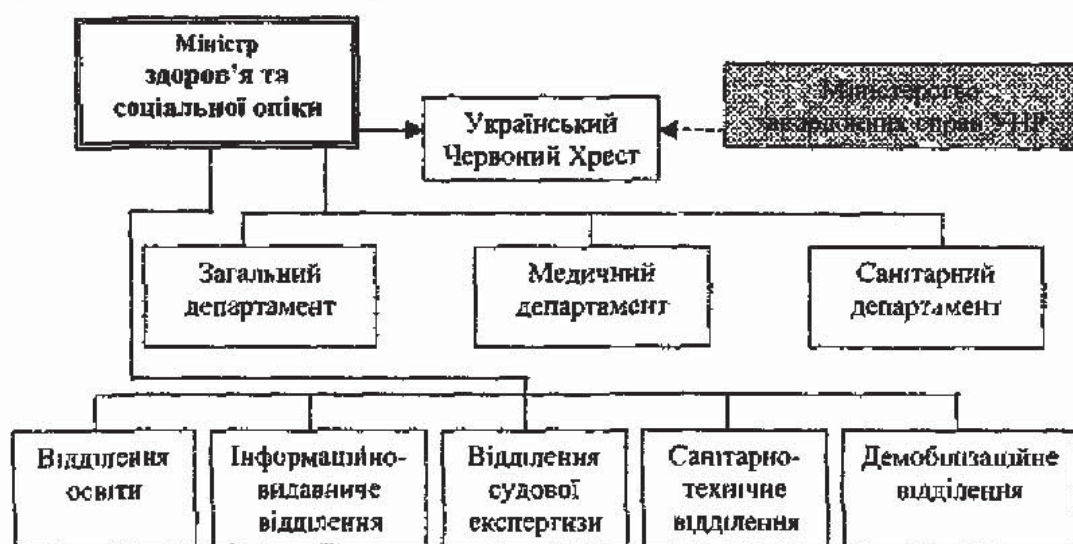


Рис. 1.1. Структура Міністерства здоров'я і соціальної опіки в уряді УНР

Невдовзі після створення Міністерства здоров'я і соціальної опіки завідувач його інформаційно-видавничого відділення Ю. Меленевський почав видавати українською мовою "Вісник Міністерства народного здоров'я".

Після В. Любинського на пост міністра здоров'я (за Директорії) було призначено спочатку Б. Матюшенка, а в 1919 р. - професора, майбутнього академіка О. Корчак-Чепурківського. Останній ще в 1906 р. почав викладати "Основи соціальної гі-

гієни і громадської медицини"¹⁸, у жовтні 1917 р. був членом Ради медико-санітарного відділу при Генеральному секретаріаті Української Центральної Ради.

Коли головою уряду став Б. Мартос, міністром здоров'я було призначено М. Білоуса, який, щоправда, мало перебував на цьому посту. Після нього міністром здоров'я став Д. Одріна. Останній, закінчивши з відзнакою в 1916 р. медичний факультет Київського університету Св. Володимира, вже в 1917 р. з початком революції організовував на фронті українські санітарні частини. Після прибуття до Києва він працював у секретаріаті Центральної Ради, де займався організацією санітарно-медичної справи в українському війську, допомагав створювати Український Червоний Хрест. З 1919 р. Д. Одріна - заступник голови Трудового конгресу України, а в червні того ж року призначається міністром здоров'я і заступником голови Ради Міністрів. У ранзі міністра він здійснює низку поїздок по Україні для організації нової служби охорони здоров'я. Раптово помер 16 листопада 1919 р. в Кам'янці-Подільському в розпалі епідемії тифу.

Останнім міністром здоров'я в уряді УНР був поляк за походженням С. Стеминовський.

Після утворення в листопаді 1918 р. Західно-Української Народної Республіки (ЗУНР) державним секретарем здоров'я в цьому уряді був випускник медичного факультету Віденського університету галичанин Іван Куровець (1863-1931).

Міністерство здоров'я та соціальної опіки УНР організувало справу охорони здоров'я цивільного населення та забезпечувало разом з Міністерством військових справ санітарну опіку торговельного флоту; допомагало Міністерству внутрішніх справ у репатріації наших співвітчизників, допомагало полоненим; разом з Міністерством закордонних справ займалося поверненням українських втікачів із західних країн та Далекого Сходу і, нарешті, співпрацювало з Міністерством торгівлі у справі придбання із-за кордону лікувальних матеріалів для України [78].

Як зазначають дослідники діяльності Міністерства здоров'я за часів УНР, робота цього відомства була дуже складною. Величезна міграція населення, відсутність захисту людей від численних ворогів, анархічних елементів та саботажу, не-

¹⁸ Криштопа Б. П. Кафедра управління охороною здоров'я Київського державного інституту удосконалення лікарів (1935-1993) - К., 1993. - С. 3.

достатня кількість харчів, транспорту, відчутний брак медикаментів - створювали надзвичайно складні умови праці та сприяли поширенню різних епідемій (тифу, паратифу, дизентерії, педикульозу, холери).

Очевидно, тільки поєднання постів (міністр здоров'я і заступник голови уряду), як це було впродовж десяти місяців 1919 р. (міністром здоров'я і соціальної опіки тоді був Д. Одріна), дало можливість керівникові галузі ефективно співпрацювати з іншими міністерствами уряду УНР та дуже допомагало в успішному подоланні величезних труднощів, які випали на долю міністерства здоров'я УНР.

У той час апарат Міністерства здоров'я узяв під велику медико-санітарну опіку українські збройні сили, де працювали лікарі: М. Галин, В. Совачів, М. Нездіймигора, Ю. Добриловський - армія УНР; А. Бурачинський, К. Тинячкевич, Г. Яцик, В. Білозор, М. Терлецький - Українська Галицька армія (УГА).

Недостатня кількість високоосвіченої і національно свідомої інтелігенції в Україні (1917-1921) часто змушувала лікарів працювати поза фахом на дуже відповідальних постах. Так, І. Липа був міністром віросповідань і головою Ради Республіки; Є. Лукасевич - головою дипломатичної місії в Швейцарії; М. Левицький - послом у Греції; М. Стаховський - послом в Англії; Б. Матюшенко - членом комісії мирової конференції в Парижі; К. Воевідка - головою військово-санітарної місії в Берліні [78].

Серед названих вище українських лікарів, на нашу думку, найбільш виражені державницькі погляди мав Іван Липа. Як зазначають дослідники його діяльності¹⁹, І. Липа був одним з керівників Української партії Самостійників-соціалістів і автором релігійної програми уряду УНР. Зазначена програма складалася з трьох основних пунктів:

1. Українська церква мусить бути незалежною, самостійною.
2. Служби Божі панотці мають відправляти українською мовою.
3. Повна свобода віросповідання.

Розвиваючи перший пункт програми, Директорія у своєму Законі від 1 січня 1919 р., під яким поставив підпис й І. Липа, записала: "Українська Автокефальна Церква з її Синодом і ду-

¹⁹ Гельдер З. Іван Липа - лікар, борець за самостійну Україну / В кн. Історія української медицини (Матеріали конференції 29 квітня 1995 р.) - К., 1995. - С. 12-14.

ховною ієрархією ні в якій залежності від Всеросійського Патріарха не стоїть”.

З ініціативи І. Липи партія Самостійників у 1919 р. зробила перший проект української Конституції, над яким багато працював сам ініціатор. Цей перший проект Конституції був надрукований у Львові 1920 року.

Іван Липа обіймав також посаду Міністра здоров'я в уряді за часів Директорії, перебуваючи в опозиції до соціалістів.

18 квітня 1918 р. з ініціативи українських лікарів, що працювали в Російському Червоному Хресті, було скликано перший в історії України з'їзд Українського Червоного Хреста (УЧХ), на якому членами ЦК УЧХ було обрано Є. Лукасевича, Б. Матюшенка та В. Наливайка (1887-1938). Пізніше, за часів Директорії, УЧХ очолював лікар В'язлов.

Упродовж 1918 р. часто від імені УЧХ за кордоном виступав міністр закордонних справ УНР, один із засновників державницького підходу до історіографії України, професор Д. Дорошенко (1882-1951).

УЧХ став автономною одиницею Міністерства здоров'я і його діяльність, особливо в пізнішому періоді, була часто більш значною, ніж Міністерства здоров'я.

Окрім названих вище лікарів, які працювали в центральному апараті Міністерства здоров'я та соціальної опіки і в УЧХ, помітний слід в історії української медицини залишили, зробивши належний внесок у формування державницького підходу до охорони здоров'я, багато інших наших співвітчизників. Короткі біографічні довідки окремих з них подано в Додатку.

Не обминули українських лікарів-державотворців і тяжкі наслідки репресій у 30-х роках ХХ століття. Так, як зазначають відомі дослідники історії медицини радянської пори А.С. Георгієвський та М.Ф. Шалаєв²⁰, - начальник санітарного відділу Харківського військового округу Андрійовський М.Ф. (1890 - ?), начальник Військово-санітарного управління Київського військового округу Кантер Н.С. (1888 - ?) та нарком охорони здоров'я УРСР, а в період 1919-1920 рр. - начальник Військово-санітарного управління Київського військового округу Канторович С.І. (1892 - 1937) саме в цей період нашої історії були репресовані.

²⁰ *Георгиевский А.С., Шалаев Н.Ф.* Репрессии против руководителей медицинской службы Красной Армии в 30-е годы // Воен-мед журн. - М., 1992. - № 2.

Потребують глибокого дослідження та неупередженої оцінки питання організації медичного забезпечення легіону Українських січових стрільців (1914 - 1918 рр.), медичної служби Української Повстанської Армії (УПА) (1940 - 1950 рр.) та медичного забезпечення Української Галицької Армії (УГА) (1918-1920). Адже на сьогодні з означеної тематики маємо тільки розпорошені по різних виданнях окремі публікації^{21 22 23} та єдине дисертаційне дослідження Л. Паращака з Івано-Франківська. А в цих організаціях працювало багато лікарів. Так, як стверджує А. Кравець, - служба здоров'я УПА налічувала понад 100 лікарів та фельдшерів і понад 250 студентів медичних та фармацевтичних навчальних закладів. Що стосується медичної служби УГА, то на підставі аналізу звітів, які надходили до державного секретаріату, стало відомо, що в січні 1919 р. вона мала в своєму розпорядженні 24 лікарів, 34 медиків, 4 медичок; 2 аптеки, 5 госпіталів на 529 ліжок, 3 санітарні та 2 купальні (дезінфекційні) поїзди. Крім цього, в тилу ще було 95 лікарів, 2 лікарки, 66 медиків, 8 медичок; 18 аптек, 25 госпіталів, 12 захистів для хворих на 5643 ліжка і 48 дезінфекторів.

Під час Великої Вітчизняної війни 1941-1945 рр. належний внесок у великий подвиг нашого народу зробили й українські лікарі, серед яких багато начальників військово-санітарних управлінь фронтів і флотів, головних хірургів та головних терапевтів фронтів і флотів (див. додаток). На той час навіть говорили, що Радянський Союз виграв війну своїми пораненими - в жодній армії світу не було такого великого відсотка повернень після поранення у стрій. Правда, в жодній армії світу не було і таких астрономічних показників санітарних втрат (див. додаток "Ціна війни: медичний аспект").

Діяльність багатьох керівників охорони здоров'я УРСР у післявоєнні роки мала свої позитивні сторони. Але ця діяльність українських лікарів теж потребує глибокого вивчення і належної оцінки.

²¹ Казмірчук А.П. До питання про медичне забезпечення легіону Українських січових стрільців (1914 - 1918 рр.) / У кн. Історія української медицини (Матеріали конференції 29 квітня 1995 р.). - К., 1995. - С. 19-20.

²² Кравець А. Медична служба Української Повстанської Армії у визвольних змаганнях 40-50 років / У кн. Історія української медицини (Матеріали конференції 29 квітня 1995 р.). - К., 1995. - С. 29-30.

²³ Радич Я.Ф., Казмірчук А.П. Медичне забезпечення українських національних військових формувань першої половини ХХ ст. // Лікарська справа. Врачебное дело. - 1995. - №5-6. - С. 193 - 198.

Розділ 2

Сучасний стан системи охорони здоров'я України

Зважаючи на те, що здоров'я народу є найбільшою суспільною та особистою цінністю, яка значною мірою впливає на процеси і результати економічного, соціального й культурного розвитку країни, його показники є важливим критерієм сталого людського розвитку²⁴, а право громадянина на охорону здоров'я в цивілізованому світі визначене як одне з основних прав людини. Тому в сучасних умовах діяльність, спрямовану на збереження і зміцнення здоров'я, забезпечення права на охорону здоров'я, слід вважати пріоритетним напрямком соціальної політики держави.

Показник індексу людського розвитку в Україні

Протягом 1992-1996 рр. Україна послідовно втрачала у вимірі індексу людського розвитку (ІЛР). Проте темпи падіння цього показника уповільнилися, що дало підстави сподіватися на покращення ситуації. Передбачення справдилися у 1997 р., коли вперше з 1992 р. було зафіксовано зростання ІЛР в Україні. Це не дозволило Україні увійти до групи країн з порівняно високим рівнем ІЛР, але вона піднялася в рейтингу з 102 місця в 1996 р. на 91-е в 1998 році.

На рис. 2.1. та в табл. 2.1. подано ІЛР в Україні у 1992-1998 рр. та розрахунки ІЛР в Україні за цей же період [27; 101].

Як зазначають автори книги "Україна в контексті "Порядку денного на ХХІ століття", - "... незважаючи на особливу гостроту для України проблем, які постали перед людством наприкінці ХХ ст., узгоджена в Ріо-де-Жанейро глобальна концепція "сталого розвитку" не набула в Україні достатнього поширення. А загальносвітова програма Порядок денний на ХХІ ст. не знайшла відображення ні в одній суспільній думці в Україні, ні в національних програмах, державній політиці та економічній практиці. Ні політики, ні урядовці, ні громадяни, - ствер-

²⁴ Людський розвиток - це процес розширення можливостей вибору. Ці можливості можуть бути нескінченними та змінюватися весь час. Проте на всіх рівнях розвитку визначальними є три:

- можливість прожити довге життя, підтримуючи добрий стан здоров'я;
- можливість здобути освіту;
- можливість доступу до засобів, що забезпечують гідний життєвий рівень //

Звіт "Україна. Людський розвиток. 1997" / ПРООН. - К., 1997. - С. 16.

джується в цьому документі, - не усвідомлюють масштабів і глибинного характеру існуючих проблем і загроз, будучи поглинутими вирішенням поточних розрізнених завдань. Продовжується практика розгляду і прийняття економічних, соціальних, технологічних і екологічних рішень без необхідного ув'язування їх в єдину комплексну систему на основі перспективної та збалансованої стратегії розвитку України у ХХІ ст. Зокрема, затверджений Верховною Радою в березні 1998 р. документ "Основні напрями державної політики України у галузі охорони довкілля, використання природних ресурсів та збереження екологічної безпеки" має вузько галузевий характер. В ньому навіть немає посилання на Порядок денний на ХХІ ст., а засади сталого розвитку згадуються побіжно як такі, що мають стосунок лише до третього етапу реалізації цих Основ в невідомому майбутньому" [101].

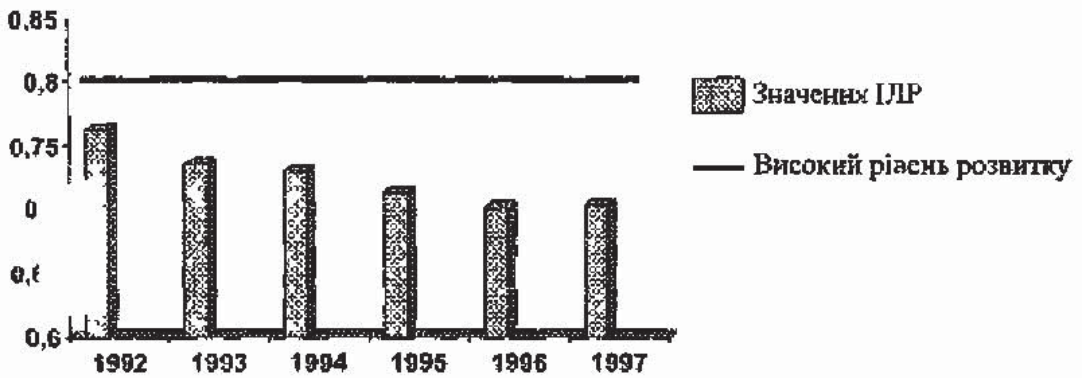


Рис. 2.1. Індеси людського розвитку, 1992-1997 рр.

Таблиця 2.1

Розрахунки індексу людського розвитку
в Україні за 1990-1998 рр.

Рік	Очікувана тривалість життя (років)	Грамотність серед дорослого населення (%)	Сукупна частка учнів (%)	Реальний ВВП на душу населення		Індекс			ІЛР	Ранг у рейтингу по ІЛР
				Дол. США	У% до минулого року	Тривалості життя	Рівня освіти	Реального ВВП на душу населення		
1990	70,5	98,4	76,6	3,2		0,758	0,984			
1991	69,7	98,4	75,3	5,8	91,1	0,745	0,984			
1992	69,4	95,0	70,0	5010	89,8	0,740	0,893	0,653	0,762	54
1993	68,7	99,0	69,7	3344	85,7	0,728	0,892	0,586	0,735	80
1994	68,0	99,0	68,4	3330	77,4	0,717	0,888	0,585	0,730	95
1995	67,5	99,0	67,8	2620	88,5	0,708	0,886	0,545	0,713	102
1996	66,9	99,0	68,2	2230	90,7	0,699	0,887	0,518	0,701	102
1997	67,4	99,0	68,9	2175	97,8	0,706	0,890	0,514	0,703	91
1998	68,1	98,7	74,9	2040	98,8	0,718	0,987			91
1999		98,7	75,2	2547	100,4					91

2.1. Концептуалізація: категорійно-понятійний апарат про державне управління системою охорони здоров'я

Обґрунтування і формування дефініції того чи іншого поняття, явища або процесу - одна з найскладніших процедур наукового дослідження. Поширена навіть думка про те, що правильне тлумачення наукових понять вирішує майже половину наукового завдання [89; 117].

Першим серед тих, хто займався спеціальним дослідженням прийомів, правил і законів правильного точного мислення, доказів, утворення понять, думок і виведення з них нових суджень, отримуючи при цьому нові знання, історики називають учня Платона - видатного давньогрецького філософа і вченого Арістотеля (384 - 322 рр. до н.е.). А його крилата теза, що "Шлях до сутності явища лежить через його визначення" відома і поділяється вченими всього світу [117].

Приступаючи до дослідження проблеми державного управління системою охорони здоров'я України, спробуємо дати наукове тлумачення основних категорій, що складають понятійний апарат цього важливого наукового напрямку.

Передусім, що таке категорія?

Проаналізуємо визначення сутності цього поняття на основі відомих науково-енциклопедичних джерел.

У "Радянському енциклопедичному словнику" вказується на запозичення цього терміна з грецької мови і зазначається, що "категорії" - *katēgoria* - висловлювання, ознака, найбільш загальні і фундаментальні поняття, які відображають суттєві, загальні властивості і відношення" [94]. "Універсальний словник-енциклопедія" трактує термін "категорії" як філософські поняття, "які упорядковують досвід" [105].

Зважаючи на те, що паралельно зі словом "категорія" ми часто будемо вживати і слово "поняття", - дамо його коротке визначення.

Поняття - необхідна складова частина абстрактного мислення, яка є формою відображення дійсності у свідомості, відіграє важливу роль у процесі пізнання [105]. Поняття визначається словом-терміном [117].

На нашу думку, подальше цитування літературних джерел з цього приводу можна обмежити вищенаведеними, оскільки-

ки аналіз інших трактувань дає підстави зробити висновок, що вони є інтерпретацією наведених нами визначень.

Таким чином, категорії - це суть, понятійна основа наук взагалі і конкретних досліджень, зокрема.

Які ж категорії складають понятійний апарат проблеми державного управління системою охорони здоров'я?

Виходячи з сутності проблеми, такими поняттями є: "система охорони здоров'я" та "державне управління охороною здоров'я".

Розпочинаючи наукове обґрунтування категорії "система охорони здоров'я", зазначимо наступне.

З метою конкретизації тлумачення цього словосполучення, по-перше, проаналізуємо окремо зміст кожного з двох компонентів даного важливого поняття на основі узагальнення різних підходів до його визначення, а по-друге, - подамо його трактування в широкому і вузькому розумінні.

У статтях 3, 4 та 12 Основ законодавства України про охорону здоров'я сказано: "Охорона здоров'я - система заходів, спрямованих на забезпечення збереження і розвитку фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості життя" (ст. 3). "Охорона здоров'я - один з пріоритетних напрямків державної діяльності" (ст. 12), "...один з головних чинників виживання та розвитку народу України" (ст. 4).

Концепція (основи державної політики) національної безпеки України, яка схвалена постановою Верховної Ради України від 16 січня 1997 р. №3/97-ВР розглядає "...падіння рівня здоров'я населення, незадовільний стан системи його охорони" як один із чинників загрози національній безпеці України. А серед основних напрямків державної політики національної безпеки держави вказується на необхідність "Створення ефективної системи соціального захисту людини, охорони та відновлення її фізичного і духовного здоров'я" [32].

Відомий дослідник проблем соціальної медицини та організації охорони здоров'я московський професор Ю.П. Лисицин вважає, що охорона здоров'я соціалістичного суспільства - це система громадських і державних соціально-економічних та медичних заходів, які забезпечують високий рівень охорони і покращення здоров'я народу [89].

У вже цитованому вище “Радянському енциклопедичному словнику” охорона здоров’я трактується як система державних і громадських заходів щодо охорони здоров’я, попередження та лікування хвороб і продовження життя людини [94].

“Універсальний словник-енциклопедія” трактує охорону здоров’я як “систему заходів, що скеровані на запобігання та лікування хвороб; до системи охорони здоров’я входять: закрита (лікарняна стаціонарна) і відкрита (амбулаторна) лікувальна справа, охорона матері й дитини, санітарно-епідеміологічна служба, проблеми екології людини” [105].

Професор Кольцова Н.І. та інші автори підручника “Соціальна медицина і організація охорони здоров’я” дають наступне визначення цього терміна: “Охорона здоров’я - система заходів (державних, громадських, медичних та індивідуальних), спрямованих на забезпечення збереження і розвитку фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості життя” [95].

Автори Програми реорганізації медичної допомоги в Україні “Перспектива-2010” стверджують, що “охорона здоров’я сьогодні є строго регламентованою сферою в достатньо ліберальному середовищі” [73].

Дослідник проблеми державного управління в галузі охорони здоров’я З.С. Гладун, розглядаючи охорону здоров’я в широкому розумінні, пропонує визначати цей термін як “комплекс політичних, організаційних, економічних та суто медичних заходів...”. При цьому зазначається, що “систему охорони здоров’я України становить густа мережа об’єктів охорони здоров’я різного спрямування, видів і потужності”. А на основі посилань на дослідження юристів В.І. Шабайлова та М.К. Козлова, З.С. Гладун робить висновок про те, що “...охорону здоров’я громадян можна вважати однією з найважливіших внутрішніх функцій сучасної держави” [16].

Академік НАН України Л.А. Пиріг переконаний, що “Система охорони здоров’я - поняття комплексне. Воно включає, насамперед, економічне становище в державі через трудову зайнятість, реальний рівень заробітної платні, пенсійне забезпечення, гігієну праці, можливість здорового харчування і відпочинку тощо, а також стан навколишнього середовища, організацію і рівень медичної допомоги” [64].

Цікавою, на наш погляд, є точка зору з цього приводу професора А.Д. Ярменчука. Останній на основі логічного дослідження змісту системи охорони здоров'я категорично не поділяє думку тих авторів, які трактують охорону здоров'я як систему заходів, галузь соціальної сфери, галузь народного господарства тощо, а пропонує "... зупинитися, передусім, на тому, що охорона здоров'я - це, по-перше, система; по-друге, це система соціальна, так як до її складу входять три системоутворюючі фактори: людський, технічний та організаційний, а діяльність її спрямована також на людину (здорову і хвору) і фактори, що створюються в процесі соціальних відносин, а, по-третє, це система державна, так як вона утримується, фінансується і керується державою" [118].

Державний характер системи охорони здоров'я означає, передусім, провідну роль держави як власника, роботодавця і регулятора галузі [61].

Сказане щодо внесення до тлумачення поняття "система охорони здоров'я" такої важливої характеристики як "державна" підтверджує ст. 12 Основ законодавства України про охорону здоров'я, де проголошено, що "Охорона здоров'я - один з пріоритетних напрямків державної діяльності. Держава формує політику охорони здоров'я в Україні та забезпечує її реалізацію. Державна політика охорони здоров'я забезпечується бюджетними асигнуваннями..." [60].

Викладене вище, на нашу думку, дає всі підстави зробити висновок, що охорона здоров'я - це, передусім, державна система.

Дослідники теорії систем (В.Г.Афанасьєв, В.М.Глушков, Л.Г.Раскін, Є.М. Шиган, В.І.Журавель) стверджують, що сьогодні дедалі частіше використовується слово "система" (від гр. *systema* - ціле, яке складається з частин; з'єднання). А окремі автори, підкреслюючи важливість і поширеність цього терміна, вважають, що "... системи стають найважливішим сучасним поняттям в галузі управління" [21]. П.І. Калью (1983) зазначає, що поняття "система" було відоме багато століть тому. Окремі згадки про деякі питання системного підходу містилися уже в працях стародавніх філософів [87].

Поняття "система" має цілу низку тлумачень. Так, у "Радянському енциклопедичному словнику" сказано, що система це - "множина елементів, які знаходяться у відношеннях і зв'язках один з другим, створюючи певну цілісність, єдність" [94].

На думку В.І.Журавля, найповніше визначення поняття система сформулював В.Г. Афанасьєв, який зазначав, що під

цілісною динамічною системою слід розуміти "... сукупність компонентів, взаємодія яких породжує нові (інтегративні, системні) якості, що не характерні для тих компонентів, які утворюють систему" [21]. Це визначення застосовується і до системи охорони здоров'я країни, республіки, області, району. В цих випадках наявна взаємодія компонентів (органів управління та медичних закладів різного профілю і типу), які утворюють складну єдину систему і породжують її нові інтегративні риси. Основними елементами універсальної моделі діючої системи є "вхід в систему", набір дій (операцій, процесів) і "вихід із системи", результат її дії [29, 87].

Для будь-якої системи характерні такі особливості [21; 30]:

- наявність певних інтегративних системних якостей, які не є простою арифметичною сумою якостей тих елементів, що складають дану систему;

- наявність у системі специфічного набору компонентів, від повноти та якості яких залежить її цілісність і динамічність функціонування з метою досягнення поставленої мети;

- цілісна система має свою структуру, внутрішню організацію, що являє собою чітко визначені спосіб і форму взаємозв'язку та взаємодію між компонентами, що її складають (це забезпечує можливість опису системи через встановлення її структури, тобто мережі зв'язків і відносин системи, обумовленість поведінки системи не стільки поведінкою її окремих елементів, скільки властивостями її структури);

- стійкість системи стосовно внутрішніх і зовнішніх впливів;

- система перебуває у постійному розвитку, при забезпеченні узгодження і меж її функціонування;

- система складається з багатьох взаємопов'язаних елементів, кожний з яких має тільки йому притаманні особливості, але в цілому вони діють цілеспрямовано.

За ступенем складності розрізняють системи: прості, складні й дуже складні.

Крім вищеназваних, розрізняють ще системи економічні, інформаційні, технічні, психологічні, філософські, соціально-економічні (галузі, сфери обслуговування), управлінські. Окремо виділяють дуже складні організаційні системи, основним елементом яких виступає людина - елемент сам по собі, як відомо, дуже складний, активний і далеко не завжди передбачуваний у своїх діях [30].

Термін “управління” спочатку означав уміння об’їжджати коней та керувати ними. Англійське слово “manage” (управляти) походить від кореня латинського слова “manus” (рука). Пізніше цей термін означав уміння володіти зброєю і керувати колісницями. Сьогодні ми говоримо про управління людьми або комерційними підприємствами. Однак просто сказати, що “управління - це процес керівництва людьми або підприємствами”, мало, оскільки таке визначення не розкриває змісту цього поняття.

З наукової точки зору, “управління” - це цілеспрямована координація і організація об’єкта управління. Це сфера людської діяльності, яка виникла в результаті поділу праці, за допомогою якої людина впливає на технологічні, економічні та соціальні процеси для досягнення певних цілей.

Управління як явище об’єктивного світу розподіляється на:

- процеси управління в неживій природі (у технічних системах);
- процеси управління в живих організмах (у біологічних системах);
- процеси управління в суспільстві (у соціальних системах).

Зважаючи на те, що система охорони здоров’я - це складна організаційна багаторівнева соціальна система, всю увагу в подальшому викладі буде звернено саме на управління соціальними системами.

Отже, управління в соціальних системах називається *соціальним управлінням*²⁵.

Важливими видами соціального управління є:

- адміністративно-державне управління;
- управління соціально-культурною сферою;
- управління матеріальним виробництвом.

У рамках соціального управління виділяють дві основні форми управління:

- матеріальними ресурсами;
- людськими ресурсами.

Класифікація управління, автором якої є Г.В. Щекін, подана на схемі 1.

²⁵ Щекін Г.В. Теория социального управления: Монография. - К.: МАУП, 1996. -

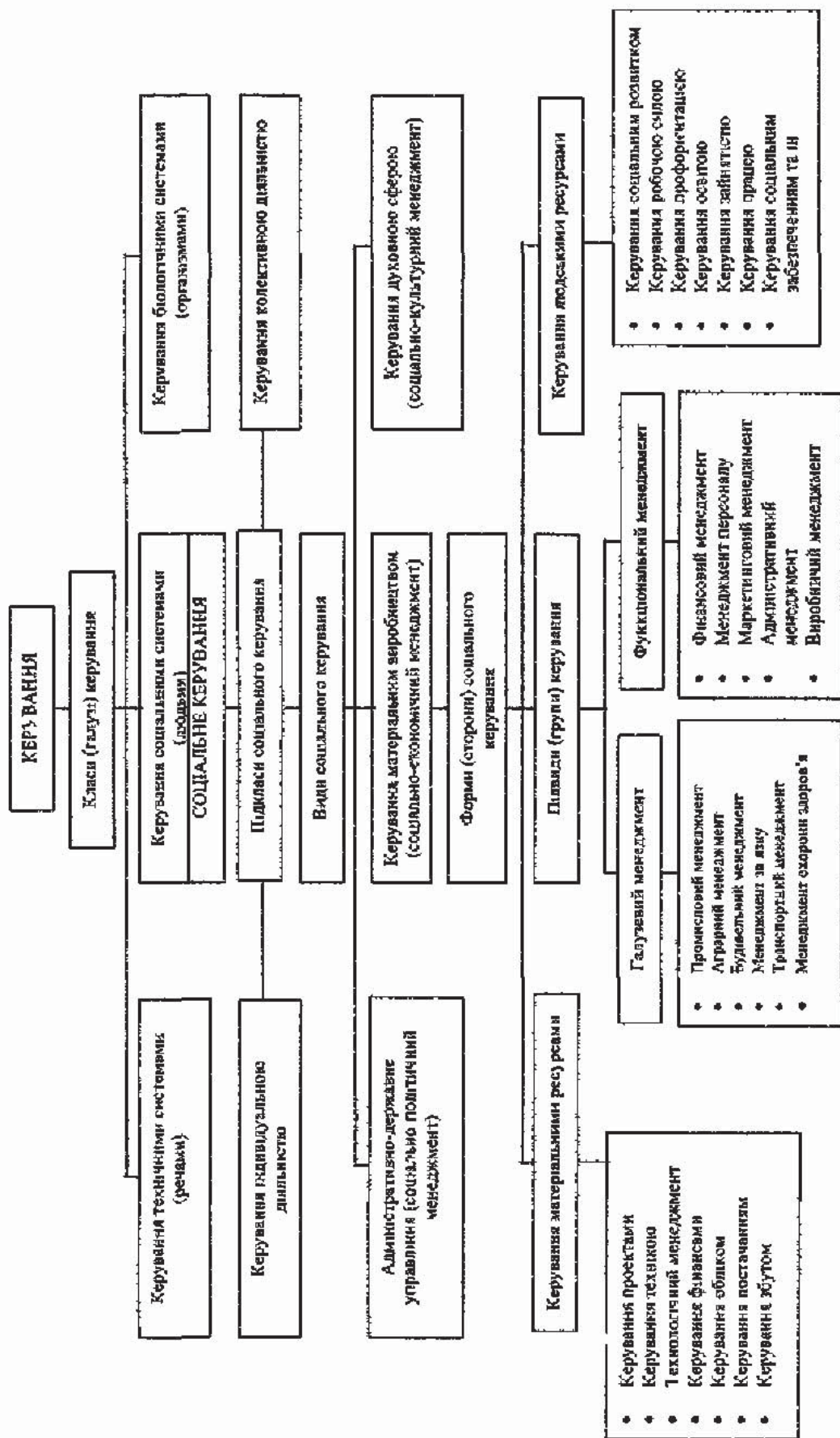


Схема 1. Класифікація (типологія) управління

Соціальне управління, на відміну від інших видів управління (технічного та біологічного), відзначається "...вольовим впливом одних суб'єктів управлінського впливу на свідомість і волю інших, а його об'єктами є соціальна організація суспільства з притаманними їй соціальною структурою й соціальними процесами... для неї характерна низка об'єктів, які утворюють кілька видів управління: державне управління, громадське, апаратне (організаційне), церковне та сімейне. Кожен з цих видів має свій власний окремий об'єкт управлінського впливу, специфічну правову базу, організаційний порядок функціонування, відповідальність тощо. Державне управління є ключовим видом, який охоплює апаратне управління"²⁶ (див. схему 2).



Схема 2. Структура соціального управління

Складні соціальні системи управління, до яких належить система охорони здоров'я, завжди розподіляються на дві основні підсистеми: керуючу (керівництво) і керовану (виконавці), кожен з яких можна, в свою чергу, розглядати як самостійні системи з властивими їм підсистемами. Таким чином, складні системи мають багаторівневу ієрархічну структуру, в кожній ланці (підсистемі) якої є свої локальні напрямки прямого і зворотного зв'язку, що створюють внутрішні контури саморегуляції (див. рис. 2.2.) [8].

²⁶ *Малиновський В Я Державне управління: Навч. посіб. - Луцьк, 2000. - 558 с.*

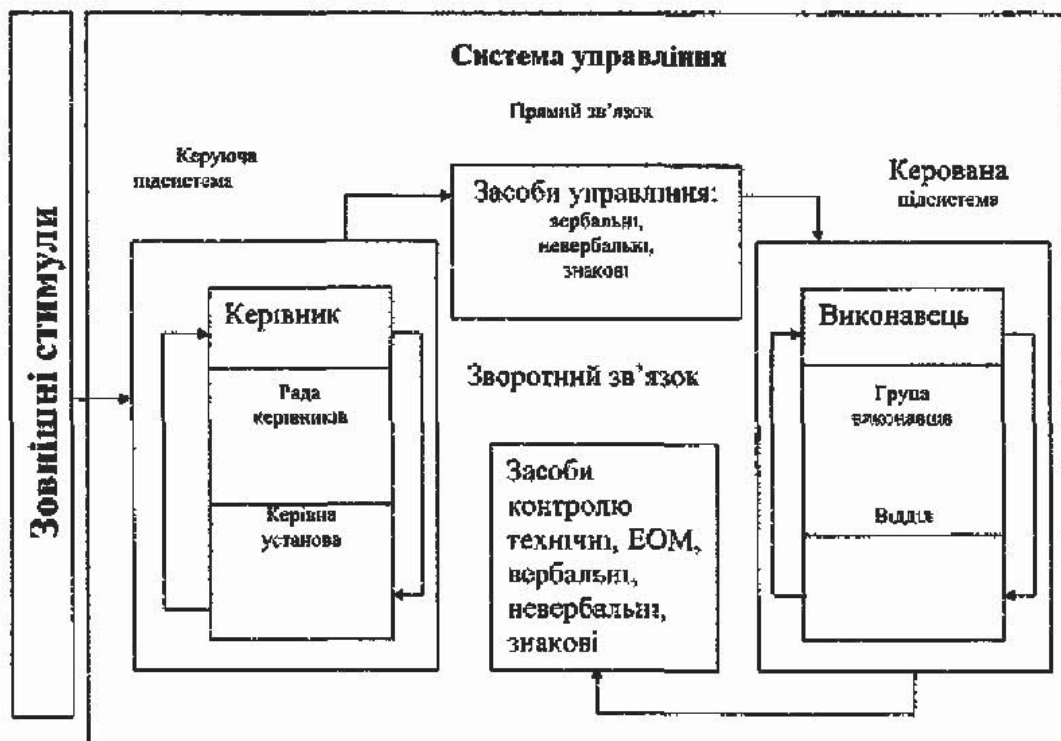


Рис. 2.2. Структура підсистем управління і виконання в системах "людина-людина".

Користуючись методичним підходом, який застосовується в теорії ієрархічних систем [50], та доповненням, застосованим В.І.Журавлем [21] для характеристики системи охорони здоров'я, можна визначити наступні особливості останньої:

- по-перше, це - багатоцільова і багаторівнева система з ієрархічною формою управління (ієрархічними є системи, в яких кожен компонент у свою чергу може розглядатися як система. Так, складовою (компонентом) системи охорони здоров'я є державне управління даною галуззю). Ієрархічність і багаторівневність у системі охорони здоров'я [4; 5; 17; 21; 82; 113] - це властивості не лише побудови означеної системи, але і її поведінки. Цілісне функціонування системи охорони здоров'я є результатом взаємодії всіх її сторін і рівнів;

- по-друге, складові її компоненти (елементи) нерідко піддаються випадковим, неконтрольованим впливам; характер зв'язку складний, а система певною мірою має ймовірний, а не детермінований характер;

- по-третє, система складається з надзвичайно великої кількості підсистем, які відрізняються не тільки ступенем складності, характером і складом елементів, але й організаційною структурою;

• по-четверте, як і для всіх ієрархічних систем, для системи охорони здоров'я характерним є: послідовне вертикальне розташування підсистем, що складають дану систему (вертикальна декомпозиція); пріоритет дій або право втручання підсистеми верхнього рівня; залежність дій підсистем верхнього рівня від фактичного виконання нижчими рівнями своїх функцій.

Тривалий період практичної роботи в системі охорони здоров'я дає нам підстави стверджувати, що окрім чотирьох, описаних вище особливостей, які характеризують систему охорони здоров'я, необхідно враховувати ще одну. Йдеться про великий вплив на успішну діяльність системи охорони здоров'я горизонтальних зв'язків як між іншими системами, так і між підсистемами самої системи охорони здоров'я.

У зв'язку з цим процитуємо американського посла Германа Клівленда, який сказав, що "... майбутнє держави - у горизонтальних зв'язках". Ще один американський політик у 1997 р. підкреслив, що "... в наступні десятиріччя горизонтальна перспектива буде вирішальною силою при розв'язанні політичних проблем"²⁷.

Врачування і зміцнення саме горизонтальних зв'язків, на наше переконання, дасть можливість системі охорони здоров'я України правильно будувати міжвідомчі державно-управлінські відносини з іншими системами і структурами державної влади з метою забезпечення ефективного державного управління галуззю.

Таким чином, з урахуванням викладеного вище можемо зробити висновок, що охорона здоров'я - це складна організаційна соціальна динамічна функціональна багаторівнева ієрархічна керована система, яка створена і використовується у державі для здійснення всього комплексу соціальних і медичних заходів, спрямованих на збереження, охорону та постійне зміцнення здоров'я кожного громадянина нашої країни [13; 21]. Охорона здоров'я посідає провідне "... місце серед ... інших систем, які людське суспільство ... використовує у всіх сферах суспільного буття і на всіх історичних етапах для забезпечення свого існування і розвитку" [13].

Охорона здоров'я як складна система може включати кілька видів систем, зокрема [21]:

а) концептуальні системи (ідеї, задуми керівників різних рангів; концепції медичної науки щодо надання різних видів медичної допомоги; погляди на організацію та управління);

²⁷ Браун, М. Пол. Посібник з аналізу державної політики / Пер. з англ. - К.: Основи, 2000. - С. 30-31.

б) емпіричні системи (конкретні лікувально-профілактичні установи);

в) організаційні системи (різні рівні органів управління охороною здоров'я, різні моделі фінансування охорони здоров'я тощо).

На цьому завершимо короткий композиційний аналіз поняття "система" і повернемося до закінчення обґрунтування категорії "охорона здоров'я".

Отже, беручи до уваги всі наведені вище визначення поняття "охорона здоров'я", використовуючи проаналізовані характеристики і класифікації систем з метою розширення і конкретизації значення охорони здоров'я для держави та взявши при цьому за основу визначення, зроблене професором А.Д. Ярменчуком, спробуємо запропонувати свій варіант дефініції "охорона здоров'я", який, звичайно, може дискутуватися.

На нашу думку, в широкому розумінні *Державна система охорони здоров'я України* - це складна організаційна соціальна функціональна багаторівнева ієрархічна керована система, *діяльність якої спрямована на:*

- раціональне використання наукового і соціально-економічного потенціалу країни;
- комплексне динамічне спостереження за станом здоров'я людини і всіх членів суспільства, здорових і хворих, *забезпечуючи при цьому:*

- їх максимальне творче довголіття;
- формування оптимальних параметрів здоров'я майбутнього покоління;
- вивчення проблем якості навколишнього середовища, *шляхом використання:*

- широкої мережі закладів охорони здоров'я;
- комплексу державних заходів профілактики для своєчасного виявлення ранніх форм захворювання;
- зниження тимчасової і стійкої втрати працездатності, смертності населення *з метою:*

- забезпечення життєдіяльності суспільства;
- зміцнення наукового й економічного потенціалу країни;
- збереження і розвитку фізіологічних та психологічних функцій, оптимальної працездатності і соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості життя.

При такому наповненні змісту цього поняття, на наш погляд, охорона здоров'я, як це і є насправді, виходить далеко за межі діяльності галузі і набуває доленосного значення для населення нашої держави. Саме з такої позиції в розумінні суті і змісту категорії "Державна система охорони здоров'я України" необхідно підходити при виробленні державної політики в галузі та створенні в недалекому майбутньому Національної доктрини здоров'я, що задекларовано у Програмі реорганізації медичної допомоги в Україні "Перспектива-2010" [73].

Структура Державної системи охорони здоров'я України показана на рис. 2.3.

В організаційному плані структура системи охорони здоров'я має два основних зрізи: адміністративно-територіальний та галузевий. В адміністративно-територіальному відношенні система охорони здоров'я є складною, багаторівневою, ієрархічно побудованою. І тоді в ролі елементів (підсистем) до неї входять лікувально-профілактичні заклади різних рівнів підпорядкування, окремі види медичної допомоги, служби, лікувально-діагностичні процеси, матеріально-технічна база, кадри, фінанси тощо [87].

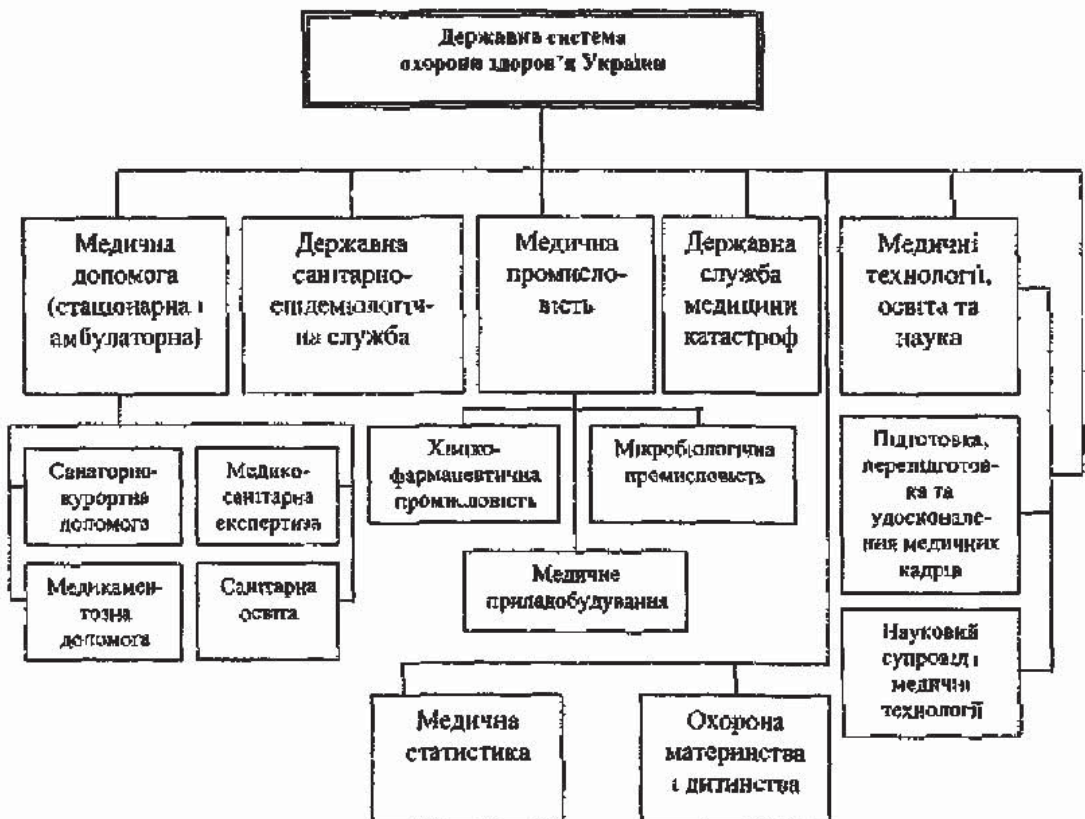


Рис 2.3. Структура Державної системи охорони здоров'я України

А як визначити зміст категорії “охорона здоров’я” у вузькому його розумінні?

З цього приводу наведемо ще одну думку академіка Л.А. Пирого, викладену ним у роботі “Охорона здоров’я в державній політиці України на сучасному етапі”, де він, зокрема, зазначає: “Що стосується системи охорони здоров’я у вузькому розумінні цього поняття, тобто можливостей і готовності до реформування організації медичної допомоги, то все це на початку 90-х років здавалося простішим” [64].

Розглядаючи організацію як функцію управління (“... як діяльність людей по створенню стану упорядкування об’єкта і суб’єкта управління” [4; 5; 21] та на основі попереднього пояснення, бачимо, що складовими “охорони здоров’я”, при трактуванні цього поняття у вузькому розумінні, визначаються дві підсистеми: управління і медична допомога. З такої ж позиції до змісту поняття “охорона здоров’я” у вузькому його розумінні підходили й автори Програми реорганізації медичної допомоги в Україні “Перспектива-2010”, взявши на себе “... ініціативу ... сформувати проект національної програми реформи системи охорони здоров’я в частині організації медичної допомоги” [73].

Таким чином, на основі викладеного вище, з урахуванням ст. 3 Основ законодавства України про охорону здоров’я в тій її частині, що стосується закладів охорони здоров’я і медико-санітарної допомоги, та включивши до визначення поняття “система охорони здоров’я” важливу її характеристику “державна”, - можемо запропонувати свій варіант тлумачення категорії “охорона здоров’я” у вузькому розумінні цього поняття.

Державна система охорони здоров’я - це широка мережа закладів охорони здоров’я України, де здійснюється комплекс спеціальних заходів, спрямованих на сприяння поліпшенню здоров’я, підвищення санітарної культури, запобігання захворюванням та інвалідності, на ранню діагностику, допомогу особам з гострими і хронічними захворюваннями, реабілітацію хворих та інвалідів, організація роботи і управління цими закладами.

Наступною категорією, що потребує наукового тлумачення, є “державне управління охороною здоров’я”.

В сучасній науковій літературі продовжується пошук загальноприйнятого визначення “державне управління” [7; 55; 56; 107].

Зазначимо, що ми не ставили за мету запропонувати ще один, свій варіант визначення цього складного соціального яви-

ща. Наша мета в іншому: на основі вже відомих тлумачень цієї важливої категорії - розкрити зміст державного управління охороною здоров'я.

З.С. Гладун у монографії "Державне управління в галузі охорони здоров'я", посилаючись на наукові праці Л. Коваля, Г. Райта, А. Альохіна, Ю. Козлова та Г. Атаманчука, робить висновок, що "... державне управління - це організуюча діяльність органів виконавчої влади, яка полягає в організації виконання законів та інших нормативно-правових актів чинного законодавства, здійснення розпорядження ресурсами загальнодержавної власності з метою комплексного соціально-економічного розвитку, а також забезпечення реалізації державної політики у відповідних сферах життя" [16].

На наш погляд, при опрацюванні даного варіанту тлумачення державного управління його автор використав так званий європейський підхід, який "передбачає ... визначення державного управління як усієї незаконодавчої та несудової діяльності держави, або як підзаконної виконавчо-розпорядчої діяльності органів держави" [7].

В. Шахов у роботі "Державна політика в сфері управління: модернізація чи модифікація" зазначає: "... під державним управлінням розуміється вид діяльності держави, що полягає в здійсненні нею управлінського, тобто організуючого впливу на ті сфери й галузі суспільного життя, які вимагають певного втручання держави шляхом використання повноважень виконавчої влади. ... поняття "державне управління" за змістом є ширше, ніж поняття "виконавча влада"²⁸.

Універсальнішим варіантом визначення державного управління є, на нашу думку, визначення запропоноване авторами монографії "Реформування державного управління в Україні: проблеми і перспективи", де зазначається: "В нашому трактуванні державне управління - це форма практичної реалізації державної влади" [84]. Таким чином, під державним управлінням вони розуміють "діяльність держави щодо організації упорядкування різних соціальних процесів у суспільстві" [84].

Відомі дослідники проблеми співвідношення державного управління і виконавчої влади проф. Н. Нижник та доц. С. Мосов пропонують розглядати: "Державне управління - як діяль-

²⁸ Шахов В. Державна політика в сфері управління: модернізація чи модифікація // Підвищення ефективності державного управління: стан, перспективи та світовий досвід: 36. наук. пр. / За заг. ред. В.М. Князева. - К.: Вид-во УАДУ, 2000. - С. 77.

ність органів та установ цих гілок державної влади (законодавчої, виконавчої, судової) з вироблення і здійснення регулюючих, організуючих і координуючих впливів на всі сфери суспільства з метою задоволення його потреб, що змінюються”²⁹.

Саме на основі цих визначень спробуємо розкрити зміст державного управління охороною здоров’я. Отже, коли ми говоримо про державне управління охороною здоров’я, то розуміємо ефективну діяльність держави щодо організації (управління) всіх складових системи охорони здоров’я з метою задоволення потреб громадян України у збереженні та зміцненні здоров’я.

З точки зору системного підходу об’єктом державного управління охороною здоров’я буде вся державна система охорони здоров’я України. Суб’єктом державного управління охороною здоров’я буде система державної влади у вигляді спеціально утворених взаємодіючих органів державної влади, між якими розподілені певні функції державного управління [7] охороною здоров’я.

2.2. Сучасний стан системи охорони здоров’я України

Діяльність галузі охорони здоров’я на сучасному етапі спрямована на реалізацію завдань, визначених у Посланні Президента України до Верховної Ради України - “Україна: поступ у ХХІ ст. Стратегія економічного і соціального розвитку на 2000-2004 роки”, Програмі діяльності Кабінету Міністрів України “Реформи заради добробуту”, Указі Президента України “Про додаткові заходи щодо поліпшення медичної допомоги населенню України” та Концепції розвитку охорони здоров’я населення України, затвердженій Указом Президента України 7 грудня 2000 р.³⁰

Загальна характеристика стану галузі та основні принципи охорони здоров’я в Україні

Відповідно до ст. 15 та 16 Основ законодавства України про охорону здоров’я, спеціально уповноваженим органом державної виконавчої влади в галузі охорони здоров’я є Міністерство охорони здоров’я (МОЗ) України, компетенція якого визначається положенням, що затверджується Кабінетом Міністрів України [60; 65].

²⁹ *Нижник Н., Мосов С.* Про співвідношення державного управління і виконавчої влади // Вісн. УАДУ. - 2000. - №4. - С. 23-29.

³⁰ Інформація Кабінету Міністрів України про стан фінансування системи охорони здоров’я України та невідкладні заходи щодо його поліпшення / Аналітичні та довідкові матеріали Кабінету Міністрів України №20-3792/4 від 8 листопада 2000 р.

Основною метою діяльності МОЗ є покращення здоров'я громадян України та підвищення якості медичної допомоги шляхом: забезпечення реалізації державної політики у сферах охорони здоров'я, санітарного та епідемічного благополуччя населення, створення виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів і виробів медичного призначення; розроблення, координації та контролю за виконанням державних програм розвитку охорони здоров'я, зокрема профілактики захворювань, надання медичної допомоги, розвитку медичної та мікробіологічної промисловості; організації надання державними та комунальними закладами охорони здоров'я безоплатної медичної допомоги населенню; організації надання медичної допомоги в невідкладних випадках та екстремальних ситуаціях, здійснення в межах своєї компетенції заходів, пов'язаних з подоланням наслідків Чорнобильської катастрофи; організації разом з Національною академією наук України, Академією медичних наук України наукових досліджень з пріоритетних напрямків розвитку медичної науки.

Стратегія покращання охорони здоров'я здійснюється за такими напрямками:

- поетапне збільшення державних асигнувань в охорону здоров'я, їх раціоналізація та ефективне використання;
- підвищення якості медичних послуг;
- переорієнтація охорони здоров'я на суттєве посилення заходів з попередження захворювань;
- запобігання інфекційним захворюванням;
- зниження ризиків для здоров'я, що пов'язані із забрудненням та шкідливим впливом довкілля;
- забезпечення подальшого реформування системи охорони здоров'я шляхом пріоритетного розвитку первинної медико-санітарної допомоги;
- створення єдиного простору медичних послуг;
- формування керованого розвитку платних медичних послуг;
- впровадження державного соціального медичного страхування.

Реалізація зазначеної стратегії передбачає:

- удосконалення надання спеціалізованої допомоги та зниження впливу на дітей, підлітків і вагітних жінок шкідливих чинників Чорнобильської катастрофи;
- удосконалення медичного обслуговування людей похилого віку;

- впровадження багатоканальності фінансування галузі;
- створення конкуренції між надавачами медичних послуг та забезпечення свободи вибору цих послуг;
- забезпечення доступності медичного обслуговування для соціально незахищених верств населення шляхом затвердження гарантованого рівня безоплатного медичного обслуговування;
- запровадження нових механізмів забезпечення медичних закладів необхідними ліками та медобладнанням вітчизняного виробництва;
- подальше удосконалення правової бази охорони здоров'я, яка має бути приведена у відповідність з нормами і принципами міжнародного права, тощо.

Органом виконавчої влади, що здійснює державне управління охороною здоров'я Автономної Республіки Крим, є МОЗ Автономної Республіки Крим, статус якого визначається Радою міністрів Автономної Республіки Крим.

У всіх областях України для здійснення керівництва охороною здоров'я населення відповідно до Закону України "Про місцеві державні адміністрації" створюються управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації.

На рівні окремого району охорону здоров'я очолює головний лікар району.

Безпосередньо охорону здоров'я населення забезпечують санітарно-профілактичні, лікувально-профілактичні, фізкультурно-оздоровчі, санаторно-курортні, аптечні, науково-медичні та інші заклади охорони здоров'я.

Система закладів охорони здоров'я побудована на основі існуючого адміністративно-територіального поділу України і відповідно до вимог наближення медичної допомоги до населення нашої держави. Схему структури державної системи охорони здоров'я України подано на рис. 2.4. [16].

Організація медичної допомоги в Україні ґрунтується на принципах охорони здоров'я, які викладені в Основах законодавства України про охорону здоров'я. Відповідно до ст. 4-5 цього Закону, основними принципами охорони здоров'я України є:

- визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямком діяльності суспільства і держави, одним з головних чинників виживання та розвитку народу України;

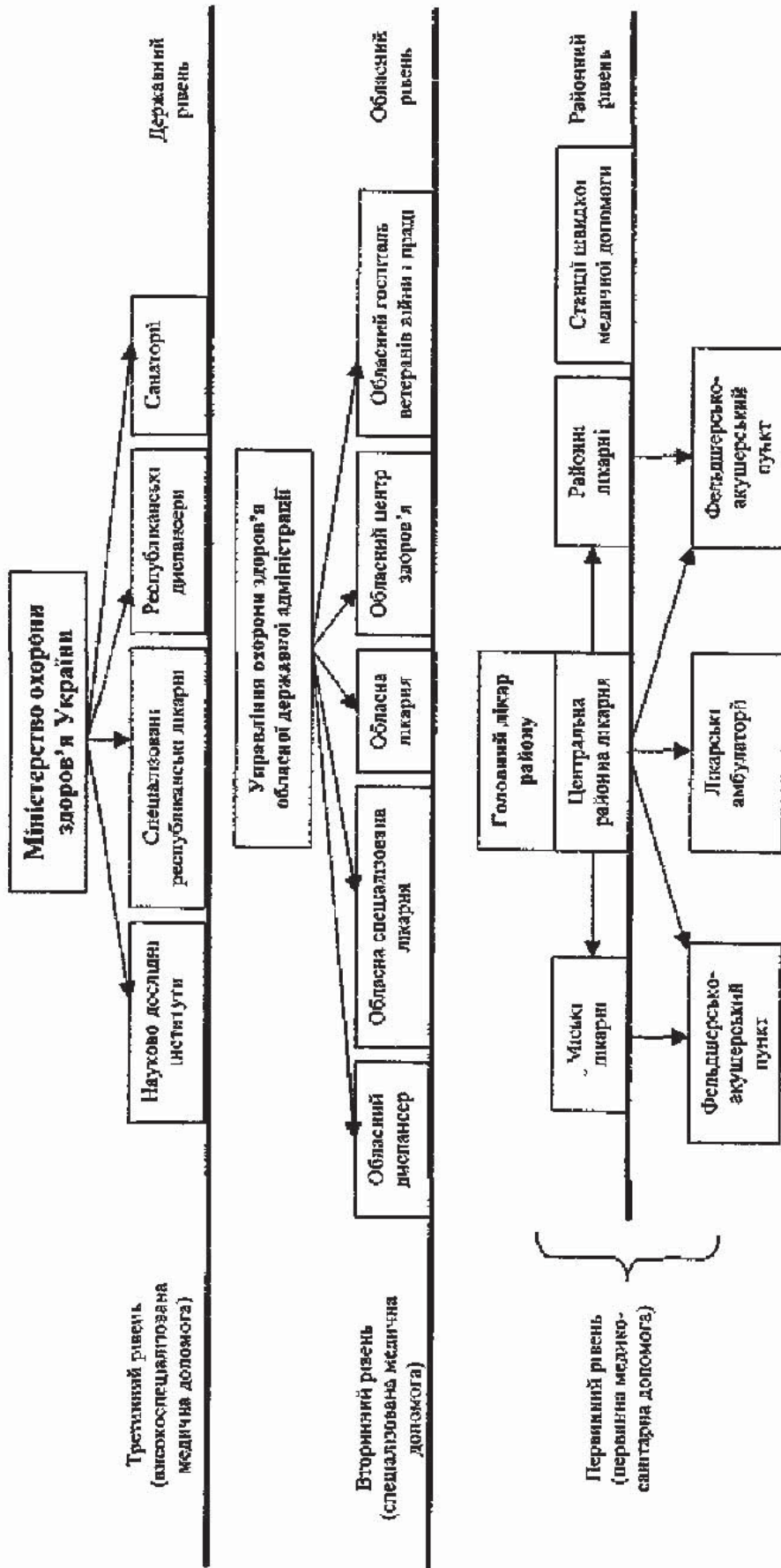


Рис. 2.4. Структура державної системи охорони здоров'я України

- дотримання прав та свобод людини і громадянина в галузі охорони здоров'я та забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій;

- гуманістична спрямованість та підвищений медико-соціальний захист найбільш уразливих верств населення;

- рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної допомоги та інших послуг у галузі охорони здоров'я;

- відповідність завданням і рівню соціально-економічного та культурного розвитку суспільства, наукова обґрунтованість, матеріально-технічна і фінансова забезпеченість;

- орієнтація на сучасні стандарти здоров'я та медичної допомоги, поєднання вітчизняних традицій і досягнень із світовим досвідом у галузі охорони здоров'я;

- попереджувально-профілактичний характер, комплексний соціальний, екологічний та медичний підхід до охорони здоров'я;

- багатокладність економіки охорони здоров'я і багатоканальність її фінансування, поєднання державних гарантій з демонополізацією та заохоченням підприємництва і конкуренції;

- децентралізація державного управління, розвиток самоврядування закладів та самостійності працівників охорони здоров'я на правовій і договірній основі.

Ситуація в охороні здоров'я України сьогодні оцінюється як складна. Виступаючи на II-й науково-практичній конференції "Охорона здоров'я: Україна і світ" у травні 1999 р. міністр охорони здоров'я Р. Богатирьова охарактеризувала поточний стан галузі як такий, що має [10]:

- низький рівень здоров'я населення;

- неефективне громіздке управління на всіх його рівнях;

- роздрібнений медичний простір;

- конфлікт законодавчих та нормативних документів з соціально-економічними зрушеннями в країні;

- нераціональне використання наявного державного бюджету та диспропорції у фінансуванні рівнів медичної допомоги (в Україні відсутнє обов'язкове медичне страхування) - див. рис. 2.5.;

- недостатнє врахування та відсутність механізмів забезпечення оптимального використання загальних видатків на охорону здоров'я (в Україні не розвинені та суттєво занижуються позабюджетні надходження) - див. рис. 2.5.;

- відсутність економічних стимулів для реформ у державному секторі;
- застарілі технології профілактики і лікування;
- занепад основних фондів.

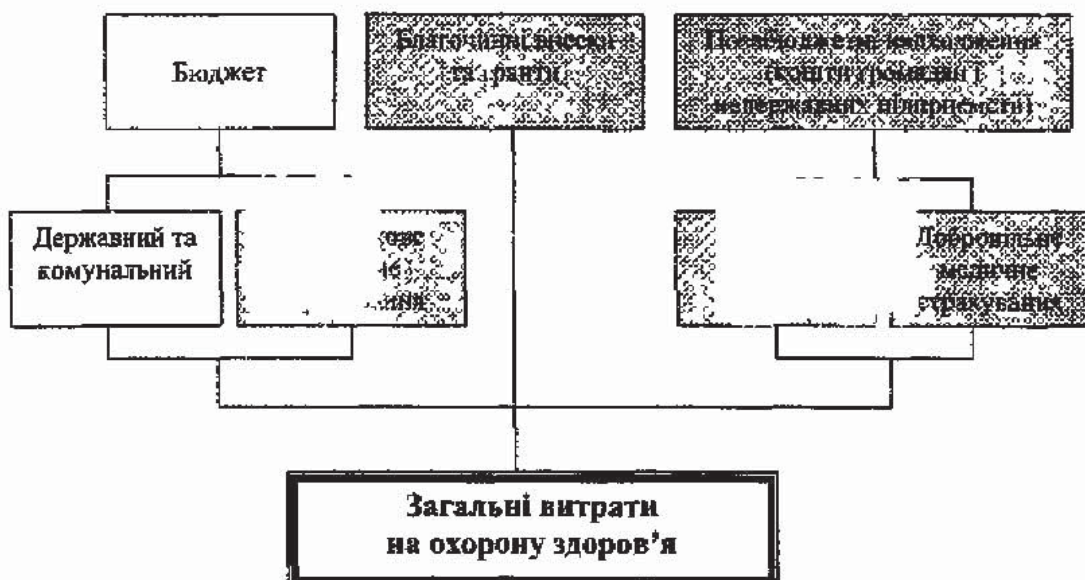


Рис. 2.5. Структура загальних джерел витрат на охорону здоров'я

У програмі реорганізації медичної допомоги в Україні “Перспектива-2010” стан охорони здоров'я оцінюється наступним чином: “Сучасне становище вітчизняної охорони здоров'я - це системна криза. Її причини полягають у тому, що не працюють базові установи відтворення існуючої моделі організації медичної допомоги” [73].

Потреба в охороні здоров'я, характер і обсяг медичної допомоги визначаються станом та динамікою здоров'я населення і умовами його формування, а також можливістю задоволення цих потреб - юридичним, фінансово-економічним, кадровим і матеріально-технічним забезпеченням галузі.

2.2.1. Стан здоров'я населення України

Сучасний рівень здоров'я населення України зумовлюється порівняно низьким матеріальним і культурним рівнем життя переважної більшості населення, незадовільними умовами праці та побуту, неякісним та незбалансованим харчуванням, нездоровим способом життя, недостатньою рухливістю і слабким розвитком фізичної культури, поширенням шкідливих звичок (паління тютюну, алкоголізм, наркоманія і токсикоманія), ви-

користанням відсталих, екологічно небезпечних технологій, браком ефективних засобів знешкодження шкідливих речовин і захисту від них, техногенним забрудненням навколишнього середовища, а також труднощами адаптації багатьох людей до нових умов урбанізації та індустріалізації.

Погіршують ситуацію наслідки найбільшої в історії людства екологічної катастрофи - аварії на Чорнобильській АЕС, деструктивні процеси в соціально-економічній сфері.

В результаті процесу старіння чисельність осіб пенсійного віку протягом останнього десятиріччя збільшилась. 19,9% міського населення - пенсіонери, жінок серед них удвічі більше, ніж чоловіків. Рівень старіння ще вищий у сільській місцевості: в 1997 р. - 29,2 % населення складали особи пенсійного віку, з яких 18,2 % - чоловіки, а 36,8 % - жінки [26].

Середня очікувана тривалість життя чоловіків у 1999 р. становила 62,9 року, а жінок - 73,7 (середня по Україні - 68,3). Знижується питома вага осіб працездатного віку.

Статеві-вікова структура населення, яка сформувалась в Україні на сьогодні, суттєво впливає на рівень захворюваності і поширеності хвороб, особливо тих, які характерні для певних вікових груп. Вказані вікові пропорції обумовлюють також виникнення негативного показника демографічного навантаження (кількість дітей і осіб пенсійного віку на 1000 осіб працездатного віку), який на 1 січня 2000 р. становив 749 осіб (340 дітей і 409 дорослих), а на селі - 994 (відповідно 416 і 578).

У табл. 2.2. подано чисельність постійного населення в Україні по регіонах станом на 1 січня відповідного року.

Таблиця 2.2.

**Чисельність постійного населення України станом на 1 січня
відповідного року (тис. осіб)**

№ п/п	Найменування адміністративних територій	1998	1999	2000
1.	Автономна Республіка Крим	2129,3	2106,3	2089,3
2.	Вінницька	1835,3	1819,7	1803,5
3.	Волинська	1065,1	1061,1	1055,9
4.	Дніпропетровська	3764,0	3733,6	3701,2
5.	Донецька	5043,8	4987,3	4932,4
6.	Житомирська	1449,3	1437,7	1424,9
7.	Закарпатська	1281,5	1280,7	1277,3
8.	Запорізька	2034,7	2016,0	1997,0
9.	Івано-Франківська	1453,3	1450,3	1446,5
10.	Київська	1858,3	1844,0	1824,9
11.	Кіровоградська	1186,5	1172,5	1157,2
12.	Луганська	2700,7	2668,1	2637,3
13.	Львівська	2719,3	2708,3	2696,3
14.	Миколаївська	1320,2	1307,6	1296,5
15.	Одеська	2529,4	2510,2	2492,0
16.	Полтавська	1704,0	1688,8	1673,3
17.	Рівненська	1186,8	1184,9	1182,5
18.	Сумська	1364,6	1349,3	1332,5
19.	Тернопільська	1163,5	1159,0	1152,7
20.	Харківська	3004,1	2977,6	2949,6
21.	Херсонська	1243,8	1234,1	1223,4
22.	Хмельницька	1480,1	1468,4	1455,0
23.	Черкаська	1474,6	1459,5	1446,6
24.	Чернівецька	941,3	938,2	935,1
25.	Чернігівська	1315,4	1299,8	1282,2
26.	м. Київ	2598,8	2596,0	2601,4
27.	м. Севастополь	397,5	390	389,6
	Україна	50245,2	49850,9	49456,1

У табл. 2.3. подано показники демографічного навантаження на населення працездатного віку (по регіонах України) станом на 1 січня відповідного року.

Таблиця 2.3.

Демографічне навантаження на населення України працездатного віку станом на 1 січня відповідного року (на 1000 осіб працездатного віку припадає непрацездатного)

№ п/п	Найменування адміністративних територій	1998	1999	2000
1.	Автономна Республіка Крим	733	716	697
2.	Вінницька	907	898	886
3.	Волинська	859	841	818
4.	Дніпропетровська	754	743	726
5.	Донецька	763	747	724
6.	Житомирська	884	871	854
7.	Закарпатська	745	729	710
8.	Запорізька	743	732	715
9.	Івано-Франківська	814	797	778
10.	Київська	805	792	774
11.	Кіровоградська	841	832	819
12.	Луганська	780	761	733
13.	Львівська	774	761	744
14.	Миколаївська	754	741	726
15.	Одеська	732	723	708
16.	Полтавська	847	838	820
17.	Рівненська	833	816	795
18.	Сумська	844	827	802
19.	Тернопільська	885	867	845
20.	Харківська	735	720	699
21.	Херсонська	752	741	725
22.	Хмельницька	875	863	847
23.	Черкаська	872	863	846
24.	Чернівецька	808	797	776
25.	Чернігівська	935	917	893
26.	м. Київ	584	574	561
27.	м. Севастополь	649	646	634
	Україна	781	768	749

Окремі показники здоров'я населення України подані в табл. 2.4 та 2.5. Динаміку чисельності населення і поширеність захворювань в Україні за 1993-1998 рр. показано на рис. 2.6. [10; 24-27].

Таблиця 2.4

Смертність серед осіб працездатного віку, 1990-1997 рр.

Роки	Чисельність померлих на 1000 осіб працездатного віку		Ступінь зростання [+] або зменшення [-], %	
	Чоловіки	Жінки	Чоловіки	Жінки
1990	6,8	2,0 / 2,5		
1991	7,6	2,1 / 2,7	+11,8	+5,0 / +8,0
1992	8,3	2,2 / 2,9	+9,2	+4,8 / +7,4
1993	8,7	2,3 / 3,1	+4,8	+4,5 / +6,9
1994	8,8	2,4 / 3,2	+1,1	+4,3 / +3,2
1995	10,6	2,6 / 3,2	+20,5	+8,3 / +3,2
1996	10,4	2,5 / 4,1	-1,9	-3,8 / +28,1
1997	9,6	2,3 / 3,8	-7,7	-8,0 / -7,3

* Показники, розраховані для вікової групи 16-59 років, вказані у знаменнику

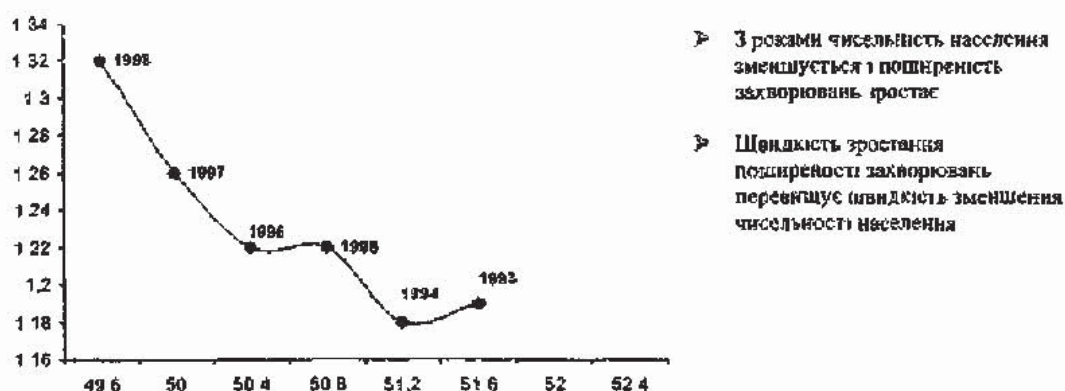


Рис. 2.6 Динаміка чисельності населення і поширеність захворювань в Україні в 1993-1998 рр.

В Україні продовжує катастрофічно падати народжуваність. Так, з 1990 р. до 1996 р. цей показник зменшився з 12,7 до 9,1 народження на 1000 осіб, тобто на 28,3%. Різде падіння життєвого рівня більшості населення України призвело до поглиблення розриву між потребами сім'ї і реальними можливостями їх задоволення, зокрема фактичної неможливості утримання кількох дітей. Загострення екологічних проблем, посилене Чорнобильською катастрофою, також справляє соціально-психологічний вплив на зменшення чисельності сімей. По-

казник народжуваності з 1990 р. до 1996 р. знизився з 1,85 до 1,32 дитини, тоді як для повноцінного відтворення населення він має становити не менше двох дітей.

Таблиця 2.5

Динаміка окремих показників здоров'я населення та системи охорони здоров'я України за період з 1990 по 1999 рр.

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Смерть від захворювань системи кровообігу (у % до всіх випадків)	52,9	52,1	51,6	55,1	56,5	56,8	57,5	59,2	60,3	60,7
Смерть від новоутворень (у % до всіх випадків)	16,2	15,7	15,2	14,1	13,7	12,9	12,8	12,9	13,6	13,3
СНІД - стоїть на обліку ВІЛ-інфікованих і них хворі						1569	6504	15087	22307	
Померло (на кінець року)						54	124	218	433	
Померло (на кінець року)						12	70	88	172	
Кількість населення у розрахунку на 1 лікаря (осіб)	228	225	228	225	227	222	221	222	220	
Споживання алкогольних виробів (літрів на душу населення)	4,1	4,1	3,6	3,3	2,0	1,6	1,0	1,2	1,2	
Споживання тютюнових виробів (млрд шт)	10,4	7,0	7,3	10,2	
Державні витрати на охорону здоров'я (у % до всіх державних витрат)	10,1	9,5	9,8	10,4	9,1	10,3	9,2	11,5	11,6	
Державні витрати на охорону здоров'я (у % до ВВП)	2,6	3,1	3,7	4,0	4,8	4,7	3,9	4,2	3,5	

Смертність за цей самий час збільшилась на 25,6 %, або з 12,1 у 1990 р. до 15,2 - у 1996 р., що також зумовлене падінням життєвого рівня населення, зокрема зниженням кількісних і якісних показників харчування, недоступністю лікарських засобів через їх дорожнечу, а також загостренням екологічної ситуації. Ця негативна тенденція доповнюється підвищенням смертності немовлят (1990 р. - 12,8 %, 1991 р. - 13,9 %, 1992 р. - 14,0 %, 1995 р. - 14,7 %, 1996 р. - 14,3 %), показник якої є надзвичайно чутливим до зміни умов життя і в Україні в 2-3 рази вищий, ніж у розвинутих країнах. Україна ще не перейшла на світові критерії визначення мертвороджених, які більш суворі. Тому в майбутньому Україну чекає прогнозоване підвищення смертності немовлят [101].

Рівень загальної захворюваності, за даними звернень населення в лікувально-профілактичні заклади, залишається високим. На кінець 1999 р. цей показник становив 141186,3 на 100 тис. населення. Найнижчий рівень поширеності хвороб спостерігається серед дорослого населення працездатного віку (120291,2 на 100 тис. населення цієї вікової групи). Протягом 1998-1999 рр. намітилася тенденція до зниження захворюваності шкіри та підшкірної клітковини, а також травм і отруєнь, відповідно на 2,3% та 2,1%. Ці позитивні зміни є результатом проведених комплексних профілактичних заходів, передусім серед працездатного населення.

У структурі поширеності хвороб основну частину становили хвороби органів дихання - 24,4%; на другому місці - хвороби системи кровообігу (22,4%); на третьому - хвороби органів травлення (9,0%); на четвертому - хвороби кістково-м'язової системи (5,6%); п'яте місце посідають хвороби ендокринної системи та порушення обміну речовин (5,0%).

Хвороби системи кровообігу, посідаючи друге рангове місце в структурі поширеності, зумовлюють більше половини всіх випадків смерті та третину причин інвалідності. У структурі захворюваності на хвороби системи кровообігу в 1999 р., як і в минулі роки, переважали гіпертонічна хвороба (45,1%), ішемічна хвороба серця з артеріальною гіпертензією та без неї (31,5%), цереброваскулярні хвороби (21,5%).

На рис. 2.7. подано показники захворюваності населення України на хвороби системи кровообігу в розрахунку на 100 тис. дорослого населення.

Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) було запропоновано комплексний план профілактики захворювань системи кровообігу. Всі стратегічні підходи, рекомендовані ВООЗ, МОЗ України були враховані при розробці Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні, затвердженої Указом Президента України від 4 лютого 1999 р. №117/99.

Дещо стабілізувався рівень захворюваності на злоякісні новоутворення. Так, у 1998 р. він становив 316,5 на 100 тис. населення, а в 1999 р. - 317,2 (зріс лише на 0,2%). Серед міських жителів цей показник набув тенденції до зниження: 1998 р. - 318,0 на 100 тис. населення, 1999 р. - 315,9 (зниження на 0,7%). Найчастішими локалізаціями злоякісних пухлин є органи травлен-

ня (27,0%), жіночі статеві органи (18,5%), органи дихання (16,3%), шкіра (12,6%), молочна залоза (9,6%).

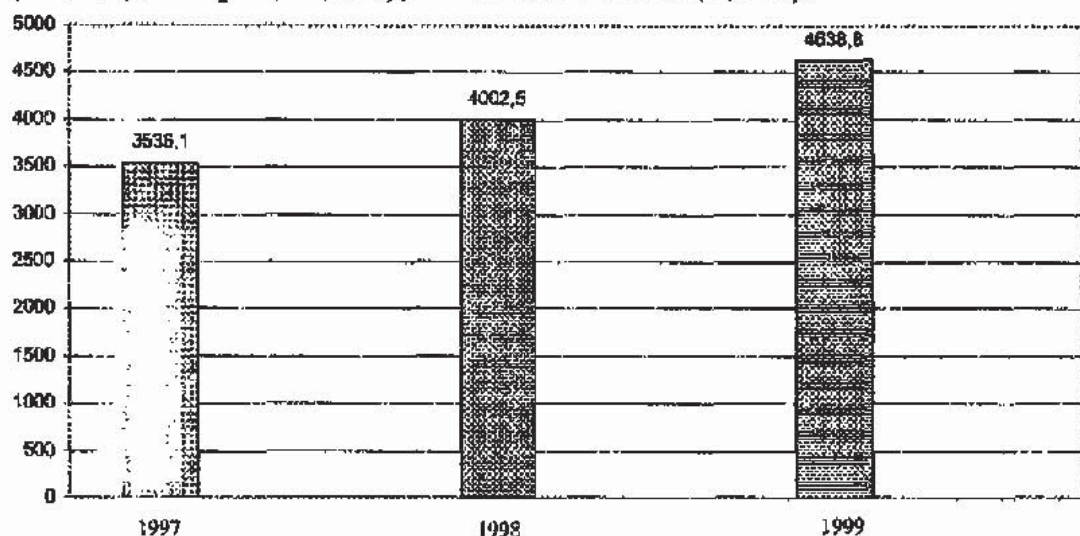


Рис. 2.7. Поширеність хвороб системи кровообігу в Україні станом на 31 грудня відповідного року (на 100 тис. дорослого населення)

У табл. 2.6. подано показники захворюваності на злоякісні новоутворення в розрахунку на 100 тис. населення по регіонах України станом на 31 грудня відповідного року.

Статеві-віковий аналіз онкозахворюваності свідчить, що найвищі рівні цієї патології характерні для населення старших вікових груп. Показники захворюваності чоловіків на рак у 1999 р. перевищували аналогічні у жінок як в цілому (344,0 проти 294,0 на 100 тис. населення), так і в усіх вікових групах до 20 років та після 50 років.

Не зменшилась питома вага виявлених онкохворих при профоглядах: 1998 р. - 16,4%, 1999 р. - 17,3%.

Знизилась показники летальності до року хворих, що вперше зареєстровані по окремих нозологіях злоякісних пухлин.

Намітились тенденції до призупинення зростання смертності від злоякісних пухлин: 1998 р. - 193,9 на 100 тис. населення, 1999 р. - 192,3.

Відповідно до стратегії ВООЗ на XXI століття, яка передбачає скорочення смертності від раку серед осіб молодших 65 років на 15% і досягнення суттєвого поліпшення якості життя усіх, хто страждає на цю патологію, МОЗ України передбачає комплекс загальнодержавних заходів, спрямованих на вирішен-

ня цієї проблеми в програмі розвитку охорони здоров'я на середньострокову перспективу, розробка якої завершується.

Таблиця 2.6.

Захворюваність на злоякісні новоутворення в Україні станом на 31.12 відповідного року (на 100 тис. населення)

№ п/п	Найменування адміністративних територій	1997	1998	1999
1.	Автономна Республіка Крим	344,3	341,0	348,9
2.	Вінницька	315,1	324,3	327,6
3.	Волинська	245,2	242,2	249,2
4.	Дніпропетровська	309,3	311,3	312,6
5.	Донецька	315,1	331,1	326,7
6.	Житомирська	300,4	290,2	298,2
7.	Закарпатська	215,6	201,3	213,0
8.	Запорізька	330,5	342,8	331,9
9.	Івано-Франківська	231,6	243,0	251,4
10.	Київська	344,6	353,3	355,6
11.	Кіровоградська	350,5	366,6	369,0
12.	Луганська	311,4	295,7	321,7
13.	Львівська	249,5	255,3	261,1
14.	Миколаївська	295,9	308,1	331,6
15.	Одеська	426,1	373,0	326,5
16.	Полтавська	380,6	393,1	404,7
17.	Рівненська	243,5	240,4	246,4
18.	Сумська	329,0	348,6	348,2
19.	Тернопільська	278,4	270,9	277,9
20.	Харківська	307,9	332,1	312,1
21.	Херсонська	343,5	327,5	338,1
22.	Хмельницька	320,6	318,1	325,4
23.	Черкаська	345,7	351,6	344,1
24.	Чернівецька	242,7	250,2	263,6
25.	Чернігівська	323,5	327,7	320,2
26.	м. Київ	322,2	325,0	331,7
27.	м. Севастополь	418,0	419,6	408,3
	Україна	314,4	316,5	317,2

За останні роки в Україні погіршилась епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції/СНІДу. З початку реєстрації (1987 р.) на 1 листопада 2000 р. офіційно зареєстровано 35041 ВІЛ-інфікованого громадянина України та 288 іноземців, а також 1872 хворих на СНІД. Понад 75% усіх ВІЛ-інфікованих становлять особи, що вживають наркотичні речовини шляхом ін'єкцій.

Захворюваність на туберкульоз у 1999 р. становила 54,3 на 100 тис. населення, смертність - 19,9 на 100 тис. населення. У 1999 р. в Україні від туберкульозу померло близько 10 тис. хворих.

В табл. 2.7. подано показники захворюваності на туберкульоз в розрахунку на 100 тис. населення по регіонах України станом на 31 грудня відповідного року.

Ситуація з туберкульозу потребує боротьби з ним. У зв'язку з цим видано Указ Президента України від 11 травня 2000 р. № 679 "Про невідкладні заходи щодо боротьби з туберкульозом".

Протягом останніх трьох років знижується захворюваність на дифтерію. У 2000 р. захворюваність залишалась на рівні аналогічного періоду минулого року, зареєстровано 161 випадок дифтерії проти 166 за той самий час 1999 р. Рівень захворюваності становив 0,32 на 100 тис. населення. Порівняно з аналогічним періодом 1998 р. захворюваність знизилась удвічі.

Менше дітей стали хворіти на одну з масових інфекцій дитячого віку - епідемічний паротит (рівень захворюваності - 28,2 на 100 тис. населення).

Рівень захворюваності на кір нинішнього року становить 0,71 на 100 тис. населення, зареєстровано 356 випадків проти 967 за такий самий час у 1999 році, тобто відбулося зниження захворюваності на 63,2%.

У табл. 2.8. подано показники захворюваності на дитячий церебральний параліч по регіонах України станом на 31 грудня відповідного року.

Таблиця 2.7.

Захворюваність на туберкульоз в Україні станом на 31.12
відповідного року (на 100 тис. населення)

№ п/п	Найменування адміністративних територій	1997	1998	1999
1.	Автономна Республіка Крим	38,5	44,1	44,5
2.	Вінницька	41,6	52,7	45,6
3.	Волинська	55,7	58,0	56,1
4.	Дніпропетровська	47,1	54,1	53,0
5.	Донецька	58,7	68,5	64,2
6.	Житомирська	60,9	59,4	65,9
7.	Закарпатська	37,3	41,2	45,5
8.	Запорізька	55,8	72,8	62,5
9.	Івано-Франківська	50,2	48,6	49,4
10.	Київська	49,4	55,2	52,7
11.	Кіровоградська	55,1	63,0	58,2
12.	Луганська	52,2	59,9	65,7
13.	Львівська	52,4	53,5	55,0
14.	Миколаївська	44,5	62,5	62,9
15.	Одеська	51,6	60,4	61,5
16.	Полтавська	39,1	46,7	48,4
17.	Рівненська	57,5	59,7	53,8
18.	Сумська	47,5	52,0	53,1
19.	Тернопільська	46,6	46,8	40,0
20.	Харківська	45,5	52,2	51,7
21.	Херсонська	60,3	70,4	73,7
22.	Хмельницька	46,5	50,1	51,8
23.	Черкаська	46,3	47,1	48,4
24.	Чернівецька	43,2	52,4	45,8
25.	Чернігівська	54,6	53,7	49,2
26.	м. Київ	35,9	36,3	38,1
27.	м. Севастополь	42,9	47,8	49,0
	Україна	49,1	55,3	54,4

В Україні проживає 2,4 млн інвалідів, з них понад 60 % - інваліди від загальних захворювань, близько 10 % - інваліди війни, стільки ж інвалідів дитинства та дітей-інвалідів до 16 років, близько 3 % - інваліди внаслідок аварії на ЧАЕС.

Рівень первинної інвалідності серед дорослого населення за останні три роки знизився на 10 % (54,1 проти 60,8 на 10 тис. населення станом на 31.12.1997), серед працездатного населення - на 4 % (52,9 % проти 55,1 %).

Інвалідність внаслідок професійних захворювань за цей же період знизилась майже на 30 %. Знизилась інвалідність і серед осіб, які зазнали впливу наслідків аварії на ЧАЕС (в 1997 р. первинно визнано з цих причин інвалідами 8665 чоловік; 1998 р. - 8032; у 1999 р. - 6445).

Таблиця 2.8.

Захворюваність на дитячий церебральний параліч в Україні станом на 31.12 відповідного року

№ п/п	Найменування адміністративних територій	1997		1998		1999	
		абс. числа	на 1000 дітей	абс. числа	на 1000 дітей	абс. числа	на 1000 дітей
1.	Автономна Республіка Крим	86	0,20	42	0,10	41	0,11
2.	Вінницька	115	0,32	90	0,26	111	0,32
3.	Волинська	74	0,30	68	0,28	76	0,33
4.	Дніпропетровська	185	0,26	168	0,24	155	0,23
5.	Донецька	184	0,20	195	0,22	188	0,23
6.	Житомирська	45	0,15	38	0,13	34	0,12
7.	Закарпатська	100	0,32	78	0,26	62	0,21
8.	Запорізька	133	0,34	105	0,28	96	0,27
9.	Івано-Франківська	60	0,18	64	0,20	61	0,20
10.	Київська	88	0,24	58	0,16	37	0,11
11.	Кіровоградська	49	0,17	44	0,19	19	0,09
12.	Луганська	60	0,12	50	0,10	26	0,06
13.	Львівська	137	0,24	189	0,33	121	0,22
14.	Миколаївська	36	0,13	31	0,12	31	0,12
15.	Одеська	105	0,21	103	0,21	64	0,14
16.	Полтавська	59	0,18	45	0,15	37	0,12
17.	Рівненська	99	0,35	63	0,23	101	0,37
18.	Сумська	74	0,29	49	0,20	49	0,21
19.	Тернопільська	38	0,15	31	0,13	29	0,12
20.	Харківська	156	0,29	73	0,14	127	0,26
21.	Херсонська	48	0,18	50	0,19	41	0,17
22.	Хмельницька	126	0,42	49	0,17	37	0,13
23.	Черкаська	99	0,35	71	0,25	66	0,25
24.	Чернівецька	54	0,26	30	0,15	35	0,18
25.	Чернігівська	52	0,22	35	0,15	31	0,14
26.	м. Київ	91	0,19	59	0,13	64	0,15
27.	м. Севастополь	10	0,14	22	0,32	12	0,18
	Україна	2354	0,24	1898	0,20	1751	0,19

2.2.2. Ресурси та діяльність охорони здоров'я України

Система охорони здоров'я України є багатоукладною і складається із 24,2 тис. закладів та установ системи МОЗ (в т. ч. 16,2 тис. фельдшерсько-акушерських пунктів), а також 198 відомчих лікарняних закладів та 3475 закладів недержавних форм власності.

У всіх установах та закладах охорони здоров'я України на сьогодні зайнято приблизно 1,3 млн чол., з них у системі МОЗ України - 1,1 млн.

Мережа і кадри системи охорони здоров'я населення України в 1995-1997 рр.

У 1997 р. діюча мережа лікувально-профілактичних закладів, без урахування санаторно-курортних, складалася з 3211 лікарень і 6384 амбулаторно-поліклінічних закладів. Кількісні показники мережі і кадрів системи охорони здоров'я населення України в 1995-1997 рр. подано в табл. 2.9. Динаміка показників чисельності лікарень, лікарів та середніх медичних працівників в Україні у 1985-1997 рр. подана на рис. 2.8. - 2.10. і табл. 2.10. [10; 16; 24-27].

Лікарняна мережа нараховувала: 625 міських лікарень, 109 дитячих міських, 134 спеціалізованих, 27 обласних, 488 центральних районних лікарень, 1047 дільничних, 87 психіатричних та наркологічних, 379 диспансерів, 87 пологових будинків. Ліжковий фонд системи охорони здоров'я України становив 472450 ліжок.

Наведені дані свідчать, що за період 1991-1997 рр. кількість лікарень різного типу та їхній ліжковий фонд значно скоротились. Так, число лікарень зменшилось на 14,7 %, ліжок - на 29,6 %.

Таблиця 2.9.

Мережа і кадри лікувально-профілактичних закладів (1991-1997 рр.)

Показники	Абсолютна чисельність		
	1995	1996	1997
Лікарняні установи	3900	3510	3211
Установи, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу	7200	6469	6384
Кількість ліжок	639000	551350	472450
Лікарі (включаючи зубних)	229000	208871	205434
Лікарі (без зубних)	209000	205546	202201
Середній медичний персонал	583000	529158	510483

Загальна чисельність лікарів, включаючи зубних, що працюють у закладах охорони здоров'я України, в 1997 р. становила 205434 особи (без зубних - 202201 лікар), а середнього медичного персоналу - 510483 особи. Забезпеченість населення лікарями становила 41,2 на 10 тис. населення (без зубних), середніми медичними працівниками - 101,6. Ці показники набагато перевищують рівень економічно розвинених країн. Однак в інших країнах до цього числа не включають осіб, що працюють у медичній адміністрації, санітарно-епідеміологічній службі, судово-медичній експертизі, а також в наукових і навчальних закладах за теоретичними спеціальностями. Коли врахувати лише лікарів, що працюють у лікувально-профілактичних закладах без керівників та їхніх заступників, методистів, тобто тих, хто безпосередньо обслуговує пацієнтів, а також без зубних, то їх, за попередніми розрахунками, налічується 27,6 на 10 тис. населення (див. табл. 2.10. та рис. 2.11.-2.12) [10; 25; 26].

Таблиця 2.10.

Кількість населення на одного лікаря на Заході та в лікувальних закладах України, що підпорядковані МОЗ

Спеціальність	Кількість населення на одного лікаря		Спеціальність	Кількість населення на одного лікаря	
	Захід	Україна		Захід	Україна
Анестезіологія	14000	7299	Ортопедія	25000	11627
Кардіологія	25000	14084	Отоларингологія	25000	13333
Дерматологія	40000	14084	Психіатрія	10000	9900
Гастроентерологія	50000	47619	Пulьмонологія	100000	71428
Дільничні або сімейні лікарі	2000	2173	Рентгенологія та радіологія	15000	10309
Загальна хірургія	10000	5555	Торакальна хірургія	100000	83333
Терапія	5000	1724	Урологія	30000	29411
Педіатрія	10000	2531	Неврологія	60000	7299
Акушерство та гінекологія	11000	3225	Нейрохірургія	100000	83333
Офтальмологія	20000	12850			

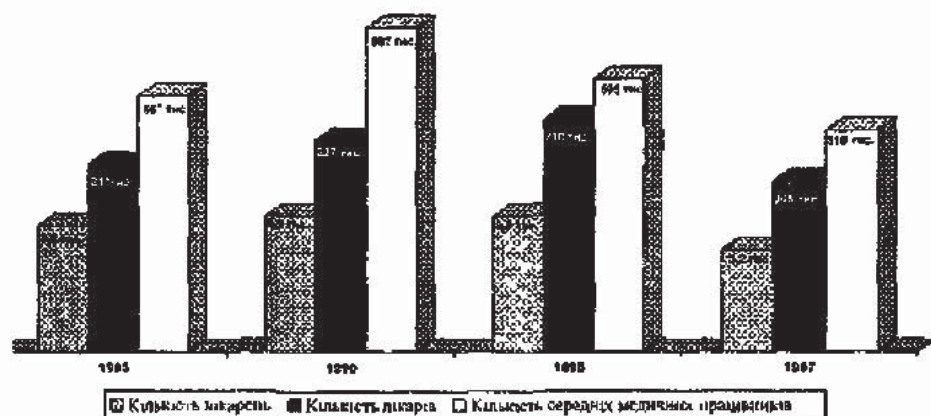


Рис. 2.8. Динаміка чисельності лікарень, лікарів та середніх медичних працівників в Україні у 1985-1997 рр.

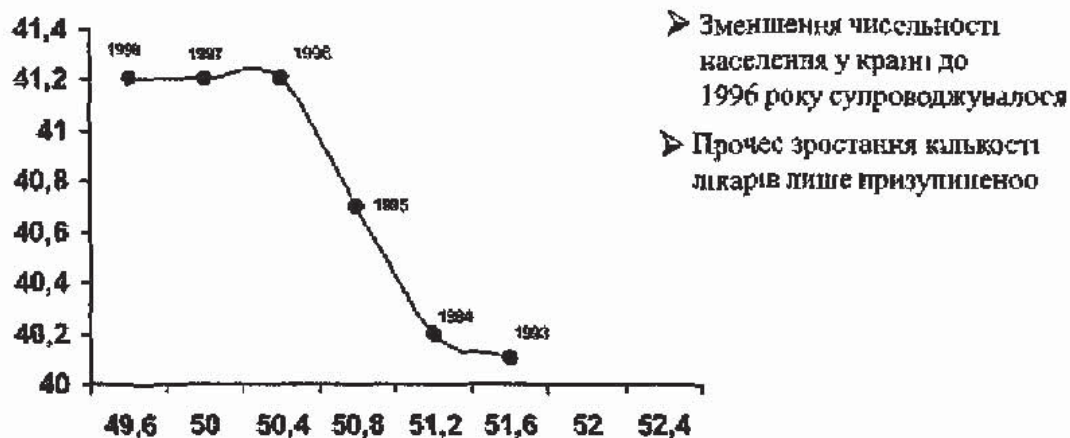


Рис 2 9 Чисельність населення і динаміка кількості лікарів в Україні в 1993-1998 роках

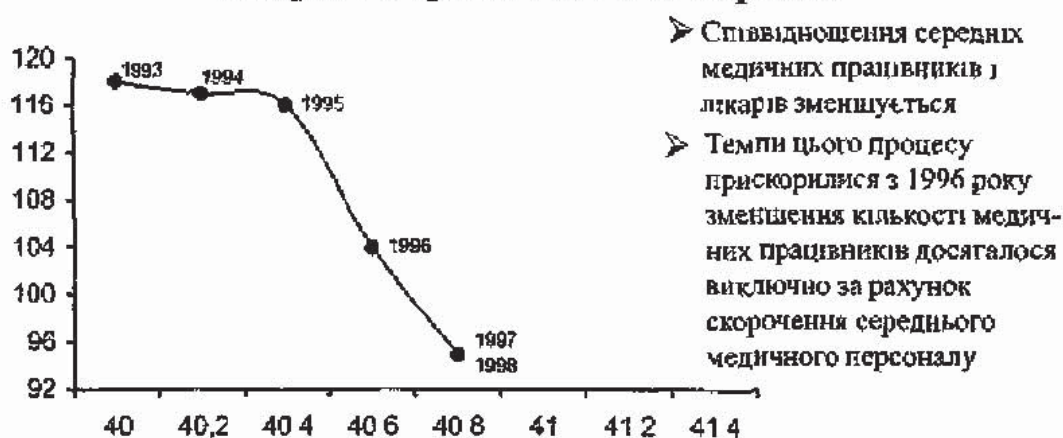


Рис 2 10 Кількість лікарів і середніх медичних працівників в Україні в 1993-1998 рр.

Країни	Кількість лікарів
Україна	44
Німеччина	20
Велика Британія	18
Польща	16

➤ Розбіжність частково пов'язана з відмінністю стандартів статистичного обліку в Україні від міжнародних

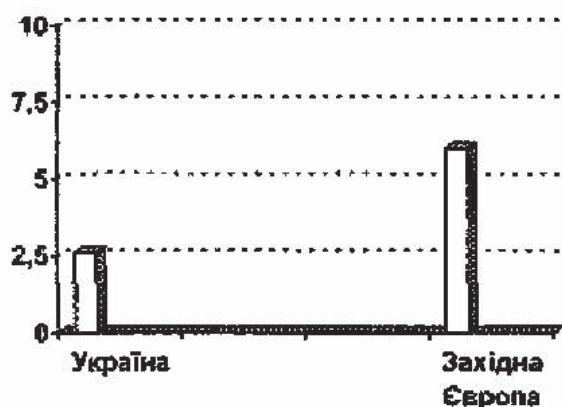


➤ За міжнародними стандартами лікарями вважаються лише ті медичні працівники з вищою освітою, які безпосередньо надають медичну допомогу та беруть участь у лікувальному процесі

Рис. 2.11. Забезпеченість лікарями в Україні та деяких країнах Заходу (на 10 тис. населення)

Країни	Показник
Україна	2,60
Західна Європа	6,00

➤ Розбіжність частково пов'язана з відмінністю стандартів статистичного обліку в Україні від міжнародних



➤ Лікарі в Україні частково виконують функції середнього медичного персоналу

Рис. 2.12. Співвідношення кількості середніх медичних працівників до лікарів в Україні та Західній Європі

Оптимізація структури і потужності ресурсів та діяльності охорони здоров'я України в 1998-2000 рр.

1) Оптимізація структури і потужності охорони здоров'я України

За даними МОЗ України³¹, за цей період зросла забезпеченість лікарями та молодшими спеціалістами з медичною осві-

³¹ Інформація Кабінету Міністрів України про стан фінансування системи охорони здоров'я України та невідкладні заходи щодо його поліпшення / Аналіз та довід. матер. Кабінету Міністрів України № 20-3792/4 від 4 листоп. 2000 р.

тою на 10 тис. населення і становить відповідно 41,0 та 100,9 у 2000 р проти 40,6 та 100,8 у 1998 р.

У табл. 2.11. і 2.12 подано показники чисельності лікарів (табл. 2.11) та середнього медичного персоналу (табл. 2.12.) у закладах МОЗ по регіонах України станом на 31 грудня відповідного року.

Таблиця 2.11.

**Чисельність лікарів у закладах системи МОЗ України
станом на 31 грудня відповідного року**

№ п/п	Найменування адміністративних територій	1997		1998		1999	
		абс числа	на 10 тис нас	абс числа	на 10 тис насел	абс числа	на 10 тис нас
1	Автономна Республіка Крим	9852	46,3	9595	45,6	9631	46,1
2	Вінницька	7396	40,3	7389	40,6	7478	41,5
3	Волинська	3874	36,4	3914	36,9	3931	37,2
4	Дніпропетровська	15721	41,8	15658	41,9	15659	42,3
5	Донецька	20582	40,8	20638	41,4	20215	41,0
6	Житомирська	4679	32,3	4701	32,7	4728	33,2
7	Закарпатська	4453	34,7	4482	35,0	4493	35,2
8	Запорізька	8605	42,3	8796	43,6	8719	43,7
9	Івано-Франківська	6174	42,5	6297	43,4	6287	43,5
10	Київська	5740	30,9	5683	30,8	5630	30,9
11	Кіровоградська	3818	32,2	3717	31,7	3707	32,0
12	Луганська	10108	37,4	10050	37,7	10049	38,1
13	Львівська	11808	43,4	11597	42,8	11782	43,7
14	Миколаївська	4234	32,1	4214	32,2	4187	32,3
15	Одеська	10641	42,1	10773	42,9	10830	43,5
16	Полтавська	6929	40,7	6972	41,3	7062	42,2
17	Рівненська	3875	32,6	3958	33,4	3942	33,3
18	Сумська	4276	31,3	4326	32,1	4381	32,9
19	Тернопільська	5043	43,3	5142	44,4	5160	44,8
20	Харківська	13495	44,9	13602	45,7	13592	46,1
21	Херсонська	4196	33,7	4065	32,9	3969	32,4
22	Хмельницька	4857	32,8	4833	32,9	4873	33,5
23	Черкаська	5128	34,8	5105	35,0	5080	35,1
24	Чернівецька	4023	42,7	4123	43,9	4099	43,8
25	Чернігівська	4376	33,3	4381	33,7	4363	34,0
26	м Київ	16388	63,1	16520	63,6	17045	65,5
27	м Севастополь	1930	48,5	1892	48,3	1844	47,3
	Україна	202201	40,2	202423	40,6	202736	41,0

Таблиця 2.12

**Чисельність середнього медичного персоналу в Україні
станом на 31 грудня відповідного року**

№ п/п	Найменування адміністративних територій	1997		1998		1999	
		абс числа	на 10 тис насел	абс числа	на 10 тис нас	абс числа	на 10 тис нас
1	Автономна Республіка Крим	21224	99,7	20594	97,8	20099	96,2
2	Вінницька	18865	102,8	18837	103,5	18928	105,0
3	Волинська	12372	114,3	11750	110,7	11479	108,7
4	Дніпропетровська	36354	96,6	35694	95,6	35261	95,3
5	Донецька	53143	105,4	52238	104,7	51194	103,8
6	Житомирська	15740	108,6	15323	106,6	15459	108,5
7	Закарпатська	12061	94,1	11918	93,0	12012	94,0
8	Запорізька	21120	103,8	21138	104,9	21313	106,7
9	Івано-Франківська	15757	108,4	15619	107,7	15591	107,8
10	Київська	17369	93,5	16905	91,7	16748	91,8
11	Кіровоградська	12362	104,2	11882	101,3	11908	102,9
12	Луганська	26366	97,6	25821	96,8	25497	96,7
13	Львівська	25842	95,0	26123	96,5	26224	97,3
14	Миколаївська	11829	89,6	11299	86,4	11173	86,2
15	Одеська	23659	93,5	23522	93,7	23346	93,7
16	Полтавська	17975	105,5	17842	105,6	17659	105,5
17	Рівненська	12453	104,9	12388	104,5	12149	102,7
18	Сумська	14385	105,4	14059	104,2	14104	105,8
19	Тернопільська	12301	105,7	12365	106,7	12297	106,7
20	Харківська	29585	98,5	29464	98,9	29315	99,4
21	Херсонська	12329	99,1	11915	96,6	11722	95,8
22	Хмельницька	14104	95,3	13751	93,6	13649	93,8
23	Черкаська	15498	105,1	15226	104,3	15344	106,1
24	Чернівецька	9601	102,0	9340	99,6	9222	98,6
25	Чернігівська	15197	115,5	14685	113,0	14584	113,7
26	м Київ	28711	110,5	28574	110,1	28430	109,3
27	м Севастополь	4481	112,7	4300	109,7	4138	106,2
	Україна	510483	101,6	502572	100,8	498845	100,9

Покращилась укомплектованість штатних лікарських посад в системі МОЗ, яка становить 84,2 % (1998 р. - 83,4) та посад молодших спеціалістів з медичною освітою, яка становить 102,6 % (1998 р. - 102,1)

Підготовка спеціалістів здійснюється у 14 вищих медичних і фармацевтичному навчальних закладах IV рівня акредитації.

У 1998-2000 рр на перший курс зараховується щорічно 8 тис. студентів, у тому числі 4 тис. за державним замовленням.

Спостерігається тенденція до збільшення кількості студентів, які навчаються на умовах договорів (у 1999 р. - 17,3 тис., або

34% від загального контингенту студентів; у 2000 р. - відповідно 20,3 тис. і 42,6 %).

Загальний контингент студентів становить 47,6 тис. осіб

Міністерством збережена система працевлаштування випускників вищих медичних навчальних закладів, які навчалися за державним замовленням. Так, за останні три роки забезпечено першим робочим місцем понад 18 тис. лікарів.

На початок 2000 р. в системі МОЗ України функціонувало 6429 закладів, що надають амбулаторно-поліклінічну допомогу, в т. ч. 2702 у складі лікарень різного типу, 494 диспансери, 2738 самостійних поліклінік і амбулаторій, 176 лікарських здоров'я пунктів, 319 стоматологічних поліклінік. Порівняно з 1998 р. на 3,9 % зросла кількість самостійних поліклінік і амбулаторій.

Планова потужність з року в рік зростає і в 1999 р. становила 873246 відвідувань за зміну, або 177 на 10 тис. населення.

Впродовж 2000 р. відкрито 86 сільських лікарських амбулаторій.

В амбулаторно-поліклінічних закладах починають і закінчують лікування близько 80 % пацієнтів.

На рис. 2.13. показано мережу основних лікарняних закладів України в 1997-2000 рр.

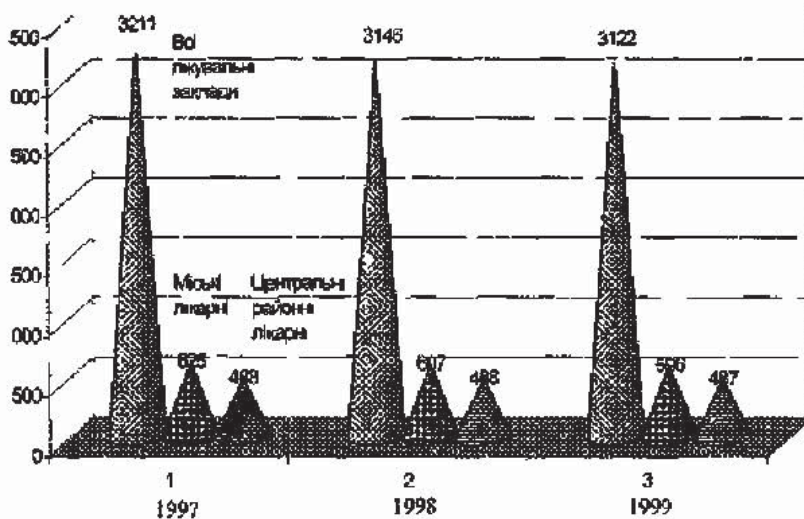


Рис. 2.13. Мережа лікарняних закладів України станом на 31 грудня відповідного року (абсолютні числа)

Для зниження рівня госпіталізації хворих та зменшення витрат на охорону здоров'я створюються стаціонарнозамінюючі форми медичної допомоги (денні стаціонари і стаціонари вдо-

ма). Число денних стаціонарів та ліжок у них за останні три роки зросло у два рази. Це дало змогу вже у 1999 р. пролікувати в денних стаціонарах 1,1 млн хворих.

У стаціонарах вдома, окрім того, у 1999 р. проліковано 1 млн 23 тис. хворих. Все це суттєво зменшило рівень госпіталізації хворих у стаціонари лікарень та бюджетні видатки на їх утримання без зниження рівня та якості надання медичної допомоги.

Стаціонарна медична допомога в закладах системи МОЗ надається достатньою мережею лікарень (3122 заклади) із загальною кількістю ліжкового фонду 444485 ліжок. Рівень госпіталізації становить 19,2 на 100 жителів, в т. ч. 19,7 для міських і 18,2 для сільських.

У табл. 2.13. наведено показники ліжкового фонду лікувально-профілактичних закладів по регіонах України станом на 31 грудня відповідного року.

Протягом 1998-1999 рр. проведено оптимізацію його структури та потужності. За даними 1999 р., середнє число днів зайнятості ліжка становить 324 дні (1997 р. – 314), термін середнього перебування хворого на ліжку 15,1 дня (1997 р. - 16,2).

2) Пріоритетні напрямки діяльності системи охорони здоров'я України

Охорона здоров'я матері і дитини є одним з пріоритетних напрямків діяльності галузі. Програмно-цільове планування заходів, спрямованих на збереження здоров'я жінок та дітей, дало змогу зберегти систему надання їм медичної допомоги, набутти поступального розвитку таким службам, як медична генетика і пренатальна діагностика, сприяло організації мережі відділень реанімації новонароджених та реабілітаційних центрів для дітей з органічним ураженням нервової системи.

Утримується оптимальний рівень раннього охоплення вагітних медичним наглядом. Реалізується Національна програма

планування сім'ї. Суттєво знижено кількість (абортів) - з 56,5 на 100 жінок дітородного віку в 1997 р., до 36,7 в 1999 році.

Таблиця 2.13.

Ліжковий фонд лікувально-профілактичних закладів МОЗ України станом на 31 грудня відповідного року

№ п/п	Найменування адміністративних територій	1997		1998		1999	
		абс. числа	на 10 тис. насел.	абс. числа	на 10 тис. насел.	абс. числа	на 10 тис. насел.
1	Автономна Республіка Крим	20118	94,5	18959	90,0	18939	90,6
2.	Вінницька	14824	80,8	14829	81,5	14745	81,8
3.	Волинська	10925	102,6	8901	83,9	8837	83,7
4	Дніпропетровська	37700	100,2	36830	98,6	36764	99,3
5.	Донецька	47433	94,0	46130	92,5	43494	88,2
6.	Житомирська	11200	77,3	10825	75,3	10745	75,4
7.	Закарпатська	11738	91,6	10617	82,9	10332	80,9
8	Запорізька	20405	100,3	20276	100,6	20391	102,1
9.	Івано-Франківська	13001	89,5	13001	89,6	13001	89,9
10.	Київська	19530	105,1	16930	91,8	16491	90,4
11.	Кіровоградська	11580	97,6	10424	88,9	10409	90,0
12.	Луганська	28195	104,4	26610	99,7	25310	96,0
13.	Львівська	25054	92,1	25046	92,5	25046	92,9
14.	Миколаївська	11803	89,4	11454	87,6	11029	85,1
15.	Одеська	21950	86,8	21950	87,4	21715	87,1
16.	Полтавська	16327	95,8	14088	83,4	14088	84,2
17.	Рівненська	11177	94,2	10452	88,2	10032	84,8
18	Сумська	12427	91,1	11728	86,9	11656	87,5
19.	Тернопільська	11112	95,5	10900	94,0	10935	94,9
20.	Харківська	27459	91,4	27125	91,1	26430	89,6
21	Херсонська	11298	90,8	11283	91,4	10998	89,9
22.	Хмельницька	13985	94,5	12915	88,0	12796	88,0
23.	Черкаська	12559	85,2	12579	86,2	12505	86,4
24.	Чернівецька	8404	89,3	7829	82,4	7899	84,5
25	Чернігівська	15796	120,1	15001	115,4	14772	115,2
26	м. Київ	22545	86,8	22345	86,1	21993	84,5
27	м. Севастополь	3905	98,2	3555	90,7	3133	80,4
	Україна	472450	94,0	452582	90,8	444485	89,9

Забезпечено достатнє (95,0-97,4%) охоплення дитячого населення профілактичними оглядами та специфічною імунопрофілактикою, інтенсивно впроваджується програма підтримки грудного вигодовування та ініціатива ВООЗ/ЮНІСЕФ "Лікарня доброзичлива до дитини".

Відзначається позитивна динаміка основних показників здоров'я дітей та жінок репродуктивного віку: зменшення перинатальної смертності з 12,2% у 1997 р. до 10,9% у 1999 р.; смертності дітей першого року життя з 14% до 12,8% і материнської смертності з 30,9 на 100 тис. народжених живими до 26,5 (див. табл. 2.14.), захворюваності на дитячий церебральний параліч з 0,20 до 0,18 на 1000 дітей (табл. 2.8.).

У табл. 2.15. подано показники смертності дітей віком до одного року в розрахунку на тисячу народжених живими по регіонах України станом на 31 грудня відповідного року.

Забезпечення епідемічного благополуччя - один з основних профілактичних напрямків діяльності.

Щороку по медичну допомогу з приводу інфекційних хвороб звертається близько 10 млн осіб, з них попад 9 млн хворих на грип та гострі респіраторні інфекції.

В останні роки інфекційна захворюваність населення стабілізувалась. Не реєструються епідемії небезпечних та особливо небезпечних хвороб. З 1997 по 1999 рр. знизився з 0,65 до 0,45 на 10 тис. населення показник смертності дитячого населення (діти до 14 років) від інфекційних та паразитарних хвороб. Реалізація Національної програми імунопрофілактики населення дозволила зменшити захворюваність на інфекції, керовані засобами імунопрофілактики. Україна досягла рівня охоплення населення щепленням проти більшості керованих інфекцій, рекомендованого ВООЗ.

Здійснюється посилений державний санітарно-епідеміологічний нагляд за об'єктами підвищеного епідемічного ризику - водопроводами, підприємствами харчової промисловості, громадського харчування, торгівлі тощо.

Спалахи гострих кишкових інфекційних хвороб, харчових отруєнь, пов'язані з продуктами харчування промислового виробництва, в останні три роки не реєструються.

Забезпечення ліками населення і лікувальних закладів здійснюється розгалуженою мережею аптек, аптечних пунктів та кіосків різних форм власності (14,5 тис.).

Асортимент зареєстрованих в Україні лікарських засобів становить 7127 найменувань, з яких 2739 вітчизняного виробництва. Частка вітчизняних ліків в обсягах внутрішнього споживання становить приблизно 40%. Ціни на більшість вітчизняних ліків на 20-60% нижчі від цін зарубіжних аналогів.

Спостерігається тенденція до зростання кількості запроваджених вітчизняними виробниками препаратів (у 1999 році порівняно з 1998 роком на 5,7%, з 88 до 93).

**Материнська смертність в Україні
станом на 31 грудня відповідного року**

№ п/п	Найменування адміністративних територій	Абсолютні числа				На 100 тис народ живими (за 9 міс 2000 року)
		1997	1998	1999	2000 (9 міс)	
1	Автономна Республіка Крим	4	4	5	7	59,3
2	Вінницька	4	2	4	1	8,7
3	Волинська	1	4	1	3	34,0
4	Дніпропетровська	6	6	7	7	36,1
5	Донецька	18	6	7	8	34,1
6	Житомирська	3	6	1	1	11,3
7	Закарпатська	3	5	4	1	9,3
8	Запорізька	4	8	3	6	58,5
9	Івано-Франківська	4	4	1	1	9,1
10	Київська	5	13	5	4	39,5
11	Кіровоградська	2	4	3	2	29,3
12	Луганська	3	1	6	3	24,5
13	Львівська	10	7	7	3	16,6
14	Миколаївська	5	3	2		
15	Одеська	7	5	5	5	31,3
16	Полтавська	7	10	3	2	21,8
17	Рівненська	3	4	4	3	29,8
18	Сумська	5	3	1		
19	Тернопільська	3	2	1	2	23,5
20	Харківська	6	7	6	4	27,5
21	Херсонська	5	6	9	2	24,9
22	Хмельницька	4	1	4	1	10,7
23	Черкаська	5	4	5	5	58,7
24	Чернівецька	5	2	2	2	26,7
25	Чернігівська	4	3	1	4	59,8
26	м Київ	9	4	5	2	15,5
27	м Севастополь	2		1		
	Україна (абс числа)	137	124	103	79	
	Україна (на 100 тис народжених живими)	30,9	29,5	26,5	27,2	

Таблиця 2.15.

Смертність дітей в Україні віком до одного року станом на 31 грудня відповідного року (на 1000 народжених живими)

№ п/п	Найменування адміністративних територій	1997	1998	1999	2000 (9 міс.)
1.	Автономна Республіка Крим	16,7	14,1	13,5	10,9
2.	Вінницька	10,3	11,0	10,3	10,1
3.	Волинська	12,8	12,8	10,7	11,2
4.	Дніпропетровська	15,2	12,9	13,6	13,3
5.	Донецька	16,6	14,0	13,9	13,0
6.	Житомирська	14,0	12,1	11,7	10,6
7.	Закарпатська	13,0	11,6	11,6	8,3
8.	Запорізька	14,4	12,5	12,8	14,9
9.	Івано-Франківська	15,5	14,9	14,2	14,3
10.	Київська	12,1	10,8	13,2	9,2
11.	Кіровоградська	13,4	13,2	12,5	13,6
12.	Луганська	13,3	11,3	12,4	14,1
13.	Львівська	13,5	13,4	14,7	12,3
14.	Миколаївська	13,4	12,8	11,3	12,8
15.	Одеська	14,3	13,7	13,6	12,6
16.	Полтавська	12,5	12,7	11,2	8,2
17.	Рівненська	13,3	13,1	12,9	14,5
18.	Сумська	14,7	12,2	13,2	12,5
19.	Тернопільська	12,7	12,8	13,3	12,4
20.	Харківська	15,4	12,8	14,0	11,8
21.	Херсонська	13,6	15,2	13,2	11,9
22.	Хмельницька	13,0	10,3	11,3	12,2
23.	Черкаська	9,5	11,2	10,9	10,3
24.	Чернівецька	12,2	11,1	11,7	10,5
25.	Чернігівська	13,2	14,4	12,9	12,9
26.	м. Київ	19,0	13,3	12,6	10,3
27.	м. Севастополь	13,7	12,3	14,9	11,2
	Україна	14,0	12,8	12,8	12,0

Зростають обсяги вітчизняного виробництва лікарських засобів. За 9 місяців 2000 року підприємства галузі виробили продукції на 817,7 млн грн (у діючих цінах), що на 128,5 млн грн більше, ніж за 1999 рік.

Порівняно з аналогічним періодом 1999 року на 20% збільшилось виробництво ліків в упаковках і на 28% - в ампулах.

Наведені дані про мережу і кадри лікувально-профілактичних закладів свідчать, що їх кількість, структура і розташування створюють необхідні умови для доступності як амбулаторно-поліклінічної, так і стаціонарної медичної допомоги міському і сільському населенню.

Як зазначають автори "Звіту. Україна, людський розвиток, 1998 р.", - потреби в деяких видах медичної допомоги не забезпечуються через недостатнє фінансування, яке сьогодні задовольняється з коштів державного і місцевих бюджетів лише на 30,0%. (Докладніше про фінансово-економічне забезпечення охорони здоров'я України - див. 2.2.4.). У нашій державі зберігаються диспропорції у розвитку амбулаторно-поліклінічної і стаціонарної, первинної і спеціалізованої медичної допомоги тощо [26].

Зрозуміло, що саме цими напрямками діяльності МОЗ цікавились у своїх запитах та зверненнях і народні депутати України. У табл. 2.16. подано аналіз питань, що порушувались у зверненнях та запитах народних депутатів України впродовж 1998-2000 рр.

2.2.2.1. Надання медичної допомоги населенню України (загальні засади)

Первинна медико-санітарна допомога

Відповідно до ст. 35 Основ законодавства України про охорону здоров'я, фундаментом всієї системи медичної допомоги в державі, основою національної системи охорони здоров'я є первинна медико-санітарна допомога (ПМСД).

За твердженням фахівців [26], саме цей вид амбулаторно-поліклінічної допомоги забезпечує найбільший внесок у формування громадського здоров'я, несе найбільшу відповідальність за його втраги, визначає раціональне та ефективне використання ресурсів охорони здоров'я і задоволення населення станом медичного забезпечення в державі.

Таблиця 2 16

Питання, що порушувались у запитах та зверненнях народних депутатів до МОЗ України впродовж 1998-2000 рр.

Питання, що найчастіше порушувались у зверненнях народних депутатів України	Кількість звернень		
	1998	1999	9 місяців 2000 р
Надання медичної допомоги дорослим	320 (24,9%)	500 (24,2%)	356 (29,4%)
Надання медичної допомоги дітям	122 (9,5%)	279 (13,5%)	125 (8,5%)
Забезпечення ліками	73 (5,6%)	205 (9,9%)	96 (7,9%)
Медичні кадри	38 (3%)	72 (3,5%)	61 (5,1%)
Заробітна плата медпрацівників	23 (1,7%)	28 (1,3%)	12 (1%)
Забезпечення обладнанням, санітарним транспортом	123 (9,6%)	124 (5,9%)	49 (4%)
Нецільове використання коштів, зловживання службовим становищем	10 (0,7%)	19 (0,9%)	7 (0,6%)
Освіта	117 (9,1%)	297 (14,4%)	138 (11,6%)
Проблеми аварії на ЧАЕС	42 (3,2%)	22 (1,1%)	6 (0,5%)
Санепідблагополуччя	51 (4%)	43 (2,1%)	23 (2%)
Наука, науково-дослідні установи	6 (0,4%)	4 (0,2%)	
Санаторно-курортні	42 (3,2%)	43 (2,1%)	24 (2%)
Реорганізація закладів охорони здоров'я	19 (1,4%)	54 (2,6%)	31 (2,7%)
Медико-соціальна експертиза	81 (6,3%)	109 (5,3%)	66 (5,5%)
Будівництво, ремонт	20 (1,5%)	37 (1,8%)	27 (2,3%)
Економічні	132 (10,3%)	105 (5,1%)	54 (4,5%)
Інші	72 (5,6%)	126 (6,1%)	149 (12,4%)
Всього	1281	2067	1219

ПМСД, за визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), - це основна лікувальна допомога, тобто прос-та діагностика та лікування, направлення на консультацію у склад-них випадках, профілактична допомога і проведення основних санітарно-просвітніх заходів. Вона є рівнем першого контакту людини з системою національної організації охорони здоров'я.

У "Загальній програмі роботи ВООЗ" зазначено, що сис-тема ПМСД "...має бути побудована у відповідності з такими загальними принципами:

- вона повинна відповідати звичаям зацікавлених верств населення і задовольняти їх фактичні потреби;

- повинна бути повністю включена в національну службу охорони здоров'я або підтримана на інших рівнях периферійни-ми підрозділами у таких областях як технічна допомога, прийом та лікування хворих, що потребують особливого нагляду;

- у деяких країнах робота по забезпеченню первинного медичного обслуговування має бути узгоджена з іншими на-прямами комунального розвитку, наприклад, з сільським гос-подарством, освітою, житловим будівництвом та комунальни-ми службами;

- більша частина медичних і санітарно-гігієнічних захо-дів, які здійснюються в рамках первинного медико-санітарно-го обслуговування, повинна, в міру можливості, проводитися професійною мережею служб охорони здоров'я і виконуватися персоналом найбільш підготовленим для цієї мети³².

ПМСД обов'язково повинна виконувати наступні функції:

- сприяти раціональному харчуванню і достатньому за-безпеченню якісною водою;

- виконувати основні санітарно-гігієнічні заходи;

- забезпечувати охорону здоров'я матері та дитини, вклю-чаючи планування сім'ї;

- здійснювати вакцинацію проти основних інфекційних захворювань;

- забезпечувати профілактику місцевих епідемічних за-хворювань і боротьбу з ними;

- здійснювати санітарну просвіту з актуальних питань охорони здоров'я і способів їх вирішення, включаючи профі-лактику;

- лікування розповсюджених захворювань і травм.

³² Health system decentralization: concepts, issues and experience / Geneva, WHO, 1990, p. 151.

ПМСД спрямована на вирішення основних проблем охорони здоров'я і включає заходи щодо зміцнення здоров'я, профілактики захворювань, лікування хворих та їх реабілітації³³.

Головними засадами надання ПМСД є: кваліфікованість, оперативність та доступність.

ПМСД надається у фельдшерсько-акушерських пунктах, лікарських амбулаторіях, сільських, селищних та міських лікарнях і поліклініках та станціях швидкої медичної допомоги.

В більшості економічно розвинутих країн 80-90% пацієнтів розпочинають і закінчують лікування на рівні ПМСД, яку надають лікарі загальної практики або сімейні лікарі. В нашій країні фактичне навантаження дільничного терапевта сягає лише 70% від встановленої норми, близько 60% первинних звернень припадає на "вузьких" спеціалістів і 60% викликів швидкої допомоги є непрофільними.

Внаслідок такого становища на амбулаторно-поліклінічну допомогу, де починають і закінчують лікування 80 % пацієнтів, витрачається 20 % коштів з бюджету охорони здоров'я, в т. ч. на ПМСД, яку надають дільничні лікарі, - 5%.

Недоліки ПМСД в Україні проявилися в подальшому економічно невиправданому і медично необґрунтованому розширенні функцій більш дорогих видів медичної допомоги - спеціалізованої, швидкої, стаціонарної. На ці види, особливо на стаціонарну допомогу, витрачається 80% коштів, виділених на охорону здоров'я, серед яких велику частку становлять витрати на утримання будівель, транспорту, харчування, паливо, оплату комунальних послуг тощо.

Пріоритетний розвиток ПМСД на засадах сімейної медицини з відповідною реструктуризацією і оптимізацією спеціалізованої та стаціонарної допомоги керівництвом МОЗ України визнаний як один із стратегічних напрямів реформування галузі.

У 1997 р. в Україні налічувалось 6384 амбулаторно-поліклінічні заклади, з них: при міських лікарнях - 737, обласних - 27, центральних районних - 489, дитячих міських - 140, дільничних - 1047, пологових будинках - 96, диспансерах - 501, самостійних поліклінік і амбулаторій - 2553, стоматологічних поліклінік - 321, лікарських здоров'я пунктів - 194, а також 1033 станції (відділення) швидкої медичної допомоги, в т. ч. самостійних - 114 [26].

³³ Organization and financy of Health care in countries of Central and Eastern Europe / Report of meeting held at the WHO // Geneva, 1991. - 21-22 April.

Наведені статистичні матеріали свідчать, що за останні 7 років найбільшу кількість амбулаторно-поліклінічних закладів було розгорнуто в 1990-1995 рр., після чого їх кількість зменшувалась і в 1997 р. становила 6384 заклади.

Зараз ПМСД населенню України надають лікарі різних спеціальностей. Через неструктурованість медичної допомоги в країні дати точну характеристику забезпеченості та діяльності суб'єктів первинної, вторинної і третинної медичної допомоги надзвичайно важко.

У містах до лікарів ПМСД умовно зараховують дільничних терапевтів і дільничних педіатрів, які мають надавати лікувально-профілактичну допомогу дорослому і дитячому населенню при найбільш поширених захворюваннях.

Забезпеченість міського населення України дільничними терапевтами у 1997 р. становила 4,6 на 10 тис. осіб. Таким чином, їх чисельність становить лише 11,4% від кількості всіх лікарів і 16,7% від лікарів, які безпосередньо обслуговують пацієнтів, не включаючи стоматологів. Це трохи більше, ніж у 1996 р. (11,1%), але значно менше, ніж у більшості економічно розвинутих країн, де цей показник дорівнює 30,0-40,0%, а в Німеччині він сягає 41,6%, у Канаді - навіть 50,0%.

ПМСД дитячому населенню надають 45,7 % лікарів від загальної кількості педіатрів та спеціалістів педіатричного профілю, тобто цей показник значно кращий, ніж у дорослого населення. Забезпеченість міського населення дільничними педіатрами становить 13,3 на 10 тис. дитячого населення міст.

ПМСД сільському населенню безпосередньо надають лікарі, що працюють у сільських лікарських амбулаторіях і дільничних лікарнях, які розташовані в сільській місцевості. Частина сільського населення, що мешкає на дільницях, приписаних до районних лікарень, одержує первинну медичну допомогу там.

У 1997 р. чисельність лікарів, що працюють у дільничних лікарнях і сільських амбулаторіях, становила 8494 особи. Забезпеченість населення цими лікарями, включаючи стоматологів, становить 5,22 на 10 тис. населення.

Враховуючи, що в 1997 р. в сільських адміністративних районах працювало 60252 лікарі і забезпеченість населення в них становила 25,41 на 10 тис. осіб, можна умовно вважати, що первинну медичну допомогу сільському населенню безпосередньо надають не більше 20,0 % лікарів сільських районів, а якщо не

враховувати населення дільниць, приписаних до районних лікарень, - лише 14,1 лікарів.

Існуюча номенклатура лікарських посад в Україні доповнена посадою лікаря загальної практики / сімейного лікаря.

Сімейний лікар (лікар загальної практики) - це спеціаліст з вищою медичною освітою, що має юридичне право надавати багатопрофільну медичну допомогу всім членам сім'ї, незалежно від віку і статі, при найбільш поширених захворюваннях і надзвичайних ситуаціях, інтегруючи різні види амбулаторно-поліклінічної допомоги, здійснювати великий обсяг профілактичної та дистансерної роботи, спрямованої на збереження і зміцнення здоров'я пацієнтів на територіальній дільниці, що за ним закріплюється.

З 1996 р. почався збір статистичної інформації про фахівців цього, нового для нашої держави, профілю. Згідно з отриманими даними, чисельність лікарів загальної практики / сімейних лікарів у 1996 р. становила 89 осіб, а в 1997 р. збільшилась до 127. Забезпеченість ними дорівнювала відповідно 0,02 та 0,03 на 10 тис. населення. Ці дані свідчать лише про перші кроки у розвитку сімейної медицини в Україні [26].

Вторинна (спеціалізована) лікувально-профілактична допомога

Цей вид медичної допомоги надається лікарями, які мають відповідну спеціалізацію і можуть забезпечити більш кваліфіковане консультування, діагностику, профілактику й лікування, ніж лікарі загальної практики. Ці спеціалісти працюють у великих медичних закладах, які мають висококваліфікований персонал, достатнє матеріально-технічне забезпечення, спеціалізовані лікарняні відділення та ін. Такими закладами є центральні районні, міські і частково - обласні лікарні. Управління ними здійснюють: головний лікар району - центральною районною лікарнею, відділ (управління) охорони здоров'я виконкому міської ради - міськими лікарнями, управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації - обласною лікарнею.

Третинна (високоспеціалізована) лікувально-профілактична допомога

Цей вид медичної допомоги подають лікар або група лікарів, які мають відповідну підготовку в галузі складних для діагностики і лікування захворювань, у разі лікування хвороб, що потребують спеціальних методів діагностики та лікування, а також з метою встановлення діагнозу і проведення лікування

захворювань, які рідко зустрічаються. Такі спеціалісти працюють, як правило, в центральних спеціалізованих лікарнях і науково-медичних центрах, підпорядкованих МОЗ України, в спеціалізованих санаторіях, інших лікувально-профілактичних закладах, зокрема в медичних академіях та університетах, клінічною базою яких є міські та обласні лікарні. Управління ними здійснюють: відділ (управління) охорони здоров'я виконкому міської ради - міськими лікарнями; управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації - обласними лікарнями; МОЗ України - центральними спеціалізованими лікарнями, науково-медичними центрами, медичними академіями та університетами.

Реформування спеціалізованої медичної допомоги, на думку авторів проекту Концепції реформування системи охорони здоров'я України, передбачає вирішення таких проблем [34]:

- оптимізація потужності та структури ліжкового фонду відповідно до потреб, враховуючи особливості регіонів та стан реформування галузі;
- підвищення ефективності спеціалізованої медичної допомоги на основі впровадження сучасних технологій, дотримання стандартів обсягу та якості надання медичної допомоги, проведення ліцензування, сертифікації медичної діяльності та акредитації закладів охорони здоров'я;
- поширення мережі діагностичних центрів, міжрегіональних діагностичних та реабілітаційних закладів;
- забезпечення провідної ролі науково-дослідних установ у розробці та впровадженні досягнень медичної науки, техніки, новітніх технологій.

Пріоритетними напрямками подальшого удосконалення надання державної медичної допомоги, на думку керівництва МОЗ України, сьогодні є такі [10]:

- переорієнтування на первинну медико-санітарну допомогу з розвитком денних стаціонарів і стаціонарів удома, інституту сімейного лікаря;
- збереження рівномірного за розміщенням закладів охорони здоров'я державного простору, особливо на селі;
- розвиток спеціалізованої медичної допомоги;
- впровадження невідкладної медичної допомоги інститутом парамедиків (міліція, пожежна безпека та ін.);
- перетворення частини медичних закладів у соціальні;
- розширення соціальної бази медичних закладів залученням на партнерських засадах об'єднань громадян, Церкви тощо;

- фінансування не мережі лікарняних закладів, а обсягів медичної допомоги, що надається цими закладами.

Що стосується недержавного сектора надання медичної допомоги населенню України, то він сьогодні:

- розглядається як складова охорони здоров'я цивілізованого суспільства і набуває розвитку;

- позитивно оцінюється більшістю населення і регіональними органами управління охороною здоров'я;

- визначає найвищі стандарти медичної допомоги завдяки механізмам конкурентної ринкової економіки;

- “розвантажує” державні видатки на охорону здоров'я.

Змінюється і ставлення до галузевих закладів охорони здоров'я. Якщо недавно їх очікувало підпорядкування у власність МОЗ України, то сьогодні органи управління галузевою медициною, на думку керівництва МОЗ України, функціонально мають входити до єдиного медичного простору країни.

Після тривалих дискусій прийнято рішення, що обов'язкове медичне страхування в Україні має бути і його необхідно впроваджувати. Причому, ця робота повинна чітко пов'язуватися з економічними чинниками у державі.

2.2.3. Правові основи діяльності системи охорони здоров'я України

Медична етика існує десятки століть. Ще в 1500 р. до н.е. у Стародавній Індії лікарі, опанувавши свою професію, давали клятву. В основі численних медичних клятв, якими лікарі у різних країнах світу присягають на вірність своїй професії, лежить “Клятва Гіппократа”, відома вже понад 2400 років.

Основні положення медичної етики, викладені у “Клятві Гіппократа”, які зберегли свою актуальність і в наш час, проголошують:

- Non posse - не нашкодь;

- людське життя - це безумовна цінність;

- лікар повинен поважати особисте життя пацієнтів, утримуватись від аморальних проступків;

- лікар повинен зберігати лікарську таємницю, поважати свою професію.

Ці положення були доповнені в середні віки розумінням суспільної ролі медицини. Положення, які регулюють діяльність сучасної медицини, зберігають ці два основні аспекти - суспільний (карантинні заходи, обов'язкова вакцинація тощо) та особовий, індивідуальний (власне, сам лікувальний процес, трудові

відносини в процесі найму на роботу, навчальний процес тощо). Ця особливість знаходить свій вияв і в науці про охорону здоров'я, що найкраще демонструється існуванням двох неначе подібних термінів: здоров'я особи та громадське здоров'я.

Право людини на фізичне та психічне здоров'я чітко сформульоване у ст. 12 Міжнародного пакту про екологічні, соціальні та культурні права: "...кожен має право на найвищий досяжний рівень фізичного та психічного здоров'я" [28].

Слід зазначити, що основні правила діяльності лікаря, принципи взаємовідносин між лікарем та пацієнтом, лікарем та його учнями викладалися у вищих медичних навчальних закладах Російської імперії. Так, відповідно до навчальної програми 1895-1896 навчального року (автор - проф. Г.Г. Скориченко) курсу енциклопедії медицини Імператорської Військово-медичної академії (м. С.-Петербург) студентам цього навчального закладу вже з першого курсу викладалися лікарська етика і деонтологія. У передмові до зазначеної програми сказано: "Лікар впливає на суспільство не тільки своїми знаннями, але й морально-етичними якостями; визначення їх і викладання моральних основ медицини належить до людської етики"³⁴. Серед інших у цьому курсі вивчалися такі теми: ідеал лікаря, основи його діяльності; якості, обов'язки і права приватного лікаря; реклама, її види, ставлення до неї лікарів; ставлення лікаря до хворого; лікарська таємниця; відповідальність за закінчення хвороби або за той чи інший спосіб лікування. Досліди над хворими; винагорода за працю лікаря. Види дарової допомоги. Коли вона шкодить лікарям; лікарські клуби і товариства. Спілки лікарів; лікар в суді. Його обов'язки. Вплив лікарів на законодавство та низка інших цікавих проблем. Можна тільки шкодувати, що сьогодні зазначені вище теми студентам-медикам в Україні викладаються не в такому обсязі... Пригадівно слід зазначити, що в Києві ще в першій половині ХІХ ст. була єдина в Росії "... кафедра державного ведення лікарської справи, яка займалася питаннями в організації медичної допомоги... Кафедра вивчала проблеми... державної медичної адміністрації"³⁵.

³⁴ Исторический очерк кафедры истории и энциклопедии медицины в Императорской Военно-медицинской академии / Сост. Г.Г. Скориченко - СПб, 1898 - 33 с

³⁵ Вороненко Ю.В., Грандо О.А., Д'яченко М.О., Полянський О.А. Кафедри соціальної гігієни та організації охорони здоров'я Українського державного медичного університету - 70 р // Актуальні проблеми соціальної медицини, організації здоров'я збереження і пути їх дальнішого розвитку в Україні (історія, опыт, перспективи) / Под ред. проф. И.А. Логвиненко и Т.А. Бажан - Д., 1994. - С. 55-58.

Вітчизняний та зарубіжний досвід правотворчості в регулюванні діяльності системи охорони здоров'я

Відсутність достатнього власного українського законо-творчого досвіду в галузі охорони здоров'я змушує нас при розгляді цього питання основну увагу звертати на досвід Росії та неіснуючої нині держави - СРСР.

Історія радянської системи охорони здоров'я була започаткована в 1918 р. декретом уряду більшовиків та закріплена резолюцією II-го Всеросійського з'їзду "Медсантруд" у 1920 році.

Що стосується пореволюційного періоду нашої історії, то першим серйозним документом, який регламентував діяльність системи охорони здоров'я, був декрет від 22 грудня 1918 р. "Про страхування на випадок хвороби". Окрім соціального страхування робітників та службовців з виплатою допомоги при всіх видах тимчасової непрацездатності та ряду інших підстав, декретом передбачалася також безкоштовна видача медикаментів та лікувальних засобів при наданні медичної допомоги. Цей та інші подібні документи (наприклад, Декрет РНК про заходи по боротьбі з епідеміями), відображаючи розуміння більшовиками важливості питань охорони здоров'я, несли також ідеологічне навантаження, не захищали інтереси усіх верств населення.

Зростаючі вимоги до якості здоров'я особи вимагають для здійснення цієї мети застосування досягнень багатьох наук - від філософії до математики, але принципи, правила функціонування мають бути закріплені саме в правовій системі. Звертаючись до досвіду законотворчого процесу в галузі охорони здоров'я, бачимо, що в багатьох країнах світу основу правової бази започаткували нормативно-правові акти, які регулювали соціальне страхування при втраті працездатності. Звичайно, різні суспільства по-різному підходили до вирішення цього питання, що було відображенням національно-історичних особливостей цих суспільств у певні історичні періоди. Але шукаючи спільні риси, зазначимо, що всі ці нормативно-правові акти є практичним втіленням панівних (у відповідний час) поглядів на проблему охорони громадського здоров'я.

Творення правової бази національних систем охорони здоров'я залежало не тільки від ідеологічних чинників, а й від особливостей правових систем. У країнах з прецедентною (аналоговою) системою права цей процес триває постійно. В інших країнах творення та удосконалення правової бази охорони здоров'я відбувається в міру потреби.

У становленні правової бази системи охорони здоров'я Франції виділяють три періоди. Основу цього проекту було закладено в перший період законом від 5 квітня 1928 р. про соціальне страхування (доповнений 30 березня 1929 р.). Цей закон встановлював принципи вільного вибору лікаря пацієнтом (з обмеженням у випадках відвідування за місцем проживання, які повинні були здійснювати лікарі комуни), умови оплати лікарських послуг і закріпив можливість існування системи прямих виплат за лікарські послуги третьою стороною.

Наступний закон від 30 квітня 1930 р. встановив принцип вільного вибору лікаря без будь-яких обмежень, підтвердив принцип вільного вибору лікарями методів лікування, скасував механізм оплати лікарських послуг третьою стороною, встановив повну свободу у визначенні розміру лікарського гонорару.

Ці два закони добре висвітлили протилежність інтересів двох зацікавлених сторін - лікарів та пацієнтів, існуючі протиріччя між надавачами і користувачами медичних послуг і зафіксували перемогу ліберальної медицини, медичного синдикату.

Протягом другого періоду розвитку законодавчої бази, у якому переважали принципи та інтереси соціального захисту, відбувся перегляд основних засад системи охорони здоров'я і передусім системи тарифів на медичні послуги. В 1947 р. був прийнятий Кодекс медичної деонтології (Декрет № 47-116 від 26 червня 1947 р.). Кодекс затвердив поняття професійного секрету в медицині і встановив такі принципи охорони здоров'я:

- вільний вибір лікаря пацієнтом;
- свобода лікувальних призначень;
- пряма угода між хворим та лікарем щодо гонорару;
- пряма виплата гонорару пацієнтом лікареві.

Наступний деонтологічний кодекс (Декрет № 55-1591 від 18 листопада 1955 р.) підтвердив ці принципи. Оцінюючи документ, французький правник Д. Трюше підкреслює три характерні моменти:

1. Посилання на традиції, що не властиве для декретів, ілюструвало ностальгію редактора кодексу за епохою, коли принципи не дебатувалися і потребували юридичного закріплення.

2. Термін "французька медицина" розглядався як рівний терміну "ліберальна медицина" і пізніше таке злиття термінів було піддане значній критиці.

3. Нерозуміння того, що кодекс є основою законодавчого регулювання державного управління і стоїть на верхівці ієрархічної піраміди правових актів.

Третій період розвитку правової бази системи охорони здоров'я Франції відзначався утвердженням принципів ліберальної медицини, встановленням загального соціального забезпечення у випадку хвороби, законодавчим стриманням зростання вартості медичних послуг, значними змінами, яких зазнали державні лікарні. Ст. 1 ч. 1 закону № 70-1318 від 31 грудня 1970 р. визначила реформу лікарень: "Право хворого на вільний вибір свого лікаря, своєї лікувальної установи є фундаментальним принципом санітарного законодавства". Закон № 71-525 від 3 липня 1971 р. закріпив відносини між страховими касами та лікарями. В цей час законодавчо були визначені такі основні принципи охорони здоров'я:

- принцип вільного вибору лікаря пацієнтом;
- свобода лікувальних призначень;
- професійний секрет.

Але водночас принципи свободи вибору місця розташування лікаря, прямої угоди між пацієнтом та лікарем, прямої оплати не знайшли чіткого законодавчого визначення, а принципи вільного вибору лікаря і свободи лікувальних призначень не були визнані як конституційні (1978 р.).

Основним принципом сучасної французької організації охорони здоров'я є забезпечення рівноправності та загальної її доступності для всіх мешканців країни, незалежно від їх соціального стану чи інших ознак. Завдання охорони здоров'я здійснюють мережі як державних, так і приватних закладів, що гармонійно співіснують. Традиційно сильною стороною французької медицини є лікувальний напрямок, але в останні роки держава намагається перенести акцент на превентивну медицину. Для цього надається можливість консультативної допомоги за місцем роботи, проводиться масштабна інформаційно - пропагандистська кампанія щодо боротьби з тютюнопалінням та алкоголізмом, профілактики онкологічних захворювань та СНІДу.

Постійне зростання видатків на діяльність системи охорони здоров'я є предметом турботи для французького уряду. Законом від 31 липня 1991 р. було закріплено такі основні принципи реформи:

- приведення рівня надання медичної допомоги та її якості у відповідність з потребами населення;

- збільшення самостійності лікувальних установ та підвищення відповідальності надавачів медичної допомоги;
- покращення взаємодії між різними лікувальними установами;
- суворе дотримання рівноваги між державним та приватним неприбутковим секторами в системі охорони здоров'я.

Цим законом також встановлено, що основна відповідальність за планування в системі охорони здоров'я зосереджується на регіональному рівні і є предметом піклування не лише органів охорони здоров'я, а й територіальних органів державного управління.

Цей закон визначає два основні інструменти планування:

- модифікована санітарна карта;
- регіональна схема організації охорони здоров'я.

Санітарна карта та регіональна схема визначають межі санітарного сектора по відношенню до адміністративно-територіального поділу, географічний розподіл лікувальних закладів, їх організаційну структуру та види медичної допомоги, яку вони надають. У цілому вони допомагають оптимізувати кількісно і якісно систему громадської охорони здоров'я на перспективу.

Реформування правової бази сучасної системи охорони здоров'я Канади почалося з 1940 р., коли законодавчо було встановлено надання низки спеціальних цільових субсидій для програм охорони здоров'я та будівництва лікарень. Механізм субсидій сприяв швидкому розвитку лікарських закладів по всій країні, закладаючи традиції медичної допомоги в лікарнях, що і на сьогодні є характерним для Канади. Розвиток сучасної канадської системи медичного страхування почався в 1957 р. прийняттям Акта про госпітальне страхування і діагностику, який закріпив федерально-провінційний розподіл коштів на лікарняну медичну допомогу з умовою відповідності провінційних планів медичної допомоги ряду національних вимог. Головними джерелами фінансування медичної допомоги стали федеральний та провінційний уряди, а лікарі зберегли контроль над вирішенням лікувально-клінічних питань та питань, пов'язаних з їхніми приватними практиками.

Наступний крок зроблений у 1968 р., коли було прийнято Акт медичної допомоги. Цей документ встановлював федерально-провінційний розподіл коштів на лікарняну та позалі-

карняну медичну допомогу і створював канадську систему медичного страхування - Медікер. Такий крок зачепив інтереси лікарів, викликав протистояння, це рішення було сприйняте як втручання уряду у сферу приватних інтересів. Конфлікт був вирішений лише тоді, коли лікарі погодилися підкоритися Актіві, отримуючи міцну посередницьку владу для їхньої професійної асоціації. Поки провінційні медичні асоціації вели переговори з федеральним урядом про визначення рівня виплат для лікарів за їхні послуги, лікарі зберігали свої права на безпосереднє видання пацієнтам рахунків за послуги, які коштують більше, ніж це встановлено провінційним планом медичного забезпечення. Значення цього рішення для канадської системи медичної допомоги полягало в тому, що фінансування медичної допомоги перейшло до державного сектора, при тому, що надання медичних послуг залишилося у приватному. Лікарі не стали державними службовцями, як, наприклад, в Англії, а лікарська практика та лікарні залишилися приватними установами, однак під зростаючим впливом державного регулювання.

Наступний крок, що привів до значних змін у канадській системі охорони здоров'я, був зроблений у 1977 р. прийняттям Акта встановлення програм фінансування. Цим Актом зберігалося дотримання провінціями принципів політики в галузі охорони здоров'я, визначеної на федеральному рівні, як умови отримання федерального фінансування, але змінювалася формула розподілу коштів між столицею та провінціями. Замість безпосередньої оплати 50% витрат провінції на охорону здоров'я, як було раніше, федеральний уряд перейшов на систему блокових субсидій для фінансування витрат на медичну допомогу та вищу освіту. Вирішення розподілу та використання блокових субсидій ввійшло у відання провінцій. Така система була привабливою для федерального уряду, бо вона забезпечувала краще планування та контроль над видатками системи охорони здоров'я. Вона також була прийнятною для провінцій, бо надавала їм більше можливостей та незалежності у розв'язанні проблем системи охорони здоров'я. На жаль, були відмічені й негативні прояви. Після прийняття Акта почалося прогресуюче подрібнення національної системи охорони здоров'я на провінційні плани медичної допомоги.

Продовження конфлікту між медичною асоціацією та урядом Канади, незадоволення народу зростаючими видатками на

медичну допомогу та можливим зменшенням доступності медичної допомоги призвели до створення в 1979 р. Національної королівської комісії, яка підтвердила фундаментальні принципи Медікеру та піддала критиці збільшення оплати медичних послуг вище від рівня, встановленого федеральним урядом.

Результатом цього процесу став Закон про охорону здоров'я (1984р.), який закріпив принципи Медікеру. Для отримання федеральної частки коштів на фінансування системи охорони здоров'я провінції мали дотримуватися низки національних стандартів, які вимагають включення до планів провінцій таких елементів:

1. Всеохоплююче забезпечення всіх необхідних медичних послуг та лікування у лікарнях.

2. Обов'язкове забезпечення медичною допомогою всіх канадських громадян та тих, хто має дозвіл на проживання в Канаді.

3. Державне управління неприбутковими провінційними системами медичного страхування.

4. Взаєморозрахунки за страхові послуги, отримані будь-де в Канаді, незалежно від місця постійного проживання пацієнта.

5. Доступність медичної допомоги, незважаючи на фінансове становище пацієнта.

Більше того, цей закон чітко і ясно забороняє прибуткове приватне надання тієї ж самої допомоги, яка вже оплачена провінційною системою медичного страхування. Цим самим Канада відкинула ринковий підхід до надання медичної допомоги, вважаючи, що медична допомога є правом громадянина, а не товаром, який вибирають та купують.

Розуміння життєвої важливості права людини на здоров'я на рівні з правом на життя чи правом на свободу в історії людства виникло не одразу. Тільки з осмисленням ролі та місця людини в сучасному світі, з посиленням потужності техногенного впливу на навколишнє середовище і накопиченням негативних результатів такого впливу, з усвідомленням ваги тих чинників, які визначають рівень здоров'я поступово прийшло розуміння того, що право на здоров'я є одним з чільних серед інших основних конституційних прав та свобод.

У деклараціях прав людини чи преамбулах багатьох конституцій в тому чи іншому обсязі містяться положення про обов'язки держави щодо вирішення медико-санітарних та соціальних проблем.

Наприклад, Термідоріанська конституція вперше у Франції проголосила, що право на здоров'я громадян закріплюється конституційно і є головною метою діяльності законотворців. Подальшого розвитку конституційне закріплення права людини на здоров'я знайшло в преамбулі Конституції Французької Республіки від 27.10.1946 р., де сказано, що держава гарантує всім, а особливо дітям, матерям та особам похилого віку, захист здоров'я, матеріальне забезпечення, право на дозвілля та відпочинок. У цьому положенні знаходиться своє відображення розуміння того, що стан здоров'я тісно пов'язаний з соціально-економічними умовами життя.

Саме тому в сучасних конституціях деяких країн вже закріплюється право людини на максимально можливий рівень охорони здоров'я.

Зокрема, в ст. 31 Конституції Італійської Республіки (прийнята 27 грудня 1947 р.) сказано: "Республіка ... охороняє материнство, а також дітей та молодь, сприяючи необхідним для виконання цього завдання інституціям"; у ст.32: "Республіка охороняє право на здоров'я як основне право особи і основний громадський інтерес; гарантує безплатне лікування для бідних. Ні до кого не можна застосовувати певні заходи охорони здоров'я інакше як на підставі закону. При цьому закон не може ні в якому разі порушити межі, продиктовані повагою до особи".

Конституція Республіки Болгарії закріплює право людини на здоров'я в такому обсязі:

ст. 21, ч.1: "Ніхто не може бути підданий медичним, науковим чи іншим дослідям без його добровільної письмової згоди";

ст. 52: "1. Громадяни мають право на охорону здоров'я, гарантоване доступною медичною допомогою та на безкоштовне користування медичним обслуговуванням на умовах і в порядку, передбачених законом.

2. Охорона здоров'я громадян фінансується з державного бюджету, роботодавцями, приватними і колективними страховими внесками та з інших джерел на умовах і в порядку, визначеному законом.

3. Ніхто не може бути підданий примусовому лікуванню та санітарним заходам, окрім передбачених законом випадків.

4. Держава здійснює контроль за всіма закладами охорони здоров'я, а також за виготовленням лікарських засобів, біопрепаратів і медичної техніки та торгівлею ними".

На міжнародному рівні право людини на здоров'я знайшло своє відображення в статті 25.1 Загальної Декларації прав людини від 10.12.1948р.: "Кожен має право на такий рівень життя, який є достатнім, щоб забезпечити здоров'я".

Але сучасна політика охорони здоров'я вже не задовольняється лише профілактичним підходом. Нині акцент переноситься на заходи зі сприяння здоров'ю, діяльність набуває активного творчого змісту, позбуваючись пасивного, відображаючого.

Розглядаючи проблему систематизації нормативно-правових актів, що регулюють діяльність системи охорони здоров'я, корисно ще раз звернутися до досвіду Франції.

У структурі правової системи Франції закони, які регулюють суспільні відносини в галузі охорони здоров'я, зведені в кодекс законів про громадське здоров'я - "Code de la sante publique". Кодифікація була здійснена відповідно до постанови уряду від 5 жовтня 1953 р. В цьому кодексі зібрані закони та підзаконні нормативні акти, зазначено їхні першоджерела, дати прийняття та внесення поправок. Крім того, до кожної статті закону додаються підзаконні нормативні акти, які конкретизують юридичний механізм їх реалізації. Кодекс складається з таких частин:

1. Загальні питання охорони громадського здоров'я.
2. Санітарні та медико-соціальні заходи сприяння сім'ї, дітям та молоді.
3. Боротьба з негативними соціальними явищами та хворобами.
4. Лікарські спеціальності та середній медичний персонал.
5. Фармація.
6. Використання продуктів людського походження з лікувальними цілями.
7. Заклади охорони здоров'я, курорти та санаторії, лабораторії.
8. Установи.
9. Персонал.

Частина перша містить 4 розділи. В розділі "Загальні санітарні заходи" розглянуто питання про:

1. Санітарний регламент (тобто, основні положення). У статті 1 сказано, що, не втручаючись у повноваження органів самоврядування та регіональних органів виконавчої влади, де-

крети Державної ради після консультації з Головною радою з питань громадської гігієни затверджують загальні правила щодо санітарних режимів та інших спеціальних заходів, які мають на меті збереження людського здоров'я, особливо в:

- попередженні інфекційних захворювань;
- дотриманні прийнятних умов для проживання в усіх осередках мешкання людини;
- дотриманні вимог до якості води, яка споживається людиною;
- здійсненні діяльності, що не підлягає законодавчому регулюванню з метою захисту зовнішнього середовища;
- транспортуванні, очищенні, викиданні використаної води та каналізаційних решіток;
- боротьбі з шумом та атмосферним забрудненням побутового походження;
- приготуванні, розподілі, транспортуванні та зберіганні харчових продуктів.

2. Боротьбу з епідеміями. Розглядаються питання проведення вакцинацій проти певних інфекційних захворювань, інші заходи, спрямовані на попередження поширення деяких інфекційних захворювань, питання джерел фінансування, визначається відповідальність у випадках порушень.

3. Спеціальні гігієнічні заходи.

4. Боротьбу з отруєннями.

Частина друга містить закони та підзаконні нормативні акти, які стосуються захисту материнства й дитинства, визначають загальні правила, настанови, заходи для досягнення цієї мети. Законодавчо закріплено дошлюбний медичний огляд та видачу спеціального сертифіката про це; профілактичні заходи під час вагітності та після пологів; визначено умови добровільного переривання вагітності. Крім того, обумовлено здійснення заходів зі збереження здоров'я дитини, способи та умови контролю за закладами, які надають допомогу вагітним, матерям і дітям. Знову ж таки, вказано джерела та способи фінансування, а також розглянуто здійснення таких заходів у деяких особливих умовах. Ця ж частина містить положення про охорону здоров'я школярів і студентів, про роботу дитячих будинків лікувального характеру.

В частині 2 "б" зібрано нормативні акти, що забезпечують захист інтересів людей, задіяних у біомедичних експериментах.

Окрема частина присвячена боротьбі з соціальними хворобами. Вона містить положення, які регулюють боротьбу з інфекційними та психо-соціальними хворобами: туберкульозом, венеричними захворюваннями, психічними хворобами, алкоголізмом, наркоманією, СНІДом та тютюнопалінням.

Регламентування діяльності фармацевтики включає регулювання умов діяльності професійного об'єднання фармацевтів, рекламу фармацевтичних засобів, контроль за фармацевтичними установами, діяльність фармацевтичного комітету, умови зберігання та продажу медикаментів різних класів та цілу низку спеціальних питань.

В окрему частину виділено групу нормативних актів, які регулюють застосування продуктів людського походження, - донорство, переливання, зберігання крові та її препаратів, діяльність установ, що займаються такою роботою.

Кадровому питанню присвячено дві окремі частини, в яких закріплено правові засади регулювання діяльності лікарських та допоміжних спеціальностей, а також умови їхньої праці.

В окремій частині зведено положення про діяльність структур, які займаються організацією охорони здоров'я та контролем за її здійсненням.

Регулювання діяльності установ, що здійснюють охорону здоров'я, передбачає визначення прав хворого, оцінку, аналіз діяльності, обов'язки лікувально-профілактичних закладів та багато інших питань, в тому числі використання цих закладів для навчання майбутніх спеціалістів.

Отже, приклад структуризації системи права є досить показовим, гідним наслідування. І хоча в кодексі недостатньо відображені питання економічних механізмів функціонування закладів охорони здоров'я як державного, так і приватного сектора, є певні зауваження також до структури цього документа, але в цілому необхідно відзначити раціональність такого підходу.

Питання охорони здоров'я розглядаються в багатьох інших міжнародних документах, прийнятих Всесвітньою організацією охорони здоров'я, Всесвітньою медичною асоціацією, Всесвітньою асоціацією психіатрів, Радою Європи тощо. До них, зокрема, належать "Дванадцять принципів організації охорони здоров'я для будь-якої системи охорони здоров'я" (1983 р.), "Положення про генетичне консультування та генну інженерію" (1987 р.), "Положення про політику в галузі дитячого здоров'я" (1987 р.), "Положення про доступність медичної допомо-

ги" (1988 р.), "Положення про професійну відповідальність лікарів при лікуванні хворих на СНІД" (1988 р.), "Декларація відносно ролі лікарів у вирішенні екологічних та демографічних проблем" (1988 р.), "Положення про права та юридичний захист психічно хворого" (1989 р.), "Положення про захист прав і конфіденційність пацієнта" (1993 р.), "Положення про безпеку робочого місця" (1993 р.), "Резолюція про ставлення лікарів до проблеми трансплантації" (1994 р.) та інші. Більшість цих документів спрямовані на обґрунтування права людини на охорону здоров'я і захист цього права [26].

Стан регулювання принципів діяльності системи охорони здоров'я в Україні (1991-1997 рр.)³⁶

Сприяння формуванню якомога вищого рівня здоров'я населення, максимально прийнятних з медико-біологічної точки зору умов його життєдіяльності шляхом запобігання шкідливому впливові факторів навколишнього середовища, виникненню та поширенню інфекційних хвороб - є одним з пріоритетних національних інтересів України у створенні цілісної системи забезпечення національної безпеки, а право на охорону здоров'я - одним з основних особистих прав кожного громадянина, визначених Конституцією України [88].

Сучасна законодавча база української системи охорони здоров'я, окрім Конституції України, ґрунтується на таких нормативно-правових актах:

1. "Основи законодавства України про охорону здоров'я". Промульговані 19 листопада 1992 року з доповненнями до ст. 61 від 3 лютого 1993 року та до ч. 1 ст. 73 від 25 лютого 1994 року.

2. Закон України "Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення". Введений в дію постановою Верховної Ради № 1973-ХІІ від 12 грудня 1991 року.

3. Закон України "Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення". Введений в дію постановою Верховної Ради № 4005-12 від 24 лютого 1994 року.

4. Закон України "Про обіг в Україні наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів". Уведений в дію постановою Верховної Ради № 61/95-ВР від 15 лютого 1995 року.

³⁶ *Тарахонич О.* Правові основи діяльності системи охорони здоров'я. - К., 1996. -

5. Закон України “Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними”. Введений в дію постановою Верховної Ради № 63/95-ВР від 15 лютого 1995 року.

6. Закон України “Про донорство крові та її компонентів”. Уведений в дію постановою Верховної Ради № 240/95-ВР від 23 червня 1995 року.

7. Закон України “Про лікарські засоби”. Введений в дію постановою Верховної Ради № 124/96-ВР від 4 квітня 1996 року.

8. Найважливіші постанови КМ України щодо охорони здоров'я:

а) постанова від 22 лютого 1992 року № 83 “Про затвердження Положення про медико-соціальну експертизу і Положення про індивідуальну програму реабілітації та адаптації інвалідів”;

б) постанова від 28 липня 1992 року № 431 “Про довгострокову програму поліпшення становища жінок, сім'ї, охорони материнства і дитинства”;

в) постанова від 12 серпня 1992 року № 469 “Питання Міністерства охорони здоров'я України”. (Постановою затверджено Положення про Міністерство охорони здоров'я України);

г) постанова від 13 вересня 1995 року № 736 “Про Національну програму планування сім'ї”.

У межах, не врегульованих сучасним законодавством, діють закони Української РСР.

Головне місце в нормативно-правовій піраміді нашої держави посідає Конституція України.

У ст. 49 Основного Закону нашої держави стверджується: “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 розвиткові лікувальних закладів усіх форм власності.

Держава дбас про розвиток фізичної культури і спорту, забезпечує санітарно-епідемічне благополуччя” [1].

Другим за вагою після Конституції України документом, який регулює діяльність системи охорони здоров'я в нашій державі, є “Основи законодавства України про охорону здоров'я”. В цьому документі, зокрема у ст. 74, сказано: “Кожна людина має природне невід'ємне і непорушне право на охорону здоров'я. Суспільство і держава відповідальні перед сучасними і майбутніми поколіннями за рівень здоров'я і збереження генофонду народу України, забезпечують пріоритетність охорони здоров'я в діяльності держави, поліпшення умов праці, навчання, побуту і відпочинку населення, розв'язання екологічних проблем, вдосконалення медичної допомоги і запровадження здорового способу життя” [60].

Як зазначають дослідники правових аспектів охорони здоров'я в Україні, - “Основи”, регламентуючи діяльність медичних працівників у відповідності з новим законодавством, значною мірою по-іншому викладають вимоги стосовно виконання професійних обов'язків медичними працівниками. Так, ст. 43 “Згода на медичне втручання”, - проголошує, що при відмові хворого від лікування “... лікар має право взяти від нього письмове підтвердження, а при неможливості його отримати, засвідчити відмову відповідним актом в присутності свідків” [44].

У цілому необхідно відзначити, що “Основи” є значним внеском у справу створення правової бази діяльності системи охорони здоров'я. Чи не вперше у вітчизняному законодавстві сказано, що справа охорони здоров'я - справа всього суспільства. Звичайно, роль держави в організації та гарантуванні охорони здоров'я незаперечна, але на сьогоднішньому етапі вкрай важливо передбачити та законодавчо закріпити можливість участі громадян та їх об'єднань як в організації, здійсненні, так і в контролі за діяльністю державних та недержавних органів системи охорони здоров'я. З цією метою, на нашу думку, варто було б доповнити пункт “з” статті 6 словами: “можливість об'єднання в громадські організації з метою сприяння та контролю за здійсненням охорони здоров'я”.

З сучасної точки зору, основний акцент при здійсненні охорони здоров'я має бути перенесений на сприяння здоров'ю, на створення умов щодо зростання рівня та якості здоров'я, а не лише на медичну допомогу чи на попереджувально-профі-

лактичні заходи. Сприяння здоров'ю як стратегічний напрямок діяльності системи охорони здоров'я, держави та всього суспільства набагато ширший, ніж лікувально-профілактичний напрямок. Така діяльність вимагає поєднання зусиль суспільства в цілому, держави та окремих громадян у справі створення умов для постійного підвищення якості здоров'я. Тому важливо було б ґрунтовніше викласти цю нову філософію охорони здоров'я в ст. 4 "Основні принципи охорони здоров'я". Крім того, авторам "Основ" не зовсім вдалося уникнути лозунговості та патетизму.

В дусі положень "Основ законодавства України про охорону здоров'я" (ст. 15 "Органи охорони здоров'я"), 12 серпня 1992 р. Кабінет Міністрів України прийняв постанову № 469: "Питання Міністерства охорони здоров'я України", якою було затверджено "Положення про Міністерство охорони здоров'я".

Аналізуючи це Положення, слід відзначити, що попри всі його позитивні сторони, воно містить цілу низку недоліків. Так, вже в п. 1 абзацу 2 є кілька неточностей, які відображають дещо застарілі погляди на організацію охорони здоров'я. Тут і далі проголошується, що основою збереження та зміцнення здоров'я громадян є розвиток профілактики захворювань та формування здорового способу життя, організація висококваліфікованої медичної допомоги. Але профілактичний напрям - підхід значно вужчий, ніж принципи сприяння здоров'ю, принципи, які є орієнтиром подальшого розвитку національних систем охорони здоров'я в розвинутих країнах, а організація висококваліфікованої допомоги не означає, що медична допомога буде і якісною, і відповідатиме сучасному рівню розвитку науки та міжнародних стандартів. Висока кваліфікація особи, що надає медичну допомогу, - це лише одна з багатьох сторін проблеми якості медико-санітарної допомоги. Взагалі, проблема якості в українській медицині надзвичайно поверхово розглянута як у цьому Положенні, так і взагалі у законодавстві України.

Пункт 2: "МОЗ у своїй діяльності керується Конституцією і законами України, постановами Верховної Ради України, постановами та розпорядженнями Кабінету Міністрів України, а також цим Положенням. У межах своєї компетенції Міністерство організовує виконання актів законодавства України і здійснює систематичний контроль за їх виконанням". Це положення є прикладом нераціонального підходу до організації роботи.

"Виконання актів законодавства..." - не є одноразовою акцією, як це частіш за все і відбувається в повсякденному житті,

а процесом, одним із елементів якого є контроль в усіх його формах, контроль, який сприяє кращому виконанню законів та, через законодавчу ініціативу, оптимізації самих нормативно-правових актів. Систематичний контроль за тим, як МОЗ організовує та виконує нормативно-правові акти законодавства України повинен бути, звичайно, зовнішнім і незалежним.

Розглядаючи основні завдання МОЗ, слід відзначити, що пріоритетним напрямком його діяльності має стати сприяння здоров'ю, одним з елементів якого є пропаганда здорового способу життя та розвиток профілактичного напрямку.

“3. Основними завданнями МОЗ є:

• розробка пріоритетних напрямків діяльності національної служби охорони здоров'я...”.

Дійсно, відповідно до ст. 13 “Основ законодавства України про охорону здоров'я” основу державної політики щодо охорони здоров'я формує Верховна Рада України, її постійні та тимчасові комісії. Але постає питання: хто ж повинен формувати суспільну думку щодо інтересів здоров'я особи та нації? Звужувати діяльність з охорони здоров'я лише до внутрішньої - не найкращий шлях. Але стан громадського здоров'я лише на 10% залежить від діяльності органів охорони здоров'я, лікувально-профілактичних заходів. Залишити решту 90% без уваги - означає взагалі не вирішувати проблему.

Ще одне завдання - охорона окремих категорій населення. Якщо Положення передбачає лише охорону материнства і дитинства, то постає закономірне питання: в чому віданні має бути охорона здоров'я літніх осіб, інвалідів? Відсутність такого завдання в Положенні не узгоджується з іншими нормативно-правовими актами.

В п. 4 читаємо: “МОЗ відповідно до покладених на нього завдань:

є) розробляє і впроваджує в діяльність національної служби охорони здоров'я нові умови господарювання, виходячи із законів ринкової економіки; затверджує типові програми обов'язкового та плани добровільного медичного страхування населення, технологічні стандарти медичних послуг і рекомендації щодо встановлення та зміни тарифів на медичні послуги (відповідно до зміни індексу цін) ...”.

Таке розуміння ринкової економіки є дещо суперечливим. Посадження господарювання на засадах ринкової економіки та централізоване встановлення і зміна тарифів на медичні послуги

ги, на нашу думку, є неправильним підходом. Якщо господарювання в системі охорони здоров'я відбувається за законами ринкової економіки, то ціни мають теж встановлюватися за законами ринку. Якщо ж ціни і тарифи встановлюються централізовано, то де тут ринкові механізми, де господарська самостійність, де врахування місцевих та інших особливостей?

ф) МОЗ визначає потребу закладів охорони здоров'я і населення у виробках медичного призначення (в лікарських засобах, бактерійних і вірусних препаратах, вітамінах, окулярній оптиці та інших аптечних товарах, а також у виробках медичної техніки, запасних частинах до них) і в санітарному автотранспорті, забезпечує їх постачання виробами медичного призначення та організовує експлуатацію та ремонт медичної техніки...”.

Розглядаючи нормативно-правову базу діяльності системи охорони здоров'я можемо знайти ще й інші неузгодженості. Наприклад, різний статус інформації про зараження вірусом імунодефіциту людини чи про захворювання на СНІД.

Закон України “Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення” визначає таку інформацію як службову таємницю, тоді як “Основи законодавства України про охорону здоров'я” взагалі не передбачають існування службової таємниці.

“Ст. 40. Лікарська таємниця.

Медичні працівники та інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, не мають права розголошувати ці відомості, крім передбачених законодавчими актами випадків.

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

В Україні правовою основою охорони здоров'я є Конституція України (ст. 49) і “Основи законодавства України про охорону здоров'я” (1992 р.), які закріпили право кожної людини на охорону здоров'я. Це право забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм.

За Конституцією України, держава має створювати умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного

обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога має надаватися безоплатно, а існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава зобов'язується сприяти розвитку медичних закладів усіх форм власності [1; 16; 26].

Ст. 3 Конституції, зокрема, проголошує, що "Людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю" [1].

Діяльність держави в галузі охорони здоров'я, її профілактична спрямованість регламентується законами України "Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення" (1991 р.), "Про охорону праці" (1992 р.), "Про державну допомогу сім'ям з дітьми" (1992 р.), "Про забезпечення санітарного і епідемічного благополуччя населення" (1994 р.), "Про лікарські засоби" (1995 р.), "Про обіг в Україні наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів та прекурсорів" (1995 р.), "Про донорство крові та (або) її компонентів" (1996 р.) тощо.

Зазначені вище закони і видані на їх основі підзаконні акти, зокрема, нормативні накази МОЗ України, деталізують та розвивають положення і принципи, закріплені в Конституції України та "Основах законодавства України про охорону здоров'я". Вони, здебільшого, відповідають міжнародним актам у галузі охорони здоров'я, захищають право громадян України на охорону здоров'я.

Удосконалення нормативно-правової бази діяльності галузі охорони здоров'я України (1998-2000 рр.)

За період з 1998 по 2000 рік з метою нормативно-правового врегулювання процесу функціонування галузі в умовах ринкових соціально-економічних перетворень у державі та привсдення правової бази охорони здоров'я у відповідність з нормами і принципами міжнародного права прийнято 12 законів України, 27 указів Президента України, 104 постанови і розпорядження Кабінету Міністрів України. Крім того, тільки в 2000 р. розроблено за участю Міністерства і прийнято 11 законів України, 4 укази Президента України, 19 постанов і 5 розпоряджень Кабінету Міністрів України, якими врегульовуються питання діяльності галузі.

Спостерігається тенденція до збільшення кількості прийнятих законів України прямої дії (2 - в 1998 році, 4 - 1999 році, за 9 місяців 2000 року - 6, серед яких закони України "Про пси-

хіатричну допомогу”, “Про захист населення від інфекційних хвороб”, “Про курорти”).

Створена та вдосконалюється потужна нормативно-правова база, спрямована на забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення. Цього року прийнято Закон України “Про захист населення від інфекційних хвороб”, доопрацьовується Закон України “Про внесення змін і доповнень до Закону України “Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення”, що дозволить підвищити роль та відповідальність суспільства перед кожною окремою людиною на її невід’ємне право на безпечне довкілля, оптимальні умови праці, побуту, виховання, навчання, відпочинку, якісну питну воду та продукти харчування. Прийнято низку постанов Кабінету Міністрів України з цих питань.

Протягом 2000 р. прийнято понад 20 постанов Кабінету Міністрів України, основними з яких є: “Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров’я”, “Про затвердження Порядку проведення обов’язкових попередніх та періодичних психіатричних оглядів і переліку медичних психіатричних протипоказань щодо виконання окремих видів діяльності (робіт, професій, служби), що можуть становити безпосередню небезпеку для особи, яка провадить цю діяльність, або оточуючих”, “Про затвердження Порядку державної реєстрації (перереєстрації) лікарського засобу і розмірів збору за державну реєстрацію (перереєстрацію) лікарського засобу”.

Основні завдання подальшого розвитку охорони здоров’я визначено в Указі Президента України “Про додаткові заходи щодо поліпшення медичної допомоги населенню України” (цим Указом 2001 рік оголошено Роком охорони здоров’я населення України та передбачено комплекс завдань, спрямованих на підвищення якості медичного обслуговування населення і поліпшення соціального захисту медичних працівників; реалізація його положень розрахована на 2001-2005 рр.) та схвалений урядовим Комітетом з питань гуманітарного розвитку Концепції розвитку охорони здоров’я населення України.

Розроблено проект змін і доповнень до Основ законодавства України про охорону здоров’я, проект Закону України “Про загальнообов’язкове державне соціальне медичне страхування”, Концепцію розвитку охорони здоров’я населення України, проект міжгалузевої програми “Здоров’я нації”.

На розгляді у Верховній Раді України знаходиться ще 6 проєктів законів України, що регламентують окремі питання діяльності галузі.

Проте правову базу системи охорони здоров'я не можна поки що вважати достатньою. Зокрема, ще не прийнято закону, який регулював би фінансування галузі в сучасних умовах. Проєкт Закону України "Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування" вже кілька років розглядається у Верховній Раді України. В умовах ринкової економіки і реформування системи охорони здоров'я відчувається гостра потреба в законі "Про захист прав пацієнтів".

Очікують свого розгляду і затвердження проєкт змін і доповнень до законодавства України про охорону здоров'я та проєкт міжгалузевої програми "Здоров'я нації".

Урядом, МОЗ України та іншими зацікавленими організаціями вже зараз розробляються законопроєкти "Про первинну медико-санітарну допомогу", "Про сімейну медицину", "Про приватну медичну діяльність", "Про багатоукладність медичної допомоги", "Про гарантовану медичну допомогу", "Про профілактичну діяльність в системі охорони здоров'я", "Про лікарську діяльність", "Про лікарські товариства", "Про народну медицину", "Про боротьбу з інфекційними хворобами", "Про медико-біологічні експерименти із залученням людини як об'єкта дослідження". Ставиться питання про розробку і прийняття кодифікованого законодавчого акта - Медичного кодексу³⁷ України, який має стати юридичною основою організації та діяльності системи охорони здоров'я.

Юридичні механізми закріплення принципів діяльності охорони здоров'я в Україні

Сьогодні в нашій країні висловлюється широкий спектр пропозицій щодо реформування правової бази системи охорони здоров'я. З одного боку, пропонується виділити нормативно-правові акти, які регулюють суспільні відносини при наданні медичних послуг в окрему галузь права. З другого - запозичити та адаптувати на вітчизняному ґрунті систему права охорони здоров'я однієї з розвинутих країн (наприклад, Англії чи Канади).

³⁷ Кодекс - систематизована, заснована на єдиних принципах збірка юридичних приписів, які стосуються однієї галузі права; в Україні діють цивільний, кримінальний, кримінально-процесуальний, адміністративний, законів про працю, законів про сім'ю, митний, повітряний, торгівельного мореплавства та інші кодекси [105].

Для виділення тих чи інших норм права в окрему галузь необхідна наявність специфічної групи правових відносин, які регулюються цими нормами права, та особливого методу (способу) правового регулювання. Прихильники такого шляху спираються на приклад міжнародного права.

Наявність великої групи міжнародно-правових норм, які регулюють специфічну ділянку міжнародних відносин - відносини між суб'єктами міжнародного права з питань охорони здоров'я людей, стала причиною виділення їх в міжнародне медичне право, але при цьому воно не стало новою галуззю права.

Найперспективнішим, на наш погляд, є шлях систематизації нормативно-правових актів, які стосуються охорони здоров'я. При здійсненні систематизації необхідно з максимальною ефективністю використати законодавче поле, яке існувало й раніше, але привести його у відповідність із сучасними вимогами. Розробляючи нові чи адаптуючи наявні нормативні акти, необхідно передбачити особливості їх застосування в різних моделях фінансування - приватній чи суспільній (колективній чи державній).

Необхідність перегляду нормативної бази функціонування всієї системи охорони здоров'я обумовлена низкою інших причин. Одна з них полягає в тому, що діяльність надавача медичних послуг, найчастіше - лікаря, ґрунтується на технічному оволодінні певними науковими досягненнями суспільства, але має, водночас, і важливі соціальні наслідки. Усвідомлення всієї серйозності таких наслідків, пов'язаних з результатами діяльності в галузі охорони здоров'я, висуває вимоги належного регулювання цієї сфери. Етичні норми не забезпечують надійного захисту від несприятливих результатів, часто виникає необхідність звернення до правових норм, дотримання яких могло б забезпечуватися силою державного примусу. Втручання в людський організм має бути обмежене дотриманням умов, що закріплюються правовими нормами.

Між надавачем медичних послуг та пацієнтом часто виникають адміністративно-правові відносини, тоді як норми відомчих актів часто стосуються інших галузей права (наприклад, цивільного права). Відносини між лікарем чи закладом охорони здоров'я та пацієнтом, по суті, є складними суспільними відносинами, які регулюються нормами багатьох галузей права.

Правові проблеми охорони здоров'я вносять свою специфіку і в сферу юридичної відповідальності, що пояснюється складністю відносин між сучасною медициною та правом. У галузі охорони здоров'я певні особливості мають майже всі види юридичної відповідальності.

Систему охорони здоров'я в жодному разі не можна розглядати як окрему галузь права, як структурне поняття на зразок цивільного чи фінансового права, принцип виділення його - функціональний. У систему права охорони здоров'я необхідно об'єднати сукупність правових норм, що регулюють діяльність, метою якої є відновлення, захист та сприяння людському здоров'ю. До його особливостей можемо віднести:

- регулювання сукупності людських відносин, які охоплюють діяльність та інституції соціального характеру і передбачають забезпечення особи фінансовими засобами, достатніми для належного догляду за собою;

- необхідність визначення всіх правил стосовно здійснення лікувальної діяльності;

- те, що система права охорони здоров'я, на відміну від права соціального забезпечення, не має на меті зменшення соціальної чи економічної нерівності, стосується однаково багатих і бідних, захищає однаково здорових і хворих;

- для системи права охорони здоров'я людина є, водночас, і суб'єктом, і об'єктом права.

Суб'єктом цивільно-правової відповідальності за шкоду, заподіяну при виконанні професійних обов'язків у галузі сучасної медицини, згідно з чинним законодавством, є заклад охорони здоров'я. Працівники або члени організації не притягуються в таких випадках до відповідальності за цивільним законодавством, але несуть її в порядку трудових відносин перед організацією (регрес за трудовим законодавством). Концепція відповідальності організації, а не особи, за заподіяну шкоду є досить справедливою. Цим зміцнюється позиція потерпілого та посилюються його правові гарантії. Інакше реалізація відповідальності може виявитися, навіть, нездійсненою (наприклад, у тому разі, коли розмір заподіяної шкоди настільки великий, що його не вдається відшкодувати за рахунок винного). Цю концепцію, на наш погляд, слід зберегти й надалі, але врахувати те, що з часом усе більший обсяг медичної допомоги надаватиметься за рахунок приватних закладів чи осіб. Тому

необхідно буде передбачити механізм відшкодування заподіяної шкоди та зміцнення захисту потерпілого, скажімо, заборонною займатися справою надання медичних послуг товариствам з обмеженою відповідальністю або встановленням статутного фонду в розмірах, достатніх для відшкодування.

Сьогодні неможливо передбачити, яка саме модель охорони здоров'я буде найефективнішою: державна, страхова чи приватна. Кожна з них має свої сильні і слабкі сторони. Тому необхідно законодавчо закріпити однакові правові умови розвитку всіх моделей, не забуваючи, однак, про необхідність певного, державою гарантованого, рівня медичної допомоги для всіх членів суспільства, про збереження принципу соціальної справедливості щодо рівного права всіх людей на здоров'я.

Щоб забезпечити відповідну якість реформування системи права охорони здоров'я та наступність цих реформ, необхідні, принаймні, дві умови. Перша - створення системи інформування громадськості та спеціалістів щодо законодавства в галузі охорони здоров'я. Друга - підготовка спеціалістів з правових питань охорони здоров'я.

2.2.4. Фінансово-економічне забезпечення охорони здоров'я

Основи економічної теорії та фінансування охорони здоров'я і перспективи медичного страхування в Україні³⁸

Охорона здоров'я є важливою соціальною сферою суспільства, від стану якої залежить не тільки здоров'я населення, але й політична стабільність держави. Фактично ситуація в охороні здоров'я в мініатюрі копіює ситуацію в країні у цілому. Це означає, що при ухваленні рішення на всіх рівнях: Верховною Радою, урядом, міністерством, фінансуючими органами, керівниками медичних установ, лікарями - має братися до уваги завдання максимальної користі за існуючих обмежених ресурсів.

Передусім, має бути усвідомлена відмінність між здоров'ям і охороною здоров'я. Істотна відмінність полягає в тому, що здоров'я купити безпосередньо не можна, а послуги системи охорони здоров'я можна. Здоров'я є широкою соціально-

³⁸ Економіка і фінансування охорони здоров'я / Навчальний курс для членів Української Ради міжнародної співпраці в охороні здоров'я, керівників органів та закладів охорони здоров'я. - К., 1999. - 32 с.

економічною категорією, воно має споживчу, але не мінову вартість. По суті це означає, що воно не підлягає купівлі-продажу в тому розумінні, що його неможливо безпосередньо купити або продати на ринку, отже не існує і ринку здоров'я. Що стосується охорони здоров'я, то не тільки вона, але широкий спектр соціальних послуг та інших предметів споживання роблять свій внесок чи сприяють "доброму здоров'ю", тобто на стан здоров'я впливає практично все. Отже, охорона здоров'я - предмет споживання, первинною характеристикою якого є здоров'я.

Ефективна система охорони здоров'я має забезпечувати збереження і зміцнення здоров'я населення, гарантувати доступність і якість кваліфікованої медичної допомоги, стримувати зростання вартості медичної допомоги, забезпечувати раціональне використання кадрових, фінансових і матеріальних ресурсів. Аналіз сучасного стану економіки охорони здоров'я в Україні свідчить, що вона не забезпечує вимог існуючої системи медичної допомоги населенню і потребує суттєвого удосконалення.

Виведення охорони здоров'я з кризового стану вимагає нових підходів до її фінансування, які б дозволили ширше використовувати економічні методи управління, запровадити нові підходи до фінансування охорони здоров'я на макрорівні, більш ефективні механізми розподілу зібраних коштів та методи фінансування лікувально-профілактичних закладів і оплати праці медичних працівників за обсягом, якістю та кінцевими результатами роботи, які могли б найбільш послідовно стимулювати їхню діяльність, сприяти інтенсифікації лікувально-діагностичного процесу, ефективному використанню ресурсів. Ця перебудова пов'язана не тільки з кризовою ситуацією в економіці України та браком коштів, але й проблемою їх раціонального використання, що є актуальною і для економічно розвинутих країн світу.

Економіка охорони здоров'я повинна допомогти нам зробити правильний вибір у використанні обмежених ресурсів, що виділяються на охорону здоров'я і при цьому дістати максимальну користь для населення держави.

На відміну від звичайної в економіці охорони здоров'я деякі питання економічної теорії є складнішими і мають свої специфічні характеристики. Досвід показує, що часто кваліфіковані економісти загального профілю, дивлячись на фінансування охорони здоров'я із загальноекономічних позицій, не беручи до уваги природу здоров'я і охорони здоров'я, перебіль-

шують, з одного боку, роль ринкових відносин в охороні здоров'я, з другого - недооцінюють те, що ринкові відносини не працюють в охороні здоров'я у повній мірі.

Тому дуже важливим є поширення фундаментальних понять і положень економіки охорони здоров'я серед осіб, що приймають рішення в охороні здоров'я, а також управлінців і медичних працівників.

Особливістю сучасного періоду реформування охорони здоров'я багатьох країн світу стала спроба запровадити ринкові стимули і конкуренцію там, де раніше існувала командна система або, інакше кажучи, діяла негнучка структура надання медичної допомоги. Реформатори у сфері охорони здоров'я зрозуміли негативні наслідки використання державних монополій у національних системах охорони здоров'я і вважають, що конкуренція є каталізатором для подолання стагнації, створеної монополістичною бюрократією.

Досягненню ефективної діяльності охорони здоров'я України заважають ще й перепони, які порушують дію ринкового механізму. Найбільш важливі фактори цього такі:

- охорона здоров'я не є чистим соціальним продуктом;
- зовнішні ефекти;
- невизначеність і складність;
- асиметрична інформація;
- ринкова слабкість приватного страхування здоров'я.

Економічна теорія виділяє особливий тип результатів господарської діяльності - так звані "суспільні блага". Вони є об'єктом колективного споживання. Це означає, що споживання такого товару однією людиною не зменшує ресурси споживання, що доступні іншим членам суспільства.

На ідеальному ринку передбачається, що одні товари ніяк не впливають на інші. В реальному житті мають місце зовнішні ефекти, як позитивні так і негативні. Охорона здоров'я пов'язана з кількома видами позитивних зовнішніх ефектів і її надання як суспільного товару може попередити деякі негативні зовнішні ефекти. Найбільш важливі позитивні зовнішні ефекти - результат профілактичної допомоги та вакцинації.

В умовах класичного ринку споживач точно знає, які послуги і яка їх кількість йому потрібні. Це дуже рідко трапляється на ринку медичних послуг, оскільки сам процес споживання послуг охорони здоров'я не належить до таких, у яких за нор-

мальних умов охоче беруть участь. Забезпечення охорони здоров'я являє собою складну послідовність пристосованих до умов невизначеності відповідей - невизначеності, що стосується найкращого шляху лікування.

В економіці, звичайно, припускається, що максимальна корисність досягається тоді, коли розумний вибір того чи іншого товару здійснюється в умовах повної інформованості стосовно цього товару. У медичній практиці споживач медичних послуг має невелику або немає ніякої інформації про те, що стосується його потреб, рівня і форми необхідного лікування та ефективності останнього.

Таким чином, споживач медичних послуг повинен покладатися на її надавача з приводу всієї інформації, оскільки лікар володіє потрібною і повною для споживача інформацією. Лікарі щодо своїх пацієнтів виступають як агенти пацієнтів, що визначають обсяг необхідних послуг і міру їх споживання, і як надавачі цих послуг. Зрозуміло, що за певних умов лікарі можуть:

- перевищувати обсяг необхідних процедур;
- виключати з набору товарів і послуг дешеві замітники;
- вибирати ті види послуг, які забезпечують повне завантаження лікарень і поліклінік тощо.

Така поведінка продавця характерна для будь-якої галузі економіки. Але там, на відміну від медицини, діють два регулятори ринку, які обмежують жадібність виробника: конкуренція між виробниками, що знижує ціну за надмірної пропозиції послуг, та бюджетне обмеження, або дохід споживача. Ні один з цих двох важливих регуляторів вільного ринку у сфері охорони здоров'я не діє.

Така інформаційна асиметрія деформує звичайну взаємодію попиту і пропозиції, забезпечуючи медичним професіоналам монополістичну позицію і створюючи попит під тиском пропозицій (*"supplier induced demand"* - лікар, діючи як агент споживача, встановлює рівень споживання вищий за той, що утворився б за умови, якби споживач був повністю інформований і мав вільний вибір), який призводить до переспоживання в охороні здоров'я.

Отже, монополія надавачів медичних послуг, недостатність знань і невпевненість споживачів є основними причинами неспроможності цього ринку.

Такі характеристики охорони здоров'я, як ризик і невизначеність у нерегульованому ринку, стимулюють розвиток страхування і появу великої кількості дрібних страхових компаній, переспоживання медичної допомоги і відбору ризиків. Тому приватне страхування здоров'я є тільки частковою відповіддю на неспроможність ринку охорони здоров'я, так як воно, звичайно, не охоплює групу громадян з високим ризиком. Можна очікувати, що страхова компанія добиратиме клієнтів відповідно до їхнього внеску і стану здоров'я. Найкращі клієнти приватної страхової компанії - багаті і здорові люди.

Основою розвитку охорони здоров'я майбутнього має стати принцип суспільної солідарності: багатий платить за бідного, здоровий за хворого, молодий за старого. Під поняттям справедливості в охороні здоров'я потрібно розуміти, принаймні, гарантований доступ до певного переліку медичних послуг для всіх жителів, незалежно від їх здатності сплачувати за ці послуги.

Нездатність ринку охорони здоров'я саморегулюватися, а також реалізація принципу справедливості вимагають активного втручання держави. Досвід країн Західної і Східної Європи показує, що нерегульовані ринки не можуть поєднуватися з самим поняттям здоров'я як соціальної цінності. Ринкові механізми у сфері медико-санітарних послуг зможуть значно краще працювати з точки зору як фінансової, так і організаційної, якщо будуть спрямовані на стаціонари і лікарів. На противагу цьому, спроби створити конкуренцію серед численних приватних страхових закладів, як і намагання отримати вищі ставки оплати від самих пацієнтів, виявилися менш ефективними. Якщо ми хочемо добитися того, щоб механізми ринку добре працювали щодо тих, хто надає допомогу, то державі необхідно не тільки регулювати ці відносини, а й направляти цю роботу. З урахуванням різноманітності форм власності, приватних і державних, у сфері установ, що надають медичну допомогу, питання стосовно ефективності і справедливості доступу вимагають постійної уваги з боку уряду.

При реформуванні системи охорони здоров'я України необхідно враховувати два важливі рівні втручання держави з надання медичної допомоги:

- втручання держави на рівні бюджету охорони здоров'я - фінансування охорони здоров'я, як усієї системи;

• втручання держави у формі системи оплати надавачів послуг - фінансування надавачів медичних послуг.

Урядове втручання у процес надання медичної допомоги має різні форми в різних країнах, але є воно скрізь.

Коротка характеристика основних типів систем охорони здоров'я

У своїй праці В.В. Рудень [87], посиляючись на А.Р. Уваренка, зазначає, що на сьогодні у світі створені в класичному варіанті, тільки три вихідних типи систем охорони здоров'я:

Державна система, або система Бевериджа, яка спрямована на здійснення повноцінної профілактики і лікування, доступних кожному громадянину країни без винятку.

Система, що базується на всеохоплюючому страхуванні здоров'я, або система Отто Бісмарка. Ця система спирається на використання переважно страхових засобів для захисту працюючого населення при нещасних випадках, захворюваннях, непрацездатності і при досягненні похилого віку.

Ринкова, або приватна, система охорони здоров'я визначається різноманітними пропорціями коштів державного бюджету, медичного страхування і медичних послуг, що сплачуються пацієнтами безпосередньо.

Основні характеристики та принципові проблеми цих систем наведені в табл. 2.17. [87].

Необхідно відзначити, що в жодній країні світу названі системи не існують у чистому вигляді. Однак експерти відносять до країн з системою першого типу СНД, Великобританію, Грецію, Португалію, Данію, Ірландію, Іспанію, Канаду, Італію.

Система другого типу функціонує в Німеччині, Нідерландах, Франції, Бельгії, Люксембурзі, Голландії, Японії.

Щодо третього типу системи охорони здоров'я, то їх типовим представником є США.

Експерти ВООЗ рекомендують у сучасних умовах наступну пропорцію різних типів фінансування медицини (рис. 2.14.): 60% - державний бюджет, 30% - медичне страхування, 10% - платні послуги [87].

Кожний із 3-х названих типів систем охорони здоров'я має характерні ознаки, деякі з них залежно від конкретної ситуації та мети можна розглядати як переваги або недоліки.

Основні характеристики вихідних типів систем охорони здоров'я світу

Державна система, або система Беверіджа	Система що базується на всеохоплюючому страхуванні здоров'я або система Отто Бисмарка		Ринкова або приватна система охорони здоров'я		
Основні характеристики	Принципові проблеми	Основні характеристики	Принципові проблеми	Основні характеристики	
1	2	3	4	5	
Центральне та регіональне планування	Недостатність стимулів для підвищення ефективності лікувально-діагностичної роботи	Децентралізоване фінансування	Відсутність рівної доступності медичної допомоги для різкоманітних верств населення і админістративних територій	Щирокий вибір послуг, що відповідає особистим перевагам пацієнтів	Висока вартість
Центральне фінансування	Державна стримує ріст витрат з допомогою макроекономічних методів	Право вибору страхового медичного фонду	Тенденція до невиправданого росту вартості медичної допомоги	Відсутність черг	Низька доступність для малозабезпечених
Управління системою через професійних (медичних) працівників	Думка пацієнта і право вибору лікаря для нього обмежені	Конкуренція між різноманітними страховими фондами і службами	Недостатній контроль за діяльністю персоналу	Гарантія доступності спеціалізованої медичної допомоги	Судові процеси - один із основних інструментів контролю за якістю
Контроль за якістю лікувально-діяльностіного процесу (ЛДП) з боку держави та професійних (медичних) працівників	Черги є регулятором забезпечення медичною допомогою та	Велика увага до контролю за якістю ЛДП та витратами ЛПЗ зі сторони страхових фондів	Нехтування інтересами пацієнтів, які входять у групи високого ризику для	Конфіденційність лікування увага до пацієнта	Неадекватність потребам територіального розподілу служб та відсутність механізму впливу на нього

1	2	3	4	5	6
<p>Економічне використання ресурсів</p> <p>Низька оплата праці</p> <p>Низькі адміністративні витрати</p>	<p>стимулюють використання приватної практики привилейованими верствами населення</p> <p>Недостатній вибір умов госпіталізації з точки зору комфорту</p> <p>Збереження нерівності у доступності медичної допомоги для окремих соціальних верств або адміністративних територій залежно від ступеня їх впливу на центральне керівництво</p> <p>Позиція спеціаліста з централізованого планування обмежує новаторство колективів, незадовільно</p>	<p>виробників медичних послуг</p> <p>Широкий вибір умов госпіталізації з точки зору комфорту</p>	<p>здоров'я, тривалого часу перебувають у стаціонарі або лішаються поза системою соціального страхування (5-10 % населення)</p> <p>Недостатня увага до довготривалої планування</p> <p>Низький пріоритет, недостатня увага до громадської охорони здоров'я, профілактичної медицини, зміцнення здоров'я населення і санітарної освіти</p> <p>Високі адміністративні витрати (особливо на аналіз інформації та фінансові розрахунки)</p>		<p>капіталу держави та кадрових ресурсів</p> <p>Недостатня увага до надання медичної допомоги в домашніх умовах та профілактичних заходів</p> <p>Обмежений спектр деломіжного персоналу, що забезпечує догляд за хворими</p> <p>Труднощі регулювання та контролю за якістю ДДП</p>

1	2	3	4	5	6
	<p>враховує місцеві інтереси та зацікавленість споживачів</p> <p>Пріоритетне фінансування і використання закладів другого та третього рівнів</p> <p>Тенденція обмеження контактів пацієнтів і медичного персоналу з іншими ЛПЗ</p> <p>Зміцнення державного патерналізму та монополізму у визначенні пріоритетів</p> <p>Слабкі зв'язки між центром та периферією бюрократична, авторитарна система управління</p>				



Рис. 2.14. Модель фінансування (в %) ефективної системи охорони здоров'я країни (за даними ВООЗ)

Стан фінансування охорони здоров'я України (1991-1997 рр.)

Прийняття Закону України "Про бюджетну систему України", який регламентує фінансові відносини між державою і органами місцевого самоврядування, призвело до суттєвих змін у фінансовому забезпеченні та управлінні галуззю охорони здоров'я. Тепер місцеві ради самостійно розробляють, затверджують та реалізують свої бюджети, а ради вищого рівня і уряд не втручаються у формування їхньої фінансової політики. Рівень видатків на охорону здоров'я визначається доходами, які сформовані на відповідному (місцевому або регіональному) рівні. Проте деструктивні процеси в економіці, скорочення виробництва, зменшення внутрішнього валового продукту (ВВП), гальмування економічних реформ призвели до дефіциту бюджету й істотного погіршення фінансування галузі охорони здоров'я та інших соціальних програм.

Так, у 1996 р. видатки на охорону здоров'я становили 4,1% від ВВП і 42,0% від реальних потреб, у 1997 р. - 3,3 млрд грн, тобто 3,6% від ВВП і близько 40,0% від необхідного, у 1998 р. - 3,7 млрд грн (3,5% від ВВП). Для порівняння наведемо дані про видатки на охорону здоров'я деяких країн світу у відсотках до ВВП: Велика Британія - 5,9%, Польща - 6,2%, Португалія - 6,5%, Японія - 8,3%, Німеччина - 9,0%, США - 14,0%. При цьому слід відзначити, що ВООЗ вважає: при видатках на охорону здоров'я, нижчих 5,0% від ВВП, галузь стає не тільки не ефективною, але й непрацездатною.

Порівняння витрат на охорону здоров'я та оборону в 1997 р. окремих держав світу наведено в табл. 2.18. У табл. 2.19. зроблено прогноз видатків зведеного державного бюджету України на

2001 р³⁹. Динаміка фінансування охорони здоров'я України з державного бюджету за 1985-1997 рр. показана на рис. 2.15.

Як зазначалося вище, в сучасних умовах система охорони здоров'я України практично повністю фінансується з державного і місцевих бюджетів (див. рис. 2.3.). Якщо частка видатків на охорону здоров'я становить у США - 42,0%, у Канаді - 74,0 %, у Німеччині - 78,0 %, Великій Британії - 86,0 %, то в Україні вона сягає 98,0 %. Платні послуги, добродійні пожертвування і так звані децентралізовані джерела в нашій державі становлять близько 2,0 % обсягу фінансування галузі.

Таблиця 2.18.

Пріоритети держав
(порівняння видатків у % до ВВП на охорону здоров'я та оборону станом на 1997 р.)

Країна	Видатки на охорону здоров'я	Видатки на оборону
США	14,0 %	3,5 %
Англія	5,9 %	2,0 %
Німеччина	9,0 %	2,8 %
Росія	2,6 %	5,0 %
Україна	3,6 % / 3,5 %	6,76 % / 1,3 %

* У знаменнику подані дані за 1998 р

Таблиця 2.19.

Прогноз видатків зведеного бюджету України на 2001 р.

Державне управління	2,9 млрд грн
Національна оборона	2,7 млрд грн
Правоохоронна діяльність та гарантування безпеки держави	2,8 млрд грн
Обслуговування державного боргу	6,1 млрд грн
Освіта	7,7 млрд грн
Охорона здоров'я	4 млрд грн
Соціальний захист та соціальне забезпечення	8,5 млрд грн
Заходи, пов'язані з ліквідацією наслідків Чорнобиля	1,8 млрд грн
Разом видатків:	52,1 млрд грн

³⁹ Незрлий пилд Уряду // Грані. - 2000. - № 41 (57). - 2-8 жовт.

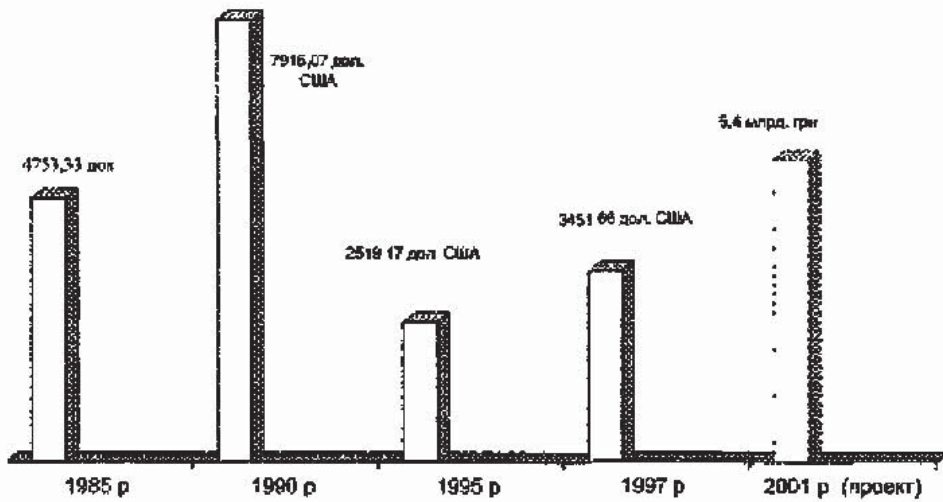


Рис. 2.15. Динаміка фінансування охорони здоров'я України з державного бюджету (1985-1997 рр.)

Діяльність МОЗ України щодо оптимізації стану фінансування галузі в 1998-2000 рр.⁴⁰

Стан забезпечення галузі охорони здоров'я необхідними фінансовими ресурсами протягом останніх років об'єктивно обумовлений наслідками загальної екологічної ситуації в державі.

Водночас, обсяги видатків в абсолютних показниках, що виділяються з функцією "Охорона здоров'я", протягом трьох останніх років зростають. Так, у 1998 р. з цією метою у зведеному бюджеті спрямовано 3632 млн грн, в 1999 р. - 3808,7 млн грн, на 2000 р. передбачено 4306,2 млн грн, в проекті Державного бюджету України на 2001 р. враховано 5127,2 млн гривень.

Відповідно середній розмір видатків з місцевих бюджетів у розрахунку на 1 жителя становив у 1998 р. - 65,2 грн, в 1999 р. - 69,1 грн, передбачено на 2000 р. - 74 грн. У 14 регіонах цей показник дорівнює або є вищим від його середнього рівня по Україні.

При цьому питома вага видатків на охорону здоров'я в обсязі зведеного бюджету по загальному фонду в 2000 р. на рівні 12 відсотків порівняно 10,9% в 1999 р. свідчить про збереження в межах можливого пріоритетного фінансового забезпечення галузі.

⁴⁰ Інформація Кабінету Міністрів України про стан фінансування системи охорони здоров'я України та невідкладні заходи щодо його поліпшення / Аналіт та довід матеріали Кабінету Міністрів України № 20-3792/4 від 4 листоп. 2000 р.

Структура видатків

У структурі видатків 2000 р. на охорону здоров'я фонд оплати праці з нарахуванням становив 53%, комунальні послуги та енергоносії - 13%, решта 34% - це витрати на придбання медикаментів, харчування, медичної техніки, капітальний ремонт, поточне утримання закладів тощо. Завдяки здійсненим протягом 1998-1999 рр. заходам щодо упорядкування мережі та штатного розкладу працівників відбулося поступове зміцнення пропозицій у структурі видатків, у бік зменшення їх частки на оплату праці (58% у 1998 р.) та зростання за рахунок цього частки інших видатків, насамперед на придбання медикаментів та харчування хворих. Зокрема, питома вага видатків на медикаменти в обсязі бюджетних призначень 2000 р. дорівнювала 11,4% проти 7,8% у 1998 році.

Обсяг асигнувань на медикаменти та харчування, що виділяються з бюджетів усіх рівнів, протягом 1998-1999 рр. та у 2000 р. по закладах системи Міністерства охорони здоров'я зросли:

медикаменти - на 265,9 млн грн, або більш як у 2 рази (1998 р. - 235,9 млн грн, 2000 р. - 501,8 млн грн);

харчування - на 76,5 млн грн, або майже у 1,5 раза (1998 р. - 161,4 млн грн, 2000 р. - 237,9 млн грн).

Стан фінансування

За 1998 і 1999 рр. видатки зведеного бюджету на охорону здоров'я склали відповідно 84,7% та 84,8 від затвердженого фінансування з урахуванням уточнень.

За 9 місяців 2000 р. на фінансування охорони здоров'я із загального фонду зведеного бюджету спрямовано 2909 млн грн, що становить 64,3% від затверджених у відповідних бюджетах на 2000 р.

Порівняно з попередніми роками фінансування охорони здоров'я характеризується такими показниками (див. табл. 2.20.):

Таблиця 2.20.

Показники фінансування охорони здоров'я України в 1998-2000 рр.

Роки	Профінансовано за 9 місяців (млн грн)	Відсоток до:	
		попереднього року	1998 року
1998 р.	2370,5	x	x
1999 р.	2522,7	106,4	106,4
2000 р.	2909,0	115,3	122,7

З наведених вище даних видно, що за 9 місяців 2000 р. із зведеного бюджету на охорону здоров'я спрямовано на 386,3 млн грн більше ніж у 1999 році.

У 2000 р. поліпшився стан фінансування охорони здоров'я з державного бюджету.

Це підтверджується такими даними (див. табл. 2.21.):

Таблиця 2.21.

**Показники фінансування охорони здоров'я України
в 1998-2000 рр. з державного бюджету**

Роки	Профінансовано за 9 місяців (млн грн)	Відсоток до:	
		попереднього року	1998 року
1998 р.	218,5	х	х
1999 р.	215,9	98,8	98,8
2000 р.	243	112,6	111,2

За 9 місяців 2000 р. значно поліпшився стан фінансування охорони здоров'я з місцевих бюджетів (див. табл. 2.22.).

Таблиця 2.22.

**Показники фінансування охорони здоров'я України
в 1998-2000 рр. із місцевих бюджетів**

Роки	Профінансовано за 9 місяців (млн грн)	Відсоток до:	
		попереднього року	1998 року
1998 р.	218,5	х	х
1999 р.	215,9	98,8	98,8
2000 р.	243	112,6	111,2

Заборгованість із заробітної плати

Станом на 1 січня 1999 р. заборгованість із заробітної плати працівникам охорони здоров'я складала 273,8 млн грн, в тому числі:

- 260,1 млн грн по установах, які фінансуються з місцевих бюджетів;

- 13,7 млн грн по установах, які фінансуються з державного бюджету.

У 1999 р. заборгованість із заробітної плати працівникам охорони здоров'я була зменшена на 134,6 млн грн, або на 49,2%,

в тому числі відповідно з державного бюджету на 6,5 млн грн і 47,4% , та з місцевих бюджетів на 128,1 млн грн і 49,3%.

Станом на 1 січня 2000 р. заборгованість із заробітної плати працівникам охорони здоров'я становила 139,2 млн грн, в тому числі з державного бюджету - 7,2 млн грн, з місцевих бюджетів 132 млн гривень.

У січні - вересні 2000 р. заборгованість із заробітної плати працівникам охорони здоров'я зменшено на 57,7 млн грн, або на 41,5%, в тому числі з державного бюджету на 6,5 млн грн і 90,3% та з місцевих бюджетів на 51,1 млн грн і 38,7%.

Станом на 1 жовтня 2000 року не було заборгованості із заробітної плати працівникам охорони здоров'я Дніпропетровської, Житомирської, Львівської, Миколаївської, Черкаської областей та м. Києва.

У Вінницькій, Донецькій, Запорізькій, Київській, Кіровоградській, Луганській, Полтавській, Рівненській, Харківській і Чернігівській областях заборгованість сягала від 1 до 10 місяців.

Фінансування закладів освіти

Рівень виконання видатків за 1998 р. становив 78,8% (план - 89,5 млн грн, виконано - 70,4 млн грн), 1999 р. - 93,3% (план - 75,8 млн грн, виконано - 70,7 млн грн). За 9 місяців 2000 р. - 71,2% до річного плану (план - 72,5 млн грн на р., виконано - 51,6 млн грн).

Фінансування наукових установ

Рівень фінансового забезпечення галузевої науки у 1998 р. становив 45,6% (план - 30,2 млн грн, профінансовано - 13,7 млн грн), 1999 р. - 36,2% (план - 21,6 млн грн, профінансовано - 7,8 млн грн).

За 9 місяців 2000 р. наукові установи профінансовано на 63,4% (план - 39,1 млн грн, фінансування - 24,8 млн грн).

Фінансування цільових програм та заходів

У 1998-1999 рр. передбачалося фінансування 10 державних програм та комплексних заходів програмного характеру з проблем охорони здоров'я на загальну суму 60,8 млн гривень.

Профінансовано 7 програм та комплексних заходів на суму 26,7 млн грн (43,9% від запланованих обсягів): Національну програму імунoproфілактики населення на 1993-2000 рр., Національну програму "Діти України", Національну програму планування сім'ї, програму профілактики СНІДу та наркоманії на 1999-2000 рр., заходи щодо розвитку державної служби ме-

дицини катастроф на 1998-2000 рр., комплексні заходи боротьби з туберкульозом, програму "Здоров'я літніх людей".

У 2000 р. здійснено видатки по 10 програмах та комплексних заходах на суму 54,3 млн грн, що на 26,5 млн грн більше від планових призначень минулого року, за рахунок коштів, передбачених на виконання Комплексних заходів боротьби з туберкульозом. Станом на жовтень 2000 р. фінансування здійснено на суму 6,8 млн грн (21,7% від річного плану).

Національну програму планування сім'ї, цільову комплексну програму генетичного моніторингу в Україні на 1999-2003 рр. та комплексну програму "Цукровий діабет" профінансовано на 100% від річного плану. Національну програму імунопрофілактики населення на 1993-2000 рр. і комплексні заходи боротьби з туберкульозом - відповідно на 20,8% і 18,2%. За програмою "Здоров'я літніх людей" заплановані кошти на погашення іноземного кредиту за придбане обладнання для центру "Здоров'я літніх людей" Академії медичних наук в сумі 17,2 млн грн у 2000 р. не фінансувалися у зв'язку з проведеною реструктуризацією зовнішніх боргових зобов'язань України. Інші 4 програми профінансовано на 18,5% до річного плану.

У рамках виконання комплексних заходів боротьби з туберкульозом на підставі висновків тендерної комісії закуплено ліків для туберкульозних хворих на суму 5 млн гривень.

Позабюджетні надходження

Основним джерелом поповнення недостатнього бюджетного фінансування охорони здоров'я є залучення додаткових позабюджетних коштів.

У 1998 р. лікувально-профілактичними закладами системи МОЗ України залучено позабюджетних коштів в сумі 154,3 млн грн (4,5% від обсягу бюджетних видатків), у 1999 р. - 179,8 млн грн (5%). За 9 місяців 2000 р. обсяг залучених позабюджетних коштів становив 258,6 млн гривень.

Скасування встановленого Кабінетом Міністрів України переліку платних послуг звузило структуру медичних послуг, тому виникла потреба в залученні позабюджетних коштів за рахунок інших джерел.

Надання медичних послуг за плату залишається основним джерелом у структурі позабюджетних надходжень закладів охорони здоров'я. Так, у 1998 р. обсяг платних медичних послуг становив 120,3 млн грн (82% від загальних надходжень),

у 1999 р. - 114,6 млн грн (63,7%), за 9 місяців 2000 р. залучено близько 115 млн грн (44,5%).

Основними медичними послугами, які надаються за плату, є зубне протезування та проведення обов'язкових медичних оглядів громадян. Так, від зубного протезування у 1998-1999 рр. отримано відповідно 40,3 та 44 млн грн, що становить 33,5% та 34,8% від загального обсягу медичних послуг. Станом на 1 жовтня 2000 р. від зубного протезування отримано 31,7 млн грн, від обов'язкових медичних оглядів - 27,3 млн гривень.

З прийняттям постанови Кабінету Міністрів України від 4 серпня 2000 р. № 1222 збільшилися обсяги благодійних (добровільних) внесків та пожертвувань від юридичних і фізичних осіб. Якщо за 1998-1999 рр. їх отримано відповідно 7,1 і 19,0 млн грн, то за 9 місяців 2000 р. - 38,2 млн грн (близько 15% від позабюджетних надходжень).

За рахунок укладення договорів закладів охорони здоров'я із страховими компаніями, підприємствами та організаціями у 2000 р. додатково залучено 25,1 млн гривень.

У 2000 р. залучено позабюджетних коштів в АР Крим - 15,4 млн грн, у м. Києві - 40,1 млн грн Донецькій - 19,5 млн грн, Запорізькій - 14 млн грн, Волинській - 13,4 млн грн, в Львівській та Київській областях - понад 10 млн гривень.

З метою зменшення навантаження на Державний і місцеві бюджети та раціонального використання виробничих площ деякі приміщення господарського призначення, їдалень та буфетів у гуртожитках передаються в оренду, що дало можливість залучити додаткові кошти на утримання установ: у 1998 р. 11 млн грн, у 1999 р. - 11,8 млн грн, а в 2000 р. - близько 15 млн гривень.

Залучаються позабюджетні кошти на зміцнення матеріально-технічної бази охорони здоров'я. На капітальне будівництво та ремонт діючих установ за попередні два роки залучено понад 53 млн грн, що становить 29% від направлених на цю мету бюджетних коштів, а за 9 місяців 2000 р. залучено майже 35 млн грн, що становить 46,5% бюджетних коштів. Зазначені кошти дали можливість ввести в експлуатацію лікарень та корпусів для їх розширення на 2376 ліжок, а також поліклінік на 5884 відвідувань за зміну.

Фінансування за рахунок міжнародних програм

У 2000 р. в межах програм співпраці з урядом Японії технічно відпрацьовано та підготовлено до ратифікації Верховною Радою України угоду про модернізацію обладнання Української дитячої спеціалізованої лікарні "ОХМАТДИТ" на суму близько 6,5 млн дол. США. Отримано обладнання для акушерських та неонатальних закладів 15 регіонів України, яке надійшло за угодою між урядом України та урядом КНР, на загальну суму понад 600 тис. доларів США.

Протягом 1999-2000 рр. залучено приблизно 40 тис. дол. США від ЮНІСЕФ під інформаційно-освітні заходи для підтримки програми грудного вигодовування.

В межах програми репродуктивного здоров'я в період з 1995 по 2000 рр. через Фонд народонаселення ООН та Американське агентство з міжнародного розвитку залучено 3 млн 400 тис. доларів США на навчання спеціалістів, видання інформаційних матеріалів та підручника, а також поставки контрацептивних засобів у всі регіони України.

Цього року уряд Сполучених Штатів Америки виділив 3,5 млн доларів США на боротьбу з туберкульозом у Донецькій області за методиками ВООЗ, адаптованими до умов України.

У рамках середньострокової програми співробітництва з Європейським бюро ВООЗ на 2000-2001 рр. виділено фінансову квоту в 130 тис. доларів США.

Рациональне використання бюджетних коштів

У результаті організації власного обліку споживання енергоносіїв, впровадження інженерно-технологічних рішень у II півріччі 1999 р. заощаджено енергоресурсів на 9 млн грн, а за 9 місяців 2000 р. - майже 12 млн гривень.

З метою раціонального використання коштів Державного бюджету протягом 2000 р. проведено тендери по закупівлі лікарських засобів, виробів медичного призначення, медичного обладнання та санітарних автомобілів із застосуванням процедур відкритих та двоступеневих торгів.

За результатом проведених торгів укладено контракти на закупівлю товарів та послуг на загальну суму 50,1 млн грн за цінами на 10-30% нижчими за ринкові. Економія бюджетних коштів становила 5 млн грн, за рахунок яких додатково закуплено, зокрема, протитуберкульозних препаратів на суму 2,4 млн грн та 41 санітарний автомобіль на суму 868 тис. гривень.

Розділ 3

МОЗ України і відомча медицина: сучасний стан взаємозв'язків та шляхи їх оптимізації для ефективної роботи галузі в умовах надзвичайних ситуацій

Людство вступило у вирішальну фазу своєї історії - сучасна цивілізація почала вичерпувати існуючу ресурсну й екологічну нішу та стрімко входить в епоху планетарної кризи, що охоплює різноманітні аспекти людського життя. Антропогенне, тобто породжене людиною, навантаження на природу веде до деградації та поступового виснаження глобальної екосистеми, що загрожує існуванню людини на Землі [101].

3.1. Характеристика надзвичайних ситуацій природного і техногенного походження

З розвитком людської цивілізації та науково-технічного прогресу проблеми взаємовпливу між природою і суспільством постійно загострюються. Різке збільшення протягом останнього століття обсягів промислового та сільськогосподарського виробництва, розвиток транспорту, енергетики, хімізації, зростання урбанізації негативно позначаються на природному середовищі. До негативних наслідків науково-технічного прогресу слід віднести забруднення атмосферного повітря, водоймищ, деградацію ґрунтового покриву, знищення запасів природних ресурсів, порушення стабільності екологічних систем тощо. Цілком очевидною стала необхідність активної боротьби з цими явищами, бо вони становлять велику загрозу для життя людей. Надзвичайно гострою проблемою сьогодення з цієї точки зору є наближення екологічної кризи, і цілком ймовірно екологічної катастрофи. Наприкінці ХХ ст. людство вже реально усвідомило можливість закінчення свого існування на Землі. Взаємозв'язок і взаємозалежність життєдіяльності і навколишнього середовища показано на рис. 3.1. [42].

В останні роки все більше накопичується екологічних проблем, що мають глобальний характер. Це, зокрема:

- зменшення запасів корисних копалин;

- зменшення джерел енергії;
- забруднення навколишнього середовища;
- демографічне зростання населення;
- урбанізація міст;
- випробування ядерної зброї.

За даними експертів, якщо не буде вжито невідкладних заходів, екологічна криза може статися вже у найближчі 20-25 років. Розглянемо деякі з наведених вище проблем.

Швидко відбувається демографічне зростання населення (початок нашої ери - 220 млн чол., 1900 рік - 1,6 млрд чол., 1941 р. - 4,5 млрд чол., 1950 р. - 2,5 млрд чол., 1987 р. - 5 млрд чол., 1996 р. - 5,6 млрд чол.), очікується, що до 2020 р. чисельність населення світу сягне 8 млрд. осіб за рахунок різкого зростання кількості населення в країнах, що розвиваються [101]. Це означає, що до наявних фондів споживання треба додати принаймні стільки ж продовольства, житла, лікарень, товарів повсякденного попиту, за допомогою яких можна забезпечити життя цього населення [42].

Водночас у промислово розвинутих країнах та багатьох країнах з перехідною економікою намітилась тенденція до зниження народжуваності. В Україні, зокрема, негативні тенденції розвитку народжуваності і смертності обумовлюють значне погіршення узагальнених показників відтворення населення. Природний приріст змінився з +0,6 у 1990 р. на наростаюче природне зменшення, яке в 1996 р. досягло - 6,1, тобто на кожну 1000 населення померлих на 6,1 більше, ніж народжених. Нетто-коефіцієнт відтворення населення, що показує, якою мірою в даний час попереднє покоління заміщується наступним, знизився з 1990 р. по 1996 р. на 29,0% (у тому числі в містах - на 32,0% і в селах - на 23,0%) і став усюди значно нижчим за 1,0 (в містах - 0,54 і в селах - 0,83). Сучасні і прогнозовані тенденції неспроможності України відтворювати себе в нових поколіннях у найближчі 25 років показані на рис. 3.2. [101].

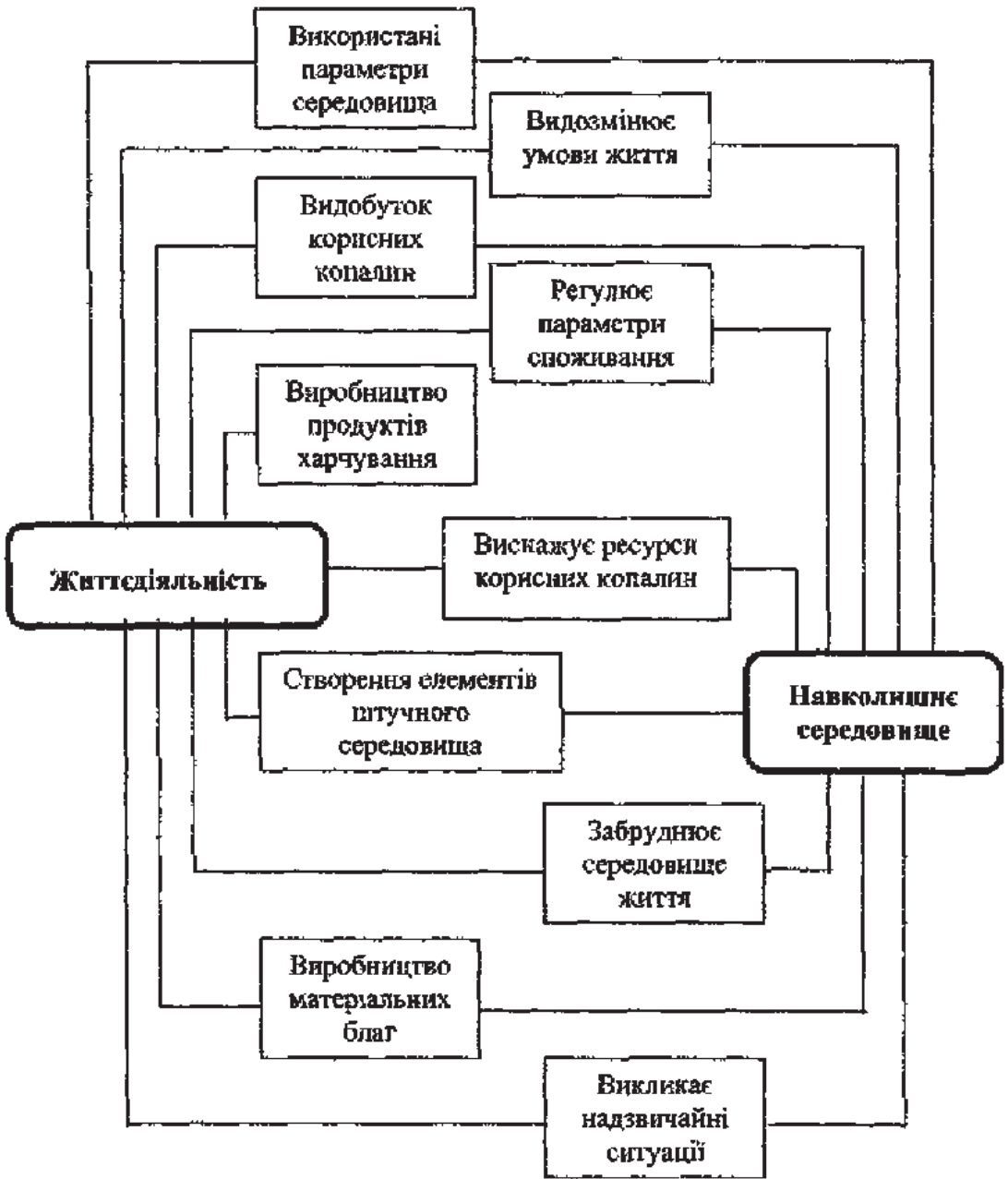


Рис. 3.1. Взаємозв'язок і взаємозалежність життєдіяльності і навколишнього середовища

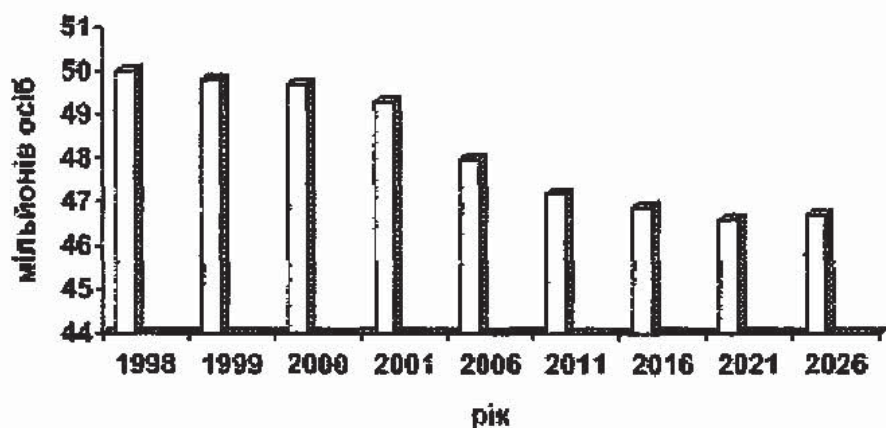


Рис. 3.2. Показники відтворення населення України в 1998-2026 рр.

Урбанізація міст. Уже до кінця тисячоліття близько 3 млрд людей, або половина жителів планети, проживатимуть у містах (в Україні 50 млн чол., і 34 млн проживає в містах). Це неминуче призведе до зростання промислового виробництва та енергоспоживання, що, у свою чергу, стане причиною ще більшого забруднення навколишнього середовища, а відтак і погіршення здоров'я людей.

Війни та випробування ядерної зброї - одне з найболючіших питань людства. 300 вчених з 30 країн світу, які вивчали і моделювали можливі наслідки ядерної війни, дійшли висновку, що близько 2 млрд людей згорять у ядерному полум'ї, розпорощатимуться або перетворяться на пару, загинуть від пожеж, радіоактивних опадів, повної відсутності медичної допомоги. Дим і попіль від палаючих міст, лісів, полів, нафтоховищ утворять суцільну завісу в повітрі навколо планети. Настане "ядерна піч", яка триватиме кілька місяців. Температура знизиться на 20 градусів за Цельсієм. Буде знищено озоновий шар. Усе живе загине, тобто "ядерна зима" перетворить Землю на пустелю. Навіть одного відсотка існуючого ядерного арсеналу буде достатньо, щоб знищити не тільки людей, а й флору і фауну на Землі.

У світі постійно виникають надзвичайні ситуації (НС), пов'язані з природними катаклізмами, аваріями і катастрофами. Ці явища простежуються й у нашій країні. Виникнення надзвичайних ситуацій, як правило, призводить до загрози для життя людей, заповдіння великих матеріальних збитків і т. ін. За даними Міністерства з надзвичайних ситуацій (МНС), за 1997 рік в Україні виникло 1902 надзвичайні ситуації, внаслідок яких

загинуло 750 і потерпіло 2820 осіб. За масштабами виникло відповідно до НС [42]:

- загальнодержавного - 95;
- місцевого - 622;
- регіонального - 314;
- об'єктивного - 87.

Залежно від причин виникнення, фізичної сутності та впливу на навколишнє середовище надзвичайні ситуації бувають природного і техногенного походження.

До надзвичайних ситуацій природного походження належать усі види стихійних лих.

Стихійне лихо - це явище природи, внаслідок якого виникає катастрофічна обстановка, порушується нормальна діяльність населення, з'являються значні руйнування, знищуються матеріальні і культурні цінності. Стихійне лихо дуже небезпечне внаслідок його раптового виникнення. Воно завдає значних збитків народному господарству і часто призводить до загибелі людей. За даними ООН, загальна сума економічних збитків від стихійних лих на Земній кулі щороку становить понад 60 млрд доларів США. Стихійні лиха спостерігаються і в Україні. Вони можуть охоплювати територію цілих регіонів. За даними МНС, за 1997 р. у нашій державі виникло 253 надзвичайні ситуації природного походження.

Розрізняють такі види стихійного лиха: метеорологічні катастрофи; топологічні катастрофи; тектонічні катастрофи.

Метеорологічні катастрофи - бурі, урагани, тайфуни, смерчі, морози, посухи.

Ураган, буря, смерч - надзвичайно швидке і сильне, частково катастрофічне, переміщення повітря, здатне призвести до загибелі людей, тварин, знищення морських і річкових суден, руйнування будинків, споруд, інколи цілих населених пунктів.

Швидкість вітру під час урагану сягає 120-210 км/год. і більше, під час шторму - 80-100 км/год. Смерч - це вихор, який інколи перевищує швидкість звуку. Розрідження повітря, яке виникає всередині смерчу, настільки велике, що може виривати з корінням дерева, зривати дахи, звалювати дерев'яні будинки, а інколи й повністю їх руйнувати. У таких випадках рятуватися краще за все у підвалах, канавах, траншеях, сховищах і криттях цивільної оборони.

Топологічні катастрофи - повені, селі, снігові лавини та ін.

Повінь - це затоплення значної частини суші внаслідок підняття води вище від звичайного рівня. Причинами цього стихійного лиха є зливи, інтенсивне танення снігу, виникнення заторів льоду. Повінь може бути також наслідком верхових "нагонів" води з моря. При загрозі повені здійснюються попереджувальні заходи, які дають можливість зменшити збитки і створити умови для проведення рятувальних та інших невідкладних робіт у зонах затоплення. Населення своєчасно інформується про стихійне лихо і правила поведінки, посилюються спостереження за підняттям води, перевіряється стан дамб, гребель, мостів, усуваються виявлені недоліки, готуються сили та засоби на випадок проведення рятувальних робіт. Для зменшення збитків у небезпечних районах інколи проводять евакуацію населення, вивозять матеріальні цінності. Насамперед це стосується дитячих закладів та лікарень, а також інвалідів і людей похилого віку. Людей і матеріальні цінності вивозять, звичайно, автотранспортом, тварин переганяють. У крайніх випадках використовуються катери, баржі, човни, шлюпки та інші плавзасоби. Для евакуйованих існують такі основні правила: перед тим, як залишити будинок (квартиру), необхідно перенести на верхні поверхи та інші незатоплювані місця все те, що може зіпсуватися, обов'язково вимкнути світло і газ. З собою треба взяти найнеобхідніші речі, документи, запас харчових продуктів, води, медикаментів і прибути на місце збору.

Сель - раптово сформований у руслах гірських річок тимчасовий потік води з великою кількістю піску, каміння та інших твердих матеріалів. Причинами його виникнення є інтенсивні зливи, швидке танення снігу або льоду. Сель характеризується великою масою і швидкістю пересування - до 3-5 м/сек. Руйнує будівлі, шляхи, гідротехнічні та інші споруди, знищує сади, призводить до загибелі людей і тварин.

Снігові лавини - це сходження з гірських вершин снігових мас, що виникають внаслідок перевантаження схилу після великого випадання снігу, під час відлиги, внаслідок формування в нижчих частинах снігової площі горизонту розрихлення. Лавини загрожують об'єктам, які розташовані на шляху руху лавин.

Тектонічні катастрофи - землетруси, моретруси, виверження вулканів і т. ін.

Історія знає трагічні землетруси, які завдали великої шкоди.

В європейських країнах для визначення інтенсивності землетрусів використовується 12-бальна шкала MSK 64. Умовно землетруси за цією шкалою поділяються на [42]:

- слабкі - 1-3 бали;
- помірні - 4 бали;
- достатньо сильні - 5 балів;
- дуже сильні - 7 балів;
- руйнівні - 8 балів;
- спустошуючі - 9 балів;
- нищівні - 10 балів;
- катастрофічні - 11 балів;
- дуже катастрофічні - 12 балів.

Інтенсивність землетрусу - це міра величини струсів ґрунту. Визначається вона ступенем руйнування будинків, споруд, характером зміни земної поверхні. Підземні поштовхи, удари і коливання поверхні землі зазвичай охоплюють великі території. При сильних землетрусах порушується цілісність ґрунту, руйнуються будинки і споруди (мости, шляхи), виходять з ладу комунально-енергетичні мережі (водопровід, каналізація, газ, електрика, опалення). На Земній кулі щороку реєструється понад 100 землетрусів, які призводять до руйнувань і загибелі людей. Виникають землетруси несподівано, і хоча головний поштовх триває кілька секунд, його наслідки є трагічними. Землетруси бувають тектонічні, вулканічні, обвальні та інші. Моретруси і землетруси можуть виникати також внаслідок падіння метеоритів або зіткнення нашої планети з іншими космічними тілами.

3.2. Короткий аналіз екологічної та медико-демографічної ситуації в Україні

Охорона здоров'я не є синонімом медицини, це - корпоративна служба. Ще у 1920 р. Ц.-І. Вінслау стверджував, що "охорона здоров'я - це наука і мистецтво запобігання захворюванням та інвалідності, продовження життя, поліпшення фізичного і психічного здоров'я шляхом організованих зусиль суспільства щодо поліпшення довкілля, контролю за інфекційними та неінфекційними хворобами, а також травматизмом, навчання людей особистої гігієни, організації служб діагностики, лікування і реабілітації, розвитку соціальних механізмів, які да-

ють можливість кожному членові суспільства жити відповідно до адекватних стандартів, які дозволяють зберігати життя" [16].

Але науково-технічна революція створила коло проблем, які негативно впливають на суспільне здоров'я (хімізація, концентрація виробництва, ускладнення технологій, забруднення навколишнього середовища тощо)⁴¹ [6; 20; 28; 106].

Незахищеність людини і середовища її проживання в сучасному світі, хоч як це парадоксально, деякою мірою згладжує грань між катаклізмами мирного і воєнного часу. Екологічна шкода від великих технологічних катастроф та стихійних лих, кількість людських жертв - можна порівняти з наслідками локальних воєнних конфліктів [28].

Склалося так, що в Україні з огляду на особливості фізико-географічних умов, наявність на її території великої кількості хімічних, вибухо- та пожежонебезпечних об'єктів, розгалуженої мережі нафто- та газопроводів, штучних водоймищ, а також атомних електростанцій, - існують реальні передумови виникнення надзвичайних ситуацій, які можуть становити загрозу для життя і здоров'я людей [6; 16; 20; 28].

Особливу небезпеку для населення нашої держави на сьогодні становлять високотоксичні хімічні отрути. Наприклад - виникнення невідомих раніше спалахів захворювань серед дорослих і дітей у Чернівецькій та Миколаївській областях.

Незважаючи на те, що населення України становить близько 1% населення світу, сьогодні в нашій державі переробляється до 5% загальної кількості мінеральних речовин, а навантаження контамінантів на довкілля внаслідок цього є вищим ніж у країнах Західної Європи в 3,2 раза та в 6,2 - ніж у США.

За даними фахівців, сьогодні в Україні нараховується понад 1500 різних підприємств, які використовують чи зберігають високотоксичні промислові отрути (СДОР). Основну кількість (до 95%) складають об'єкти, що містять аміак і хлор. Крім того, цілодобово залізницями України транспортується майже 15000 одиниць рухомого складу з отруйними речовинами [6; 28].

Таким чином, за наявності на території України великої кількості хімічних підприємств, високої аварійності галузі в цілому існує реальна загроза виникнення широкомасштабних осередків хімічного забруднення та масового ураження населення.

⁴¹ В Україні нараховується 7540 потенційно небезпечних об'єктів і територій, на яких можуть виникнути надзвичайні ситуації // *Вечерние вести*. - 2000. - № 149. - 12 верес.

Вплив сильнодіючих отруйних речовин на населення та особовий склад військ можливий не тільки під час аварій при їх виробництві, зберіганні або транспортуванні, а й при руйнуванні у воєнний час противником об'єктів хімічної, нафтопереробної, целюлозно-паперової та інших галузей виробництва, сховищ, потужних холодильних установок і водоочисних споруд, газо- і продуктопроводів, транспортних засобів, що обслуговують ці галузі та об'єкти.

Тому при виникненні воєнного конфлікту противник, навіть не застосовуючи зброю масового ураження, може створити дуже складну хімічну обстановку масованими ударами звичайних видів зброї. Якщо до цього додати можливе руйнування об'єктів атомної та енергетичної промисловості то, на думку фахівців, сухопутні війська не зможуть проводити класичних операцій, а змушені будуть вживати заходів щодо усунення наслідків руйнування потенційно небезпечних об'єктів [6; 28].

Аналіз, зроблений М.І. Бадюком, показує, що на хімічних підприємствах України міститься 191,9 тис. т аміаку та 9,9 тис. т хлору. Вищеназвані дві отрути визначають ступінь небезпечності 66 хімічно небезпечних об'єктів (ХНО) 1-го ступеня небезпечності, що складає 89% їх загальної кількості; 66 хімічних об'єктів 2-го ступеня небезпечності - 88% та 1088 ХНО 3-го ступеня небезпечності - 96%.

Розташування хімічно небезпечних об'єктів на території України не рівномірне. Показником розмірності розташування хімічних підприємств на території адміністративно-територіальних одиниць є щільність їх розміщення.

Найбільша кількість хімічних об'єктів розташована в південному регіоні, де щільність їх розміщення становить 2,8 на 1000 км², причому цей показник вищий ніж у Західному та Центральному регіонах майже в два рази. У Південному регіоні щільність розміщення ХНО найвища: на території Харківської області - 5,2; Донецької - 4,6; Дніпропетровської - 3,4; АР Крим - 3,5 об'єкта на 1000 км².

В центральному регіоні щільність найвища - на території Київської області 3,0 на 1000 км². В Західному - на території Вінницької, Івано-Франківської та Львівської областей відповідно 2,9; 2,4 та 1,8 ХНО на 1000 км².

Щільність розміщення хімічно небезпечних об'єктів 1-го і 2-го ступенів небезпечності, які містять хлор і аміак на території України, показано на рис. 3.3. [6]:

За рівнем використання найважливіших ресурсів Україна належить до країн світу, для яких характерне надзвичайно широке та екологічно навантажене залучення їх до господарського обороту. Парадоксально, що спад виробництва не викликав в Україні зменшення навантаження на навколишнє середовище. Викиди забруднюючих речовин в атмосферу 1998 р. становили 44,0 % рівня 1999 р., споживання свіжої води - 76,0 %, а викиди забруднюючих речовин у поверхневі водні об'єкти зросли в 4,25 рази. Спостерігається виразна тенденція до зростання скидання забруднених стоків - на 32,0 %. Зросла водомісткість ВВП на 73,0 %, а питома вага скидів забруднених речовин на одиницю ВВП збільшилася у 3-4 рази. У табл. 3.1. показано динаміку надходження забруднюючих речовин у навколишнє середовище України.

Таблиця 3.1.

Надходження забруднюючих речовин у навколишнє середовище України

Природні ресурси	1985	1990	1996	1997	1998
Надходження забруднюючих речовин, тис. тонн:					
в атмосферу	18777	15549	6342	5966	6041
у поверхневі водойми	8956	9706	11895	9541	9181
в земельні ресурси			75677	97273	60136
Надходження забруднюючих речовин у розрахунку на душу населення, кг.					
в атмосферу	371	302	126	118	120
у поверхневі водойми	176	187	234	188	183
в земельні ресурси			1483	1939	1195

За ступенем забруднення всю територію України можна поділити на зони:

- відносно чисті - 7,0 % (до них належать заповідники і національні парки);
- умовно чисті - 8,0 % (деякі райони Закарпатської, Івано-Франківської та Чернівецької областей - насамперед, гірські та передгірські, а також Тернопільської, Рівненської, Житомирської, Полтавської, Сумської, Чернігівської областей і АР Крим);

- малозабруднені - 15,0 %;
- забруднені - 40,0 %;
- дуже забруднені - 30,0 %;
- екологічної катастрофи - 1,0 % (зона відчуження після аварії на ЧАЕС та райони, прилеглі до неї, а також окремі місцевості в Донецькій, Дніпропетровській, Луганській, Львівській та деяких інших областях) [27].

Регіони з найбільш напруженою та гостро кризовою екологічною ситуацією мають найвищу густоту населення. Такими регіонами є, передусім, Донбас, Кривбас, Харківська, Запорізька і Дніпропетровська промислові агломерації. Тут нині проживає понад чверть усього населення України, яке зазнає значного негативного впливу та інтоксикації з боку надмірно забрудненого й отруєного довкілля, особливо повітря, води і ґрунтів [27].

Дослідники проблеми екології України звертають увагу на те, що приблизно такими самими сьогодні є і регіональні особливості медико-демографічної ситуації в нашій державі. Так, у західному регіоні зберігається найвищий рівень народжуваності - 12,2, найнижчий рівень смертності - 12,6 та природне скорочення населення - лише 0,4 на 1000 чоловік. У промисловому південно-східному регіоні, навпаки, має місце найвищий рівень смертності - 17,8 при дуже низькому рівні народжуваності - 8,5, що призводить до найбільш негативного серед регіонів від'ємного природного зростання населення: зменшення - 9,3 на 1000 чол. населення щорічно. Інші регіони посідають проміжне місце.

Майже катастрофічна медико-демографічна ситуація в південно-східному регіоні залежить від того, що, по-перше, в ньому проживає населення з більшою часткою осіб літнього та похилого віку, а по-друге, на здоров'я населення в ньому впливає дія відходів промислового виробництва. В Україні спостерігається подальше погіршення стану здоров'я населення, що негативно позначається на медико-демографічній ситуації в цілому [101].

Зважаючи на викладене вище, а також враховуючи наявність на території нашої держави чотирьох АЕС є всі підстави стверджувати, що при розробці організаційно-штатної структури лікувальних закладів територіальної госпітальної бази (ТерГБ) доцільно обов'язково передбачити відповідні відділення з надання медичної допомоги ураженим СДОР та потерпілим від радіаційних уражень. Це підтверджується результатами

ми дисертаційних робіт Бадюка М.І., Іванова С.В., Левченка Ф.М. (6; 28; 43) та інших дослідників.

3.2.1. Теоретичне обґрунтування підходів до оцінки якості середовища проживання людини

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), якість довкілля поряд із соціально-економічними умовами, генетичними факторами та рівнем охорони здоров'я визначає стан здоров'я населення будь-якої країни світу. Без помітного поліпшення стану біосфери не можна сподіватися на підвищення рівня здоров'я населення.

За прогнозами вчених Вашингтонської АН, перед людством постала реальна загроза глобальної екологічної катастрофи у зв'язку з існуючим і наростаючим нагромадженням у довкіллі стійких і вкрай небезпечних для людини речовин на зразок хлор-органічних пестицидів, важких металів, радіонуклідів тощо.

В цих умовах центральним питанням охорони біосфери від денатурації внаслідок забруднення є наявність надійних достовірних критеріїв оцінки якості довкілля.

Як показує досвід останніх років, загальноприйнята оцінка небезпеки забруднення об'єктів середовища за допомогою гігієнічних нормативів (гранично допустима концентрація (ГДК), гранично допустима доза (ГДД) та ін.) часто не спрацьовує. Наприклад, з'явилася значна кількість даних про те, що за відсутності перевищення ГДК забруднювачів в атмосферному повітрі зростає екологічно зумовлена захворюваність серед дорослих і дітей. Це пов'язано, з одного боку, із недосконалістю методології гігієнічного нормування шкідливих речовин (перенесення даних з експериментальних тварин на людину), неспроможністю кількісного визначення на лабораторних тваринах можливих віддалених ефектів (мутагенна, імунодепресивна, канцерогенна дія) у людини, а з другого, наявністю комбінованого спільного впливу багатьох шкідливих факторів на організм людини в реальних умовах.

Така ситуація переконливо свідчить, що універсальним критерієм якості довкілля може бути тільки стан здоров'я населення, тобто медико-гігієнічний моніторинг. Для вивчення впливу антропогенної діяльності на природу необхідні дослі-

дження стану та змін в екосистемах і біоценозах або екологічний моніторинг.

Ще однією важливою проблемою, яка потребує нагального вирішення, є відсутність однозначного термінологічного тлумачення таких, здавалося б, простих і зрозумілих понять, як “здоровоохорона”, “охорона здоров’я”, “медицина” та “профілактика”.

Пропонується наступне визначення цих понять і розмежування функцій.

Медицина - це наука (комплекс наук), що вивчає закономірності забезпечення, відновлення та зміцнення здоров’я людей. Вона визначає, що потрібно мати чи зробити з тим, щоб людина була здоровою (як мінімум - не хворіла), відновити здоров’я в разі хвороби чи травми, як зміцнити здоров’я. Медицина повинна видати рекомендації щодо оптимізації генофонду, здорового способу життя, поліпшення санітарного стану довкілля, а також методу лікування в разі порушення здоров’я.

Охорона здоров’я - це система заходів, що забезпечують збереження, відновлення та зміцнення здоров’я. Структури системи охорони здоров’я включають: органи законодавчої та виконавчої влади, системи життєзабезпечення населення, адміністрації підприємств і установ, особисто кожному людину і, можливо, громадські організації. Обов’язки їх мають бути чітко визначені та законодавчо регламентовані.

Міністерство охорони здоров’я (МОЗ) - це одна із структур системи охорони здоров’я, що реалізує рекомендації медицини, переважно відновлювального, тобто лікувального, характеру. МОЗ не зобов’язане включати медицину як науку в цілому. Принаймні в МОЗ можна включати ту частину медицини, яка відповідає за розробку методів лікування. МОЗ має забезпечувати медичне обслуговування населення, і тому перед ним не повинні стояти глобальні завдання щодо охорони здоров’я людей, з якими воно в принципі ніколи не справиться.

Термін “профілактика” часто використовується в тих випадках, коли йдеться про здоров’я, медицину або охорону здоров’я. Профілактика вважається основним напрямком охорони здоров’я; саме їй відводиться роль основи системи охорони здоров’я в цілому. Гігієністи вважають профілактику методом досягнення мети гігієни - збереження і зміцнення здоров’я. Загальноновизнаним вважається також виділення “профілак-

тичної медицини”, під якою розуміють санітарно-епідеміологічні заклади МОЗ. Причому, у всіх випадках мова йде про одне й те ж - медицину.

А чи доцільно так широко використовувати стосовно медицини термін “профілактика”? Думаємо, що ні.

Стосовно медицини теоретичної, то тут все однозначно - профілактика не може бути її методом з тієї причини, що будь-яка наука тільки вивчає процеси та явища, але нічого не попереджає і не усуває. Наука може вивчати землетруси, але не може їх усунути чи хоча б попередити саме явище. Так само гігієна вивчає закономірності збереження здоров'я, але попередити шкідливі впливи не в змозі. Гігієна може розробити пропозиції щодо попередження (профілактики) шкідливого впливу на здоров'я (наприклад, встановити гранично допустимі нормативи), але і в такому разі це буде лише псевдопрофілактичним впливом, оскільки профілактичний результат можливий тільки після реалізації нормативу, а реалізувати його ні теоретична, ні навіть практична медицина не можуть.

Профілактика не може бути вторинною або третинною. Профілактика - це недопущення шкідливих впливів на здоров'я людини і досягається або усуненням найбільш шкідливого фактора, або недопущенням його дії на людину. В будь-якому разі профілактика - це усунення, попередження дії шкідливого фактора, а не попередження патологічних змін в організмі чи хвороби. Профілактика покликана зберігати неушкодженим стан здоров'я і закінчується біля ліжка хворого. Саме хвороба є межею, що розділяє профілактику й лікування. Від початку хвороби, коли рівень здоров'я опустився нижче за критичний, про профілактику не може бути й мови - є тільки лікування, тобто усунення, ліквідація патологічних змін, що виникли в організмі, і відновлення здоров'я до рівня, вищого за критичний. Саме ж лікування має бути настільки корисним, щоб не було ускладнень, а в майбутньому - рецидивів.

Залишилось вирішити, чи має відношення до профілактики нелікувальна практична медицина? У принципі - ні, хоча на практиці - так, адже профілактичною функцією санепідстанов є санітарний нагляд. Але санітарний нагляд - це за своєю суттю адміністративна функція, внутрішньо не властива медицині, лікарській діяльності. З таким або навіть більшим успіхом санітарний нагляд можуть здійснювати інженери чи прокуратура.

Профілактика - це складова охорони здоров'я як загальнодержавної системи збереження і зміцнення здоров'я (але не Міністерства охорони здоров'я!). Вона має відношення до медицини як науки в частині встановлення норм і розробки рекомендацій щодо оптимізації генофонду, санітарного стану довкілля і здорового способу життя. Основна ж частина профілактичних заходів - це діяльність немедичних структур охорони здоров'я з метою реалізації цих норм і рекомендацій медицини.

Труднощі у вирішенні багатьох профілактичних проблем пов'язані з різним тлумаченням поняття "здоров'я". Останнє, як показує досвід та історія медицини, постійно блокується певними аспектами поняття "хвороба", і ця умова не тільки ускладнює наповнення його конкретним змістом, але й стримує провідну роль у медицині.

Поняття "здоров'я" є багатофакторним, складним і динамічним явищем, яке у філософській, соціально-економічній та медичній літературі тлумачиться з різних методологічних позицій. Існує досить широкий перелік термінів, що найчастіше використовувались і використовуються вітчизняними та зарубіжними авторами в різні історичні епохи - від Гіппократа до наших днів (здоров'я населення, популяції, колективу, людини, особистості, сім'ї, світу тощо).

Завдання ускладнюється ще й необхідністю багаторівневої оцінки здоров'я. Найчастіше диференціюють три взаємопов'язані рівні здоров'я, що потребують неоднозначного методичного підходу, - суспільний (популяційний), груповий та індивідуальний, за даними одних авторів, або біологічний, соціальний та психологічний, за даними інших. Слід зазначити, що різні тлумачення поняття "здоров'я", як медико-біологічного та громадсько-суспільного феномена, чітко показані ще О.П. Доброславіним. На його думку, у медичному розумінні здоров'ям вважають "фізіологічний стан організму, коли всі функції здійснюються, не відступаючи від норм"⁴². Під суспільним здоров'ям слід розуміти "...стан найбільшої здатності до праці, який відповідає сумі сил людини".

⁴² *Радиш Я.Ф.* До питання оцінки якості середовища проживання людини, охорони здоров'я, медицини та профілактики / Соціально-економічні та екологічні проблеми розвитку адміністративних районів: Наук. допов. міжнар. наук.-практ. конф. (м. Тернопіль, 17-18 квіт. 1997 р.) // Ін-т регион. дослідж. НАН України. - Л., 1997. - Ч. II. - С. 216-220.

До речі, саме О.П. Доброславін вперше вказав на обмежені можливості медицини щодо здійснення санітарно-оздоровчих заходів, постійно підкреслюючи державний характер останніх, державну, а не медичну, природу охорони здоров'я як системи організації, розробки та реалізації заходів, спрямованих на збереження та зміцнення суспільного і особистого здоров'я. А головним завданням охорони здоров'я він вважав "вивчення законів стійкості фізіологічної рівноваги в організмі при різних умовах суспільної діяльності та вивчення найвірогідніших умов збереження і розвитку виробничих сил організму"⁴³.

Незважаючи на те, що практично кожне з визначень здоров'я більшою або меншою мірою відбиває його суть, єдиного, прийняттого для всіх визначення цього важливого поняття досі не існує. Є навіть припущення, що вичерпного визначення поняття "здоров'я" дати неможливо, оскільки ця дефініція належить до розряду абстрактних і не може тлумачитись однозначно.

У Військово-медичній академії МО РФ (м. Санкт-Петербург, 1991) з метою вироблення єдиного поняття "здоров'я" було проведено структурно-семантичний аналіз його 79 визначень, в результаті чого отримано наступні тлумачення:

1. Здоров'я - це морфологічна, функціональна, інформаційна, енергетична цілісність системи.

2. Здоров'я - це збереження і підтримання генетично детермінованих і набутих у процесі розвитку властивостей системи.

3. Здоров'я - це оптимальне функціонування системи, тобто можливість виконання функцій, необхідних для життєдіяльності системи з максимальним ефектом при мінімальних витратах.

4. Здоров'я - це збалансування елементів, підсистем між собою, всередині системи і цілісної системи з середовищем перебування (адекватна саморегуляція і підтримка гомеостазу).

5. Здоров'я - це відсутність дефектів, патологічних станів, ушкоджень у системі, які порушують життєдіяльність або перешкоджають її розвитку.

Як стверджує Л.П. Терент'єв - науковий керівник групи, що здійснювала зазначені дослідження, наведені вище визна-

⁴³ Радич Я Ф. До питання оцінки якості середовища проживання людини, охорони здоров'я, медицини та профілактики / Соціально-економічні та екологічні проблеми розвитку адміністративних районів: Наук. допов. міжнар. наук.-практ. конф. (м. Тернопіль, 17-18 квіт. 1997 р.) // Ін-т регіон. дослідж. НАН України. - Л., 1997. - Ч. II. - С. 216-220.

чення перекривають понад 88% змістової інформації проаналізованих тлумачень поняття “здоров’я”.

На думку українських вчених ⁴⁴, найбільш доцільним є такий підхід до визначення поняття “здоров’я”, при якому враховуються різні цілі (див. рис. 3.4.).

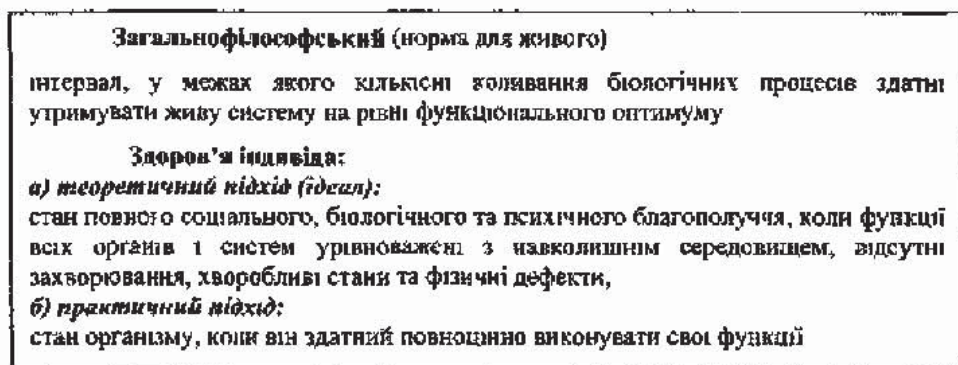


Рис. 3.4. Схема цільового підходу до визначення поняття “здоров’я”

Сукупний розгляд медико-статистичних і медико-діагностичних показників дозволяє реально характеризувати фізичний стан, нервово-психічний та імунний статус, вітамінну забезпеченість індивіда і популяції, визначити ступінь передморбідного (стан перед розвитком хвороби - авт.) стану, ідентифікувати “фактори ризику” доквілля. Для кількісної характеристики отриманих показників доцільно використати величини стандартних відхилень і побудову відповідних шкал.

Кількість здоров’я являє собою загальний його запас упродовж усього життя, детермінований генетичними і соціальними факторами. Ці параметри доцільно визначати не тільки біологічними, але й соціальними показниками. Такими показниками є: середня тривалість життя, інтеграл працездатності за життя, самопочуття тощо.

При всіх труднощах запропонованих варіантів можливо визначення потужності і кількості здоров’я, його вирішення відкриває шлях до об’єктивної оцінки зусиль суспільства, які ним докладаються для створення громадянам держави нормальних умов проживання, мірилом якого в кінцевому підсумку завжди буде здоров’я.

⁴⁴ Соціальна медицина та організація охорони здоров’я / За заг. ред. Ю.В. Вероненка, В.Ф. Москаленка. - Тернопіль. Укрмедкнига, 2000 - С. 95-163.

Виконання основного стратегічного завдання діяльності системи охорони здоров'я України - збереження та зміцнення здоров'я населення - неможливе без знання основних характеристик, тенденцій та закономірностей стану здоров'я населення нашої держави. А рівень здоров'я громадян України, в свою чергу, є найбільш точним показником ефективності державного управління в галузі охорони здоров'я.

3.3. Роль і місце військової медицини в забезпеченні воєнної безпеки України

3.3.1. Основні напрямки забезпечення воєнної безпеки України

Відповідно до ст. 17 Конституції нашої держави, яка прийнята Верховною Радою України 28 червня 1996 р., "Захист суверенітету і територіальної цілісності України, забезпечення її економічної та інформаційної безпеки є найважливішими функціями держави, справою всього Українського народу. Оборона України, захист її суверенітету, територіальної цілісності і недоторканності покладається на Збройні Сили України" [1].

В іншому важливому документі - "Воєнній доктрині України", яка затверджена Верховною Радою України 19 жовтня 1993 р., сказано: "Стратегічним завданням України в галузі оборони є захист її державного суверенітету і політичної незалежності, збереження територіальної цілісності та недоторканності кордонів... Проголошуючи свою воєнну доктрину, яка має оборонний характер, Україна виходить з того, що вона не є потенційним противником жодної конкретної держави" [2].

Необхідно нагадати і ще раз наголосити на тому, що Україна вже двічі - у XVII ст. й на початку XX ст. - не змогла здобути справжньої незалежності внаслідок неспроможності держави зміцнити воєнну безпеку як основу національної безпеки.

Сьогодні необхідність створення в Україні надійної системи воєнної безпеки диктується щонайменше трьома важливими обставинами: по-перше, в період з 1921 по 1947 рр. наш народ втратив майже 15 млн чоловік, і повторення подібної трагедії не можна допустити; по-друге, у тих воєнно-політичних умовах, що склалися, історичні, територіальні, економічні, етнічні й конфесійні суперечності можуть стати причиною збройних конфліктів на зразок ірако-кувейтського, карабахського або югославського; по-третє, науково-технічний комплекс України, що посідає міс-

це в першій десятці індустріально розвинутих країн світу, в поєднанні з величезною невикористаною духовною енергією народу, яка накопичувалася століттями, є основою того, що колись у майбутньому на території України буде створена зовсім нова, духовно-екологічна, цивілізація, але таке якісне перетворення може відбутися тільки за умов міцної воєнної безпеки [37].

Теорія воєнної безпеки (складові системи воєнної безпеки подані на рис. 3.5.), що тепер створюється як складова воєнної науки, також має свої поняття і визначення. Ось як тлумачить деякі з них відомий вчений у галузі воєнної стратегії Г. Костенко [37].

“Воєнна загроза” - це такий стан міждержавних (міжетнічних, міжконфесійних) відносин, за яких існує потенційна можливість виникнення збройного конфлікту.

“Воєнна небезпека” - це такий стан відносин між супротивниками, коли існує висока ймовірність використання сили. Час переходу з першого якісного стану в другий являє собою “загрозливий період”. Він характеризується найвищим прихованим загостренням суперечностей між супротивними сторонами й великою ймовірністю усунення суперечностей засобами збройної боротьби.

Джерелами воєнної небезпеки для України на сучасному етапі можуть бути:

- соціально-політична нестабільність у східноєвропейських країнах, пов’язана із загостренням у них соціальних і міжнаціональних суперечностей;
- стимульовані ззовні міжнаціональні конфлікти, спрямовані на розкол України;
- економічна блокада та економічний шантаж;
- нестійкість державних владних структур у суміжних державах або легалізація кримінальних структур як нових державних утворень;
- територіальні претензії з боку окремих держав;
- підрив цілісності України шляхом розпалювання міжетнічних й міжконфесійних протиріч;
- послаблення економічної самостійності України, деградація її технологічного, промислового та воєнного потенціалу;
- прагнення деяких держав до встановлення свого воєнно-політичного впливу в окремих регіонах світу та розв’язання конфліктів силовими методами;
- наявні та потенційні осередки локальних воєн і збройних конфліктів поблизу кордонів України;

- порушення прав і свобод людини в деяких сусідніх державах й викликані цим пекеровані міграційні процеси;
- підриг стабільності внаслідок порушення режиму нерозповсюдження ядерної зброї, міжнародних угод щодо обмеження і скорочення озброєнь шляхом кількісного та якісного їх нарощування в суміжних державах.

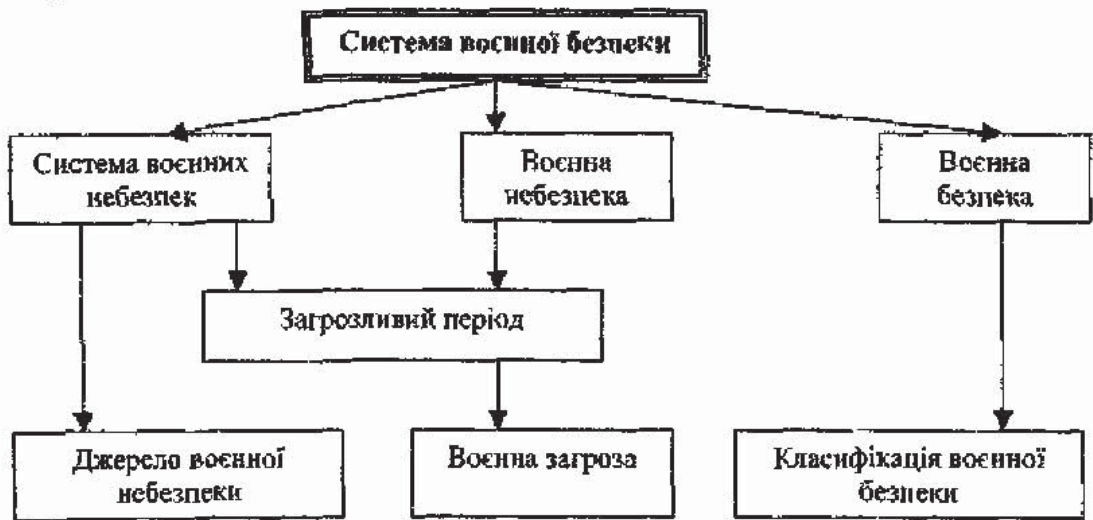


Рис 3.5. Ієрархічна структура основних понять теорії воєнної безпеки

“Система воєнної безпеки” - сукупність основних доктрин держави і створених на їх основі органів, установ і засобів взаємодії, що забезпечують воєнну безпеку держави [11].

У Воєнній доктрині України сказано, що основними завданнями забезпечення воєнної безпеки є [2]:

у мирний час - прогнозування мети і характеру можливої війни для її відвернення, розбудова власних Збройних Сил, створення і підтримання воєнного потенціалу на рівні, достатньому для стримування збройної агресії, забезпечення недоторканості державних кордонів у повітрі, на суші й на морі, припинення можливих провокацій та посягань на суверенітет країни, підтримання постійної готовності Збройних Сил до відбиття можливої агресії з боку будь-якої держави (коаліції держав) із повітряно-космічного простору, суші або моря;

у воєнний час - мобілізація всіх матеріальних та людських ресурсів країни з тим, щоб відбити збройну агресію, завдати поразки агресору, позбавити його можливості продовжувати війну та змусити припинити воєнні дії за умов, вигідних для України.

Военна безпека України досягається за рахунок:

- єдиних політико-дипломатичних зусиль, спрямованих на зниження рівня воєнного протистояння;
- створення зон, вільних від зброї масового ураження, регіональних систем безпеки;
- активних колективних акцій для вирішення конфліктів, що виникають;
- наявності військ постійної готовності та резервів, які за своєю чисельністю, оснащенням, бойовою злагодженістю і ступенем розгорнутості забезпечували б відбиття агресії;
- мобілізації і стратегічного розгортання всіх видів Збройних Сил та організованого вступу держави у війну;
- здатності вести воєнні дії на суші, морі, у близькому космосі та повітрі;
- забезпечення високого рівня морально-психологічної і професійної підготовки особового складу до виконання завдань збройної боротьби за будь-яких умов бойової обстановки;
- оснащення Збройних Сил новітніми засобами збройної боротьби;
- готовності виділити відповідні військові контингенти до складу військ ООН для проведення згідно з рішенням Ради національної безпеки і оборони воєнних дій з метою припинення агресії окремих держав або груп держав, а також підтримання миру та безпеки в різних регіонах.

3.3.2. Головні засади реформи системи медичного забезпечення Збройних Сил України

Система медичного забезпечення ЗС України і держави в цілому, яка існувала до 1995 р., була фактично фрагментом системи медичного забезпечення колишнього СРСР і його Збройних Сил у ракетно-ядерній війні. Вона будувалася на концептуальних засадах, головними з яких є [33, 63]:

- орієнтація на наступальну війну великих масштабів і на великих просторах;
- виникнення в короткі терміни великої кількості уражених серед особового складу військ (сил) і цивільного населення;
- ігнорування потреб цивільного населення, фактично неможливе використання ресурсів цивільної охорони здоров'я - людських і матеріальних, що залучаються для медичної служби Збройних Сил;

• лікування практично 100% поранених і хворих, перспективних для повернення до служби, у військово-лікувальних закладах діючої армії.

Прямим наслідком таких застарілих і неадекватних умов України як незалежної держави концептуальних підходів є, по-перше, відомчий підхід до єдиної у принципі системи військової медицини, наявність самостійних органів управління медичною службою в усіх військових формуваннях різних міністерств та відомств і, фактично, автономне їх функціонування.

Другим шкідливим фактором є недостатня координованість дій між органами медичного забезпечення ЗС та силових міністерств і відомств, з одного боку, і МОЗ України - з другого.

Такі концептуальні підходи до побудови системи медичного забезпечення ЗС і держави в цілому у воєнний період та прогнозовані несприятливі наслідки у процесі практичної їх реалізації вимагають, по-перше, великих затрат ще в мирний час на створення, утримання і постійне оновлення медичного та іншого майна і техніки для великої кількості формувань військово-медичної служби. У мирний час військово-медична служба ЗС має 40 військових госпіталів, у воєнний - повинна розгортати понад 600, тобто у 15 разів більше.

По-друге, мобілізація сил і засобів військово-медичної служби в існуючій системі деструктивно впливає на систему охорони здоров'я цивільного населення держави. Так, у воєнний час підлягають мобілізації 63% лікарів-хірургів, які є в системі МОЗ, а за деякими спеціальностями цей показник сягає 83-85 % (нейрохірурги, торакальні хірурги тощо).

По-третє, мобілізаційний контингент військових лікарів за досвідом своєї практичної роботи не відповідає своєму мобілізаційному посадовому призначенню. Поширеним явищем є припис за мобілізаційним призначенням на посаду елітного військово-лікарського контингенту (нейрохірургів, торакальних хірургів та ін.) лікарів, які пройшли лише короточасні курси перепідготовки (або навіть без них) і не мають ніякого досвіду практичної діяльності за своєю військово-обліковою спеціальністю, а тим більше за посадовим призначенням.

По-четверте, незважаючи на високу затратність системи і, виходячи з вищеозначених негативних факторів, вона не може бути достатньо ефективною, не може забезпечити надання медичної допомоги належної якості пораненим на війні військово-службовцям. Складність і громіздкість системи призводить до

того, що головні військово-лікувальні заклади - військові госпіталі різного профілю - перетворюються на зібрання випадкових людей, які не мають належної професійної майстерності, досягти якої за умов наявного рівня професійно-спеціальної підготовки мобілізаційного контингенту практично не реально.

Зрозуміло, що така система медичного забезпечення ЗС України на воєнний час не відповідала її фактичним потребам, реальним можливостям держави - її системи охорони здоров'я та економіки в цілому, не забезпечувала гарантованої медичної допомоги пораненим та хворим військовослужбовцям.

Тому, починаючи з 1995 р., в нашій державі здійснюється докорінна реформа діючої і створення нової системи медичного забезпечення ЗС України на мирний і воєнний час.

Головна мета реформування - створення сучасної, високоефективної, економічно доцільної системи медичного забезпечення ЗС України, яка повністю відповідає поставленим завданням у мирний і воєнний час⁴⁵.

Головні завдання реформування:

- удосконалення системи управління військово-медичною службою;
- розробка і поетапне впровадження територіального принципу медичного забезпечення особового складу ЗС України;
- створення основних вертикалей медичного забезпечення:
 - лікувально-діагностичної,
 - санітарно-епідеміологічної,
 - медичного постачання;
- удосконалення і реорганізація військово-медичного постачання на воєнний час;
- створення системи підготовки військово-медичних кадрів і військово-медичної науки;
- удосконалення системи фінансування військово-медичної служби і розробка принципів економічної доцільності.

Таким чином, одним з основних завдань реформування військово-медичної служби ЗС України є інтеграція ще у мирний час системи медичного забезпечення ЗС України, військових формувань інших відомств із загальнодержавною системою охорони здоров'я населення України. Схему взаємозв'язку медичного забезпечення ЗС зі складовими воєнної безпеки України показано на рис. 3.6.

⁴⁵ Стан та реформування системи медичного забезпечення Збройних Сил України: Доп. начальника Голов. війс.- медич. упр. МО України. - К., 2000 р. - верес.

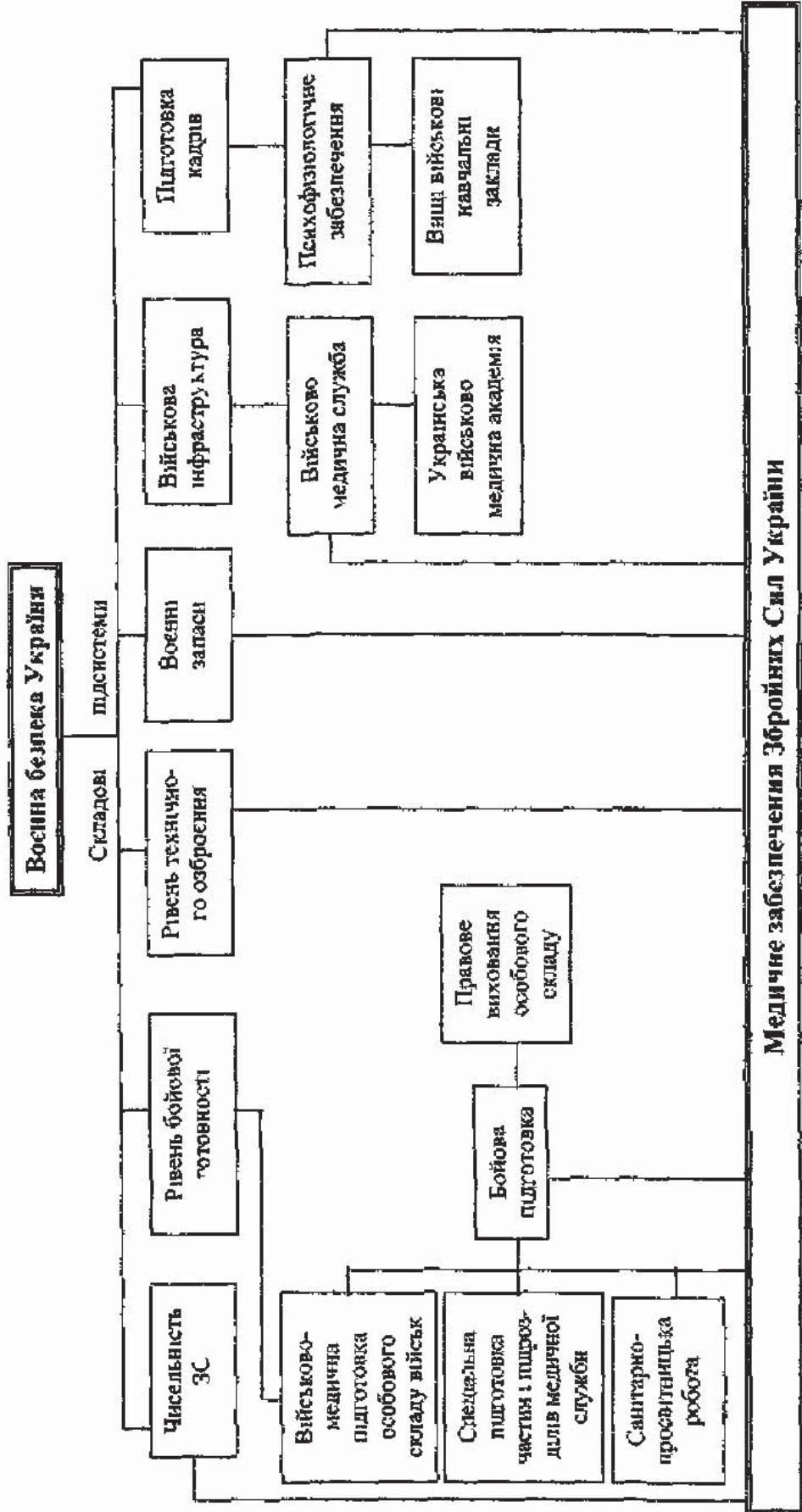


Рис 3.6. Взаємозв'язок медичного забезпечення ЗС зі складовими системи забезпечення воєнної безпеки України

3.4. Вплив недосконалих міжвідомчих державно-управлінських відносин в охороні здоров'я України на ефективність роботи галузі в умовах надзвичайних ситуацій та шляхи їх оптимізації

Постановами Кабінету Міністрів України № 819 від 16 жовтня 1995 р. та № 343 від 14 квітня 1997 р., низкою інших постанов уряду [35; 70; 74-76] створена Державна служба медицини катастроф, призначена для забезпечення надання потерпілим під час природних та техногенних катастроф, а також в інших особливих умовах (у подальшому викладі всі зазначені можливі умови діяльності підрозділів охорони здоров'я будуть називатися особливими - *авт.*) всіх видів медичної допомоги [28].

На сьогодні відповідні управління МОЗ України та ГВМУ МО України продовжують роботу над розробкою міжвідомчої організаційно-функціональної структури медичного забезпечення військовослужбовців і цивільного населення України за територіальним принципом, відводячи при цьому належне місце пошуку ефективних управлінських рішень з організації медичного забезпечення потерпілих в особливих умовах. Цьому слугує і розроблена Військово-медична доктрина України⁴⁶.

Одним з можливих кроків щодо зближення і порозуміння керівників органів управління та керівників медичних підрозділів МОЗ і МО України може бути створення в центральному апараті (МОЗ України) спеціальної організаційної структури (див. рис. 3.7. і 3.8.), яка б координувала їх діяльність.

Зважаючи на те, що Державною службою медицини катастроф України вже використовується низка термінів, запозичена даною структурою у військової медицини (зокрема, "етап медичної евакуації", "план медико-санітарного забезпечення", "ліжкофонд" тощо), - на нашу думку, цій службі доцільно до свого понятійного апарату ввести термін "лікувально-евакуаційна характеристика" і використовувати його у своїй практичній діяльності.

⁴⁶ Блїий В.Я., Пасько В.В., Сохін О.О. Військово-медична доктрина України // Наука і оборона. - К, 2000. - № 4. - С.18-23.

3.4.1. Лікувально-евакуаційна характеристика поранених, хворих та уражених

Наприкінці 80-х - початку 90-х років молоді науковці ВМедА ім. С.М. Кірова (м. С.-Петербург) з метою удосконалення процесу медичного забезпечення військ під час операцій та усунення медичних наслідків техногенних катастроф з ініціативи та під безпосереднім керівництвом проф. Ю.С. Асаніна запропонували використовувати не тільки розрахунки величини і структури санітарних втрат, але й лікувально-евакуаційну характеристику поранених, хворих та уражених.

В 1991 р. у ВМедА ім. С.М. Кірова автором даної монографії була запропонована дефініція цієї категорії. У 1998 р. цей термін з подачі його автора був уведений до Російсько-українського військово-медичного словника [86], в 1999 р. - схвально оцінений на V з'їзді Всеукраїнського лікарського товариства, а в 2000 р. - його було введено до "Тлумачно-термінологічного словника-довідника менеджера охорони здоров'я".

Лікувально-евакуаційна характеристика (ЛЕХ) - це комплекс показників, які відображають ступінь тяжкості поранених і хворих, їх потребу в лікувальних та евакуаційних заходах на різних етапах медичної евакуації, прогнозування результатів і наслідків лікування потерпілих та можливі терміни настання очікуваного результату: повернення у стрій чи до праці, можливість каліцтва чи летального наслідку, тривалість лікування та реабілітації.

Виходячи з цього визначення, дати лікувально-евакуаційну характеристику пораненим і хворим - це:

- оцінити загальний стан поранених та хворих (зробити сортувальний висновок);
- визначити їх потребу та черговість у наданні різних видів медичної допомоги;
- розподілити контингент потерпілих за місцем лікування;
- спрогнозувати можливість термінів лікування та реабілітації;
- визначити час настання очікуваного результату поранення (хвороби);
- передбачити можливий ступінь втрати боєздатності чи працездатності;

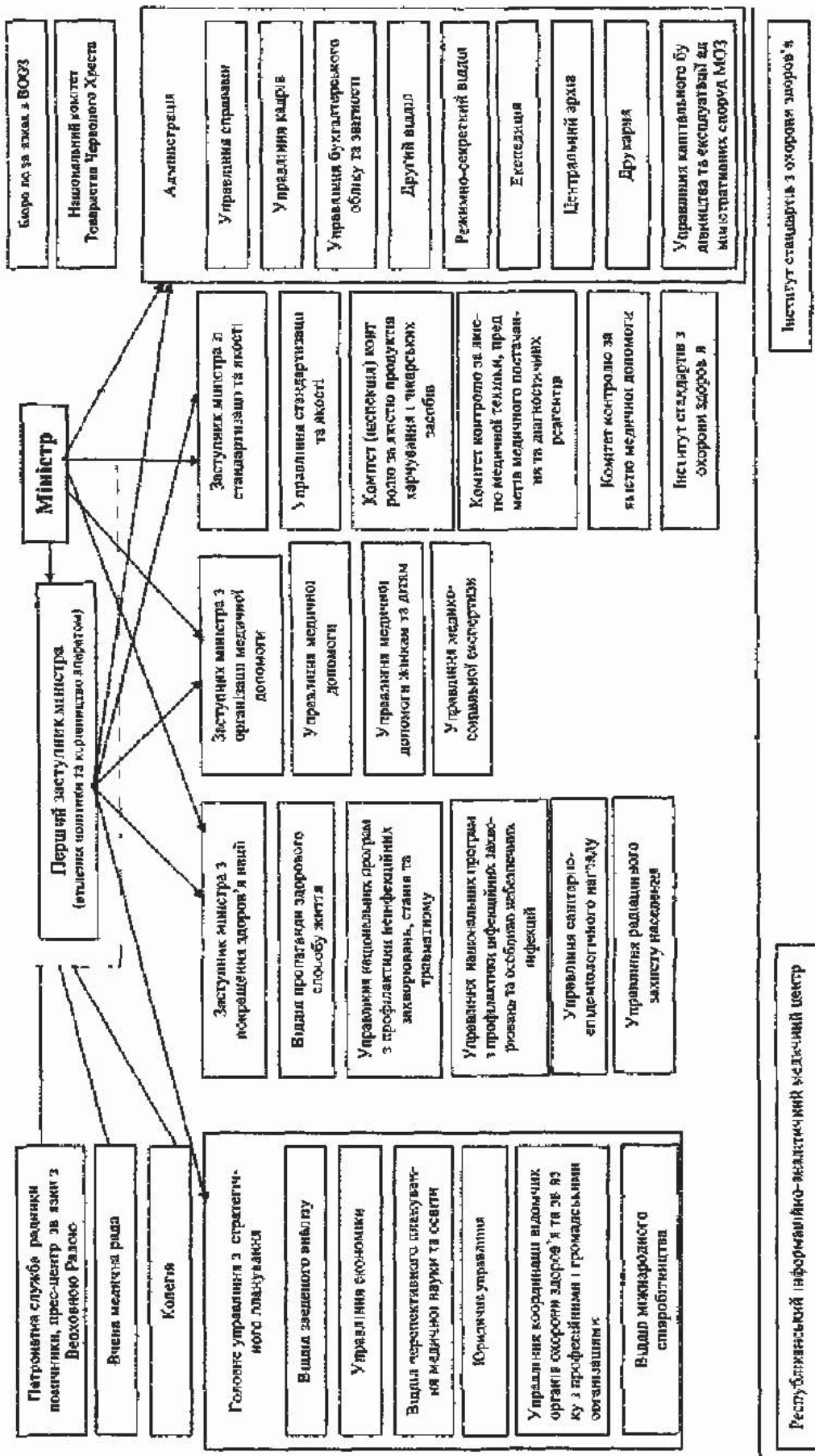


Рис. 3.7. Структура МОЗ України (проект від 16.05.99. р.)

- розрахувати кількість та вид транспорту, потрібного для евакуації потерпілих;

- розрахувати необхідну кількість лікарських бригад.

Лікувально-евакуаційна характеристика поранених та хворих залежить від характеру та тяжкості ураження, обсягу і термінів надання медичної допомоги на попередніх етапах медичної евакуації, тривалості та видів використаних засобів евакуації.

Вхідною (початковою) інформацією для визначення лікувально-евакуаційної характеристики є:

- величина і структура санітарних втрат;

- дані значень лікувально-евакуаційних показників, отримані в результаті наукових досліджень.

Після проведення прогностичної оцінки медичних наслідків поранені та хворі за особливостями лікувально-евакуаційної характеристики розподіляються на групи:

1. Ті, які потребують медичної допомоги:

- заходів першої медичної та долікарської допомоги;

- невідкладних заходів першої лікарської допомоги;

- першої лікарської допомоги у певному обсязі;

- кваліфікованої медичної допомоги за життєвими показниками;

- кваліфікованої медичної допомоги у певному обсязі;

- заходів спеціалізованої медичної допомоги.

2. Ті, які потребують евакуаційних заходів:

- потерпілі, які потребують амбулаторно-поліклінічного спостереження;

- евакуації автотранспортом у МПП (Омедб);

- евакуації автотранспортом у госпіталь;

- евакуації авіатранспортом у госпіталь;

- евакуації до спеціалізованих госпіталів ПерГБ та ТерГБ автомобільним транспортом та авіацією.

3. За термінами і кінцевим результатом лікування:

- повернуться на службу чи до праці (всього і за днями лікування);

- звільняться з лав Збройних Сил або отримають інвалідність (всього і за днями лікування);

- можлива летальність (всього і за днями настання).

Важливість вивчення та прогнозування ЛЕХ поранених та хворих пов'язана, насамперед, з виникненням масових санітарних втрат. Ефективність та якість надання медичної допо-

моги оцінюється, в основному, питомою вагою потерпілих, що вижили та повернулись до діяльності.

Як показує аналіз роботи медичної служби під час бойових дій та усунення медичних наслідків техногенних катастроф, що сталися у світі в останні роки, ефективність медичної допомоги в кінцевому підсумку визначається рівнем організаційних заходів, оптимальною структурою медичних підрозділів, високою якістю технічних засобів, дієздатністю та стійкістю управління. Саме ці фактори визначають своєчасність надання медичної допомоги, високий рівень лікувально-евакуаційних заходів, ефективність медичної допомоги в цілому. Але у всіх, без винятку, випадках основною умовою успішної діяльності медичної служби було своєчасне сортування і надання адекватної медичної допомоги пораненим, хворим та ураженим, тобто визначення ЛЕХ контингенту, якому ця допомога надавалася.

Таким чином, визначення ЛЕХ поранених, хворих та уражених і включення її в технологічний процес надання медичної допомоги максимальній кількості потерпілих на всіх етапах медичної евакуації в сучасних умовах є надзвичайно актуальним завданням Державної служби медицини катастроф України.

3.5. Медичне забезпечення за територіальним принципом - шлях до створення загальнодержавної системи надання медичної допомоги цивільному населенню і військовослужбовцям Воєнної організації України

Медичне забезпечення Збройних Сил (ЗС) України у воєнний час і в разі екстремальних ситуацій як складна організаційна ієрархічна система перебуває у стані постійного розвитку. Це, передусім, пов'язано з появою нових умов (зміна політичної ситуації у світі, затвердження Воєнної доктрини України) та потреб (необхідність тісної інтеграції іде в мирний час системи медичного забезпечення ЗС України, військових формувань інших відомств із загальнодержавною системою охорони здоров'я населення України). Зазначені умови призводять до змін як елементів системи, так і всієї системи медичного забезпечення під час воєнних дій і в особливих умовах.

У відповідності з концептуальними положеннями сучасного воєнного будівництва фахівці з організації медичного забезпечення військ вважають, що в розвитку системи управління медичною службою пріоритетне значення сьогодні має вирішення таких завдань [33; 63]:

- відповідність Воєнній доктрині України, системі будівництва і функціонування ЗС України;
- здатність медичної служби виконувати завдання медичного забезпечення військ на випадок загрози і власне бойових дій;
- удосконалення організаційної структури органів управління медичною службою з урахуванням угруповань військ, що створюються на воєнний час та їх оперативного призначення;
- організаційно-технічний розвиток системи управління на основі використання засобів автоматизації та інформаційного забезпечення у загальній системі управління військами (силами);
- створення на стратегічних і оперативних напрямках територіальних систем управління медичною службою військових формувань;
- розробка нормативно-правової бази (керівництв, порадників тощо) управління медичною службою, що визначатиме її роль і місце в загальній системі управління, характер взаємовідносин з іншими міністерствами і відомствами держави;
- урахування і, по можливості, використання позитивних сторін різних систем медичного забезпечення ЗС - як прийнятих у колишньому СРСР, так і в країнах НАТО;
- відповідність Женевським конвенціям та іншим міжнародно-правовим актом, які регламентують організацію надання медичної допомоги пораненим і хворим та діяльність військово-медичної служби у воєнний час;
- динамічність та гнучкість концепції, яка б дозволила новоствореній системі охорони здоров'я військовослужбовців і медичного забезпечення ЗС України в перспективі вийти на рівень міжнародних стандартів її функціонування.

При внутріструктурному оновленні системи медичного забезпечення військ і цивільного населення автори концепції перебудови галузі використали не відновлювальний шлях перетворень, за якого, зазвичай, нове покоління структурних одиниць замінює застарілі елементи на дієздатні, хоч останні мало відрізняються від своїх попередників, а пішли шляхом креатив-

ного оновлення, суть якого полягає у створенні нових форм і започаткуванні нового змісту діяльності.

Саме такою формою найбільш перспективного напрямку вдосконалення діяльності галузі охорони здоров'я України та її реорганізації є створення територіальної системи медичного забезпечення (ТСМЗ) [33].

ТСМЗ - це організаційно оформлене об'єднання регіональних медичних сил та засобів, децентралізоване в управлінні за районами відповідальності з метою автономного та ефективного забезпечення військ і цивільного населення на певній території в мирний час, при усуненні медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій та з початком збройного конфлікту (війни).

У цьому визначенні, по суті, відображено основні вимоги, яким має відповідати організаційна система, що створюється: автономність і життєздатність забезпечення військ у мирний час та в особливих умовах, ефективність та економічність медичного забезпечення військ на основі раціонального використання всіх регіональних медичних сил та засобів, відносна децентралізація в управлінні медичною службою щодо зон відповідальності, її стійкість та оперативність.

Принциповою основою побудови ТСМЗ є військово-адміністративний поділ території України на оперативні командування (ОК) та відповідні їм зони відповідальності.

Стосовно конкретних умов ОК при створенні ТСМЗ необхідно встановити оптимальний, адекватно збалансований рівень взаємовідносин між центром і конкретними територіальними зонами (районами) з кожного напрямку медичного забезпечення військ: лікувально-профілактичного, (лікувально-евакуаційного), санітарно-гігієнічного та протиепідемічного, а також медичного постачання. При цьому важливо створити в кожній зоні відповідальності належні умови для надання повноцінної амбулаторно-поліклінічної та невідкладної медичної допомоги в особливих умовах, своєчасного вжиття заходів санітарно-епідемічного нагляду і протиепідемічного захисту військ та цивільного населення, повноцінного постачання медичного майна з основної номенклатури лікарських засобів.

Отже, під зоною відповідальності ТСМЗ слід розуміти задалегідь підготовлену частину території із силами, які перебувають на ній під єдиним управлінням, та засобами медичної

служби, призначеними для медичного забезпечення військ і цивільного населення у мирний час та в особливих умовах.

Основними принципами побудови ТСМЗ мають бути:

- адміністративно-територіальний поділ території держави у мирний час на ОК;
- визначення меж районів відповідальності на основі вивчення військової інфраструктури території, її оперативного оснащення, структури й можливостей медичних частин та установ, оцінки їх відповідності фактичному обсягові роботи;
- міжвідомча інтеграція медичних сил та засобів у районі відповідальності, раціональне використання можливостей медичних закладів інших міністерств та відомств;
- децентралізація управління медичною службою шляхом делегування певних функцій військово-медичного управління ОК відповідним територіальним зонам;
- розробка офіційних документів, що регламентують організаційне оформлення ТСМЗ на всіх рівнях її функціонування;
- формування ефективної військово-медичної інфраструктури, орієнтованої на вирішення завдань медичного забезпечення військ та цивільного населення.

Дотримання цих принципів передбачає вирішення таких двох взаємопов'язаних проблем: **по-перше**, - це розвиток і постійне удосконалення бази медичних частин та установ мирного часу, що забезпечує можливість реалізації всього обсягу медичних послуг військовослужбовцям та іншим категоріям громадян; **а по-друге**, забезпечення високої готовності використання зазначених сил та засобів у разі виникнення кризових ситуацій.

Більша частина завдань з надання кваліфікованої і спеціалізованої медичної допомоги, лікування поранених і хворих військовослужбовців в оперативному тилу покладається на військові й цивільні лікувальні заклади. Автори нової концепції побудови системи медичного забезпечення пропонують об'єднувати їх територіальні госпітальні бази (ТерГБ).

Останні формуються, як правило, в межах однієї області на базі обласних управлінь охорони здоров'я, лікувальних закладів області, базового та гарнізонних військових госпіталів, а також госпіталів і лікарень інших міністерств та відомств держави. Лікувальні заклади ТерГБ (територіальні госпіталі) формуються за рахунок медичного персоналу, основних фондів та інфраструкту-

ри забезпечення на базі лікувальних закладів Міністерства охорони здоров'я, силових міністерств та відомств України.

Не аналізуючи докладно структуру ліжкового фонду ТерГБ - це може бути предметом окремого дослідження, - зазначимо, що доцільно до перерахованого комплексу госпіталів ТерГБ включити ще й територіальний жіночий госпіталь (ТерЖГ) на 200 ліжок.

Для підтвердження своєї думки звернемося до досвіду медичного забезпечення Червоної Армії під час Великої Вітчизняної війни 1941-1945 рр.

Відомо, що вже на початку 1942 р. у складі госпітальної бази Ленінградського фронту розпочало свою роботу перше гінекологічне відділення, а в жовтні 1943 р. вже був сформований перший жіночий евакуаційний госпіталь. Однією з головних функцій цього військово-медичного лікувального закладу було не лише надання медичної допомоги, але й медична реабілітація поранених та хворих жінок-військовослужбовців. З квітня 1943 р. аналогічні госпіталі функціонували практично на всіх напрямках бойових дій, а з часом був розгорнутий і центральний жіночий госпіталь.

Слід підкреслити, що в результаті проведення зазначених організаційних заходів повернення у стрій жінок вже в 1944 р. удвічі перевищувало аналогічний показник серед чоловічого контингенту. Створена за роки війни система лікувально-профілактичних заходів дозволила зберегти життя та здоров'я 90,0% жіночого персоналу (Цвельов Ю.В., 1994 р.).

Сьогодні спостерігається тенденція до розширення використання жіночої праці в частинах та установах ЗС більшості країн світу. Так, станом на 1994 р. в ЗС США перебувало понад 120 тис. жінок-військовослужбовців, що становить майже 13,0% від усього особового складу. В сухопутних військах, зокрема, служить близько 60 тис. жінок. 24 квітня 1991 р. консультативним комітетом з питань жінок при МО США була видана офіційна рекомендація Пентагону, в якій зазначалося: скасувати заборонні закони та інструкції щодо участі жінок у бойових діях. Здібності, а не стать, мають бути головним критерієм призначення на ту чи іншу військову посаду.

У 1990 р. в Перській затоці під час операції "Буря в пустелі" в експедиційному корпусі США налічувалося 33 тис. жінок-військовослужбовців, що становило 6,0% від загальної чисе-

льності зазначеного корпусу. Саме перемога у війні проти Іраку та належні дії в ній американок привели до того, що Конгрес США скасував заборону на участь своїх співвітчизниць у бойових діях. На сьогодні жінки в ЗС Америки мають змогу опанувати до 400 військових спеціальностей. Подібна ситуація і в ЗС Росії, де зараз проходять службу близько 250 тис. жінок-військовослужбовців.

Значна кількість жіночого персоналу є сьогодні і в ЗС України. Викладене вище, на нашу думку, робить обґрунтованою нашу пропозицію щодо створення у складі ТерГБ госпітальною для жінок-військовослужбовців.

Для організації роботи ТерГБ у мирний час необхідно мати управління госпітальної бази (УГБ), керівником якого доцільно призначити начальника обласного управління охорони здоров'я. У мирний час він разом з начальником базового військового госпіталю повинен нести відповідальність за підготовку лікувальних закладів та ГБ в цілому до ефективної роботи у воєнний час та в інших екстремальних умовах [33; 71].

Таким чином, для успішного функціонування структурних підрозділів медичної служби в ТСМЗ важливого значення набуває готовність медичних частин і установ цивільної охорони здоров'я вже в мирний час до роботи в особливих умовах разом з медичною службою силових міністерств.

3.5.1. Рівень готовності та стійкості системи охорони здоров'я України до роботи в особливих умовах

Як один з можливих шляхів завчасного врегулювання зазначених відносин між медичними підрозділами МОЗ і МО України та кількісної оцінки рівня надійності цивільної медичної служби в особливих умовах доцільно використовувати показники готовності та стійкості системи охорони здоров'я (рис. 3.9.).

Систему показників готовності та стійкості охорони здоров'я в особливих умовах можна розглядати як складову двох підсистем: підсистема показників готовності до функціонування в особливих умовах і підсистема власне показників стійкості.

Перша підсистема включає показники, які характеризують ступінь виконання у мирний час положень галузевих та державних вимог щодо підвищення стійкості.

Друга - складається з показників, які характеризують очікувані можливості народного господарства країни, її галузевих і територіальних ланок в особливих умовах.

У підсистемі показників готовності охорони здоров'я до роботи в особливих умовах розглядається 5 груп показників, які характеризують:

- забезпеченість захисту персоналу галузі і хворих, що перебувають на лікуванні (ЗЗ);
- раціональне розміщення об'єктів охорони здоров'я (РР);
- підготовку галузі до роботи в особливих умовах (РОУ);
- підготовку галузі до виконання невідкладних робіт з відновлення свого стану (АВР);
- підготовку системи управління охороною здоров'я до вирішення завдань, пов'язаних з особливими умовами (УПР).

До підсистеми показників власне стійкості галузі ввійшли 4 групи показників:

- готовність охорони здоров'я у мирний час до роботи в особливих умовах (ГРОУ);
- збереження охорони здоров'я в особливих умовах (ЗОЗ);
- відновлення функціонування (ВФ);
- відновлення стійкості (ВС).

Окрім зазначених вище двох складових, до системи готовності та стійкості охорони здоров'я пропонується включити ще і третю - підсистему показників, які характеризують ефективність і економічність заходів, спрямованих на підвищення стійкості охорони здоров'я в особливих умовах (див. рис. 3.9.).

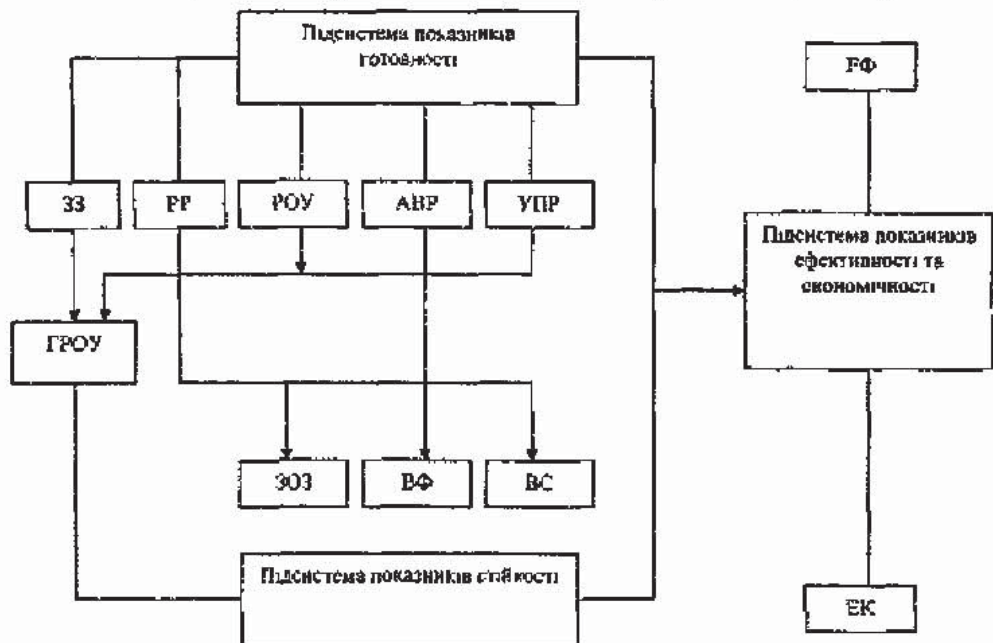


Рис. 3.9. Система показників стійкості та готовності охорони здоров'я до роботи в особливих умовах

До групи показників, які характеризують забезпеченість захисту персоналу та хворих, входять показники забезпечення захисними спорудами (сховищами), засобами індивідуального захисту (протигазами, респіраторами, засобами захисту шкіри), засобами медичного захисту (індивідуальними аптечками, пакетами перес'язувальними медичними, індивідуальними протихімічними пакетами тощо).

Ці показники розраховуються за формулою:

$$C_{33} = \frac{\text{кількість засобів захисту (місць у закритих спорудах)}}{\text{кількість осіб, що потребують засобів захисту (місць у закритих спорудах)}} \times 100\% \quad (1)$$

До групи показників, які характеризують раціональність розміщення об'єктів охорони здоров'я, належать показники раціональності розміщення кадрів лікарів, провізорів, середнього та молодшого медичного персоналу, раціональності розміщення ліжкового фонду, амбулаторно-поліклінічних закладів, підприємств (фабрик і заводів) системи охорони здоров'я, станцій переливання крові і швидкої медичної допомоги, запасів матеріальних засобів і сильнодіючих отруйних речовин.

Показники раціональності розташування обчислюються, як відношення кількості ресурсів (кадрових, ліжкових і т.д.), розміщених поза межею категорійних міст, до загальної кількості ресурсів охорони здоров'я, що виражені у відсотках:

$$C_{PP} = \frac{\text{кількість ресурсів (кадри, ліжка тощо) поза межею категорійних міст}}{\text{загальна кількість ресурсів охорони здоров'я (кадри, ліжка тощо)}} \times 100\% \quad (2)$$

Група показників, яка характеризує готовність охорони здоров'я до роботи в особливих умовах, включає показники забезпечення охорони здоров'я автономними джерелами енерго- та водопостачання, незнижуваним, захищеним запасом палива. Їх розраховують за формулою:

$$C_{POU} = \frac{\text{наявна потужність автономних джерел (запасів палива)}}{\text{потрібна потужність автономних джерел (запасів палива) для охорони здоров'я}} \times 100\% \quad (3)$$

До показників, що характеризують підготовку охорони здоров'я до виконання невідкладних аварійно-відновлювальних робіт, належать показники готовності до ведення відновлювальних робіт власними силами, закріпленими формуваннями Міністерства з надзвичайних ситуацій, а також показники забез-

печення галузі матеріальними засобами для проведення зазначених робіт. Ці показники розраховуються за формулою:

$$C_{\text{авр}} = \frac{\text{можливості охорони здоров'я щодо проведення аварійно-відновлювальних робіт}}{\text{плановий (прогнозований) обсяг відновлювальних робіт в охороні здоров'я}} \times 100\% \quad (4)$$

До групи показників, які характеризують підготовку системи управління охороною здоров'я до вирішення особливих завдань, належать показники укомплектованості захищених, запасних і пересувних (рухомих) пунктів управління, забезпечення галузі засобами зв'язку, підготовка кадрів управління та їх дублерів. Розрахунки показників готовності системи управління здійснюються за формулою:

$$C_{\text{упр}} = \frac{\text{кількість укомплектованих пунктів управління}}{\text{потрібна кількість пунктів управління}} \times 100\% \quad (5)$$

До групи показників, які характеризують здатність охорони здоров'я у мирний час до роботи в особливих умовах, належать показники готовності окремих елементів стійкості об'єктів (формувань, установ) охорони здоров'я, показники готовності окремих ресурсних груп (формувань, установ охорони здоров'я), загальний показник готовності об'єкта (формування, установи) до роботи в особливий період, показник готовності до функціонування об'єкта (формування, установи) охорони здоров'я, показник готовності до функціонування окремих підсистем (першої лікарської допомоги, лікарняних ліжок, санітарно-епідеміологічної служби) охорони здоров'я міста (району, області, Автономної Республіки Крим) і охорони здоров'я (району, області, держави) в цілому.

Розрахунок показника готовності окремих елементів стійкості об'єктів (формувань, установ) охорони здоров'я здійснюється за формулою:

$$C_n = \sum_{i=1}^m \frac{x_i \cdot \alpha_i}{p_i} - \sum_i \alpha_i, \quad x \neq 0, \quad (6)$$

де C_n - показник готовності n-го елемента стійкості об'єкта (формування, установи); x_i - укомплектованість об'єкта i-м ресурсом; p_i - норматив з i-ї позиції n-го елемента стійкості для об'єкта (формування, установи); α_i - значення питомої ваги i-ї позиції.

Розраховані за формулою [6] показники готовності окремих елементів стійкості об'єктів (формувань, установ) включаються до показників готовності окремих ресурсних груп і в загальний показник готовності об'єкта (формування, установи), розрахунки яких здійснюються за формулою:

$$C_{об(гр)}^{зарг} = \sum_{n=1}^m C_n d_n, \quad (7)$$

де $C_{об(гр)}^{зарг}$ - показник готовності об'єкта (показник готовності окремих ресурсних груп: трудових, основних тощо); C_n - показник готовності n-го елемента стійкості об'єкта (формування, установи); d_n - значення питомої ваги n-го елемента стійкості в загальному показнику.

При цьому необхідно підкреслити, яка кількість показників готовності окремих елементів стійкості, що входять до загального показника готовності об'єкта до роботи в особливих умовах, і кількість показників готовності окремих ресурсних груп залежать від функціонального призначення об'єкта.

Показник готовності до функціонування об'єкта (формування, установи) розраховується за формулою:

$$C_{об(\phi)}^{z\phi} = \min \left\{ C_{об(\phi)}^{z(mp)} ; C_{об(\phi)}^{z(pp)} ; C_{об(\phi)}^{z(op)} \right\}, \quad (8)$$

де $C_{об(\phi)}^{z\phi}$ - показник готовності об'єкта (показник готовності окремих ресурсних груп: трудових, основних тощо); $C_{об(\phi)}^{z(mp)}$ - показник готовності групи трудових ресурсів об'єкта (формування); $C_{об(\phi)}^{z(pp)}$ - показник готовності основних ресурсів об'єкта (формування); $C_{об(\phi)}^{z(op)}$ - показник готовності групи трудових ресурсів об'єкта (формування).

Показник готовності групи ресурсів, які входять до формули розрахунку показника готовності до функціонування об'єкта (формування, установи), обчислюється за формулою:

$$C_{об(\phi)}^{z(mp, pp, op)} = \sum_{n=1}^m C_n d_n \quad (9)$$

Показник готовності до функціонування окремих підсистем охорони здоров'я (міста, району, області, держави) розраховується за формулою:

$$C_{плд(зл,сесл)}^{зф} = \min \left\{ C_{зплл(лл,сес)}^{зф}; C_{мтс}^{зф} \right\} \cdot K_{упр}^{зф}, \quad (10)$$

де $C_{плд(зл,сесл)}^{зф}$ - показник готовності до функціонування підсистеми першої лікарської допомоги (готовність до функціонування лікарень, які діють, і тих, які додатково будуть розгортатися охороною здоров'я у заміській зоні); готовність до функціонування санітарно-епідеміологічної служби;

$C_{зплл(лл,сес)}^{зф}$ - показник готовності до функціонування загонів першої медичної допомоги (лікарень, СЕС);

$C_{мтс}^{зф}$ - показник готовності до функціонування підсистеми матеріально-технічного постачання охорони здоров'я;

$K_{упр}^{зф}$ - коефіцієнт поправки, значення якого залежить від показника готовності органів управління охороною здоров'я; пропонується застосовувати значення цього коефіцієнта від 0,9 до 1,0.

Готовність до функціонування охорони здоров'я в цілому тієї чи іншої територіальної зони обчислюється за формулою:

$$C_{олд(л,р,о,д)}^{зф} = C_{плд(л,р,о,д)}^{зф} \cdot \alpha^{плд} + C_{зб(л,р,о,д)}^{зф} \cdot \alpha^л + C_{сесл(л,р,о,д)}^{зф} \cdot \alpha^{сесл}, \quad (11)$$

де $\alpha^{плд}$; $\alpha^л$; $\alpha^{сесл}$ - значення питомих ваг показників готовності до функціонування підсистеми першої лікарської допомоги; лікарень; санітарно-епідеміологічної служби.

Показники готовності охорони здоров'я у мирний час до роботи в особливих умовах є вихідними даними для проведення аналізу та якісної оцінки стану галузі після настання кризових ситуацій (особливих умов)

Остання, третя підсистема показників готовності охорони здоров'я (див. рис. 3.9.) включає в себе показники, які характеризують ефективність та економічність заходів, що плануються і реалізуються охороною здоров'я з точки зору готовності галузі до роботи в особливих умовах.

До них належать показники, які відображають вплив ефективності заходів з підвищення готовності щодо забезпечення населення ліжками та амбулаторно-поліклінічною допомогою. Їх обчислюють за формулою:

$$C_{kj}^{mi(A,K)} = \frac{L_{kj}^{mi(A,K)} - L_{kj}^{(A,K)}}{L_{kj}^{(A,K)}}, \quad (12)$$

де $C_{kj}^{mi(A;K)}$ - показник впливу ефективності заходів (мі) з підвищення готовності щодо забезпечення населення К-го району в j-ому році ліжками (К) і амбулаторно-поліклінічною допомогою; $L_{kj}^{mi(A;K)}$ - показник забезпечення населення К-го району в j-ому році ліжками і амбулаторно-поліклінічною допомогою після вжиття заходів (мі), спрямованих на підвищення готовності; $L_{kj}^{(A;K)}$ - показник забезпечення населення К-го району в j-ому році ліжками і амбулаторно-поліклінічною допомогою без здійснення заходів підвищення готовності.

Визначення й оцінка великої кількості конкретних показників готовності системи охорони здоров'я до роботи в особливих умовах забирає багато часу і потребує конкретних виконавців. Враховуючи те, що вивчення зазначених показників можна віднести до дослідження складних систем, сьогодні ці завдання, як відомо, вирішуються за допомогою нових інформаційних технологій, а саме: моделювання процесів розвитку.

Одним з можливих і перспективних, на думку автора, напрямків обчислення показників готовності охорони здоров'я до роботи в особливих умовах може бути дослідження документального інформаційного потоку (ДІП)^{47, 48}, але ця гіпотеза потребує, звичайно, подальшого вивчення та окремого детального наукового обґрунтування.

3.5.2. Оцінка ефективності медичної допомоги на етапах евакуації⁴⁹

Одним з основних завдань управління охороною здоров'я є обґрунтування заходів щодо підвищення ефективності медичної допомоги. Наукова розробка таких заходів можлива тільки на основі виявлення комплексу факторів, що впливають на ефективність медичної допомоги.

Значний інтерес у плані розробки заходів оптимізації медичної допомоги на етапах евакуації становлять дані про строки її надання. З одного боку, для частини потерпілих з відносно легкими ураженнями вжиття невідкладних лікувальних заходів не є життєво необхідним, проте, з другого боку, - для певно-

⁴⁷ Лямец В.И., Гевешев А.Д. Системный анализ. Вводный курс: Учеб. пособие. - Х., 1998. - С. 12-32, 140-155.

⁴⁸ Томашевський В.М. Імітаційне моделювання систем і процесів: Навч. посіб. - К.: ІСДО, 1994. - 124 с.

⁴⁹ Іванов С., Радий Я., Філіпішин В. Оцінка ефективності медичної допомоги на етапах евакуації // Вісник УАДУ. - 1998. - № 3. - С. 225-227.

го контингенту осіб (з хімічною травмою, опіками, пораненнями тощо) запізнення навіть на одну годину становить безумовну загрозу для життя.

Важливу роль у виборі пріоритетів раціоналізації роботи на етапі медичної евакуації відіграє і пропускна спроможність. У дослідженнях, виконаних М.М. Чалим (1990 р.), показано, що перепускна спроможність функціонального посту тим вища, чим коротший час обслуговування потерпілих.

Порівняння оптимальних строків надання медичної допомоги з фактичними; кількості потерпілих, яким наданий оптимальний обсяг медичної допомоги, з кількістю потерпілих, яким наданий фактично менший обсяг медичної допомоги; оптимальної кількості етапів медичної евакуації з фактичними, які пройшли потерпілі до кінцевого результату; оптимальних строків лікування у стаціонарі з фактичними - є медичною ефективністю.

Система оцінки ефективності медичної допомоги потерпілим складається з двох груп критеріїв, які відображають відповідно дві основні кількісні характеристики організації медичного забезпечення у надзвичайних ситуаціях: час початку надання допомоги та перепускна спроможність лікарсько-сестринських бригад (ЛСБ).

Перша група показників, яка відображає час початку надання медичної допомоги, містить такі критерії: СТПР - середню тривалість прийняття рішення керівником закладу (хв) - в цілому характеризує оперативність управління в екстремальних умовах; СТОЗ - середню тривалість оповіщення і збору медичного персоналу (хв) - відображає рівень підготовленості персоналу до виконання специфічних завдань; СТОМ - середню тривалість одержання ЛСБ медичного майна (хв) - у часовому відношенні відображає оперативність медичного постачання в екстремальних умовах; СТПШ - середню тривалість підготовки ЛСБ до прийому уражених (хв) - в цілому характеризує витрати часу на розгортання функціонального посту.

Друга група показників характеризує перепускна спроможність ЛСБ і включає такі критерії: СТВД - середня тривалість встановлення діагнозу (хв); СТУД - середня тривалість уточнення діагнозу (хв); СТВП - середня тривалість виконання лікарських призначень (хв).

Розрахунок ефективності медичної допомоги потерпілим у надзвичайних ситуаціях здійснюється за формулою:

$$Et(c, n) = \frac{100\% (t + T) t_{T(c, n)}}{(t' + T') t'_{T(c, n)}},$$

де $Et(c, n)$ - медична ефективність надання медичної допомоги потерпілим, які мають тяжкий (середній, легкий) ступінь ураження (поранення тощо) (%); t (t') - час початку надання медичної допомоги (год.); T (T') - час, який витрачає одна ЛСБ для надання певного виду медичної допомоги 100 потерпілим (год.); t (t') $_{T(c, n)}$ - час, який у середньому витрачає одна ЛСБ для надання певного виду медичної допомоги одному ураженому тяжкого (середнього, легкого) ступеня (хв).

Параметри (t , T , $t_{T(c, n)}$) у формулі, які наведені в чисельнику, є оптимальними для відповідної територіальної системи медичного забезпечення. Вони, зазвичай, менші за фактичні і визначаються з урахуванням існуючих для конкретних умов нормативів.

Фактичні параметри (t' , T' , $t'_{T(c, n)}$), використані у формулі, можуть бути отримані під час експериментів на тактико-спеціальних навчаннях лікувально-профілактичних закладів або в реальних умовах ліквідації медичних наслідків надзвичайних ситуацій.

У цілому, визначення медичної ефективності лікувально-евакуаційних заходів при виникненні масових людських втрат - не самоціль, а спосіб, науковий метод підходу, за допомогою якого оцінюється кінцевий результат всієї загальнодержавної системи екстремальної медицини. Це дозволяє визначити шляхи раціонального використання сил та засобів охорони здоров'я для вирішення основних завдань, а також обчислити медичний ефект для народного господарства від вкладених в охорону здоров'я державних коштів.

3.6. Цивільна і військова медицина: концептуальні засади взаємодії в єдиному медичному просторі України

Успішне вирішення багатьох актуальних проблем, які стоять сьогодні перед охороною здоров'я України, можливе при формуванні єдиного медичного простору нашої держави.

Очевидно, слід погодитися з точкою зору Р. Макомели⁵⁰, В. Пономаренка та О. Ціборовського⁵¹, котрі під єдиним медичним простором розуміють "...систему організації надання медичної допомоги, яка заснована на єдиній правовій, соціально-економічній, технологічній, матеріально-технічній та інформаційній базах, що забезпечує доступність, якість та ефективність кваліфікованої допомоги всьому населенню міста (території) і яка об'єднана спільним управлінням та визначеним механізмом фінансування"... "Необхідність створення єдиного медичного простору, - підкреслюють ці ж автори, - обумовлена багатьма чинниками, насамперед, потребою забезпечити комплексність та наступність надання всіх видів медичної допомоги кожному мешканцю міста (території) та уникнути при цьому зайвого дублювання і невиправданих витрат коштів".

В МО України з метою вирішення практичних завдань щодо реформування та оптимізації системи медичного забезпечення військовослужбовців і пенсіонерів МО України в Київському гарнізоні на базі ГВКГ МО України наказом Міністра оборони № 399 від 05.11.97р. було створено нову функціональну структуру - Київський військово-медичний центр.

Передумовою глибокої реформи надання медичної допомоги в Київському гарнізоні був аналіз стану медичного забезпечення військовослужбовців та пенсіонерів МО столичного гарнізону в період 1994-1996 рр., який виявив цілу низку недоліків, що свідчили про неефективність використання кадрового, фінансового та матеріально-технічного потенціалу медичної служби.

Так, про неефективне використання сил і засобів медичної служби для надання амбулаторно-поліклінічної допомоги, передусім, свідчили такі показники: 1400 звернень до центральної поліклініки МО України, що становить 56,0% від усіх звернень, щоденно забезпечували 112 лікарів; 500 звернень (20,0%) у медичні пункти військово-навчальних закладів - 78 лікарів, а 600 звернень (34,0%) у медичні пункти військових частин та інших військових установ центрального підпорядкування - 51 лікар (див. рис. 3.10.). Таким чином, 56,0 % від усіх щоденних звер-

⁵⁰ Макомела Р.М. Формування єдиного медичного простору - потреба часу // Оптимізація системи охорони здоров'я м. Києва / Зб. наук.-практ. праць. - К., 1997. - С. 10-12.

⁵¹ Пономаренко В.М., Ціборовський О.М. Проблеми формування єдиного медичного простору в м. Києві // Оптимізація системи охорони здоров'я м. Києва / Зб. наук.-практ. праць. - К., 1997. - С. 33-34.

нень по медичну допомогу в Центральну поліклініку МО України забезпечували 112 лікарів, а 44% звернень в інші амбулаторно-поліклінічні підрозділи Київського гарнізону – 128 лікарів.

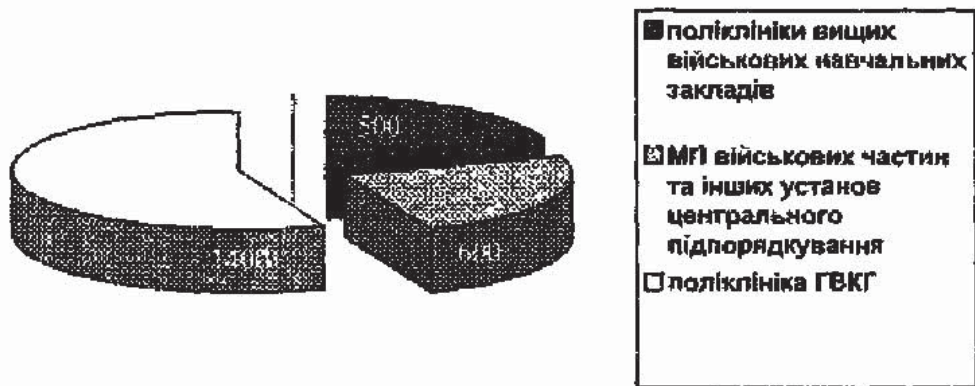


Рис. 3.10. Розподіл середньодобового навантаження в амбулаторно-поліклінічних підрозділах Київського гарнізону

Окрім зазначених вище статистичних показників, що характеризували неефективну роботу амбулаторно-поліклінічних підрозділів Київського гарнізону, було виявлено ще низку недоліків. Зокрема:

1. Існувала дискримінація військовослужбовців стосовно доступності до всіх видів медичної допомоги, а також відчутна якісна відмінність у наданні медичної допомоги в Центральній поліклініці МО України, з одного боку, і в медичних підрозділах військово-навчальних закладів та військових частин, з другого.

2. Неефективно використовувалися дорогі спеціалізовані ліжка Головного військового клінічного госпіталю (ГВКГ) МО України, який обладнаний складною апаратурою.

3. Не була забезпечена достатня наступність між стаціонарним та амбулаторно-поліклінічним етапами медичної допомоги, що зумовлювало великий відсоток (12 %) повторних госпіталізацій.

4. Затратною була і система забезпечення військовослужбовців та пенсіонерів МО України медикаментами, оскільки один хворий мав можливість отримувати ліки з кількох джерел.

5. Управління медичним забезпеченням у гарнізоні мало фрагментарний характер, не було єдиного методичного керівництва медичною службою військових частин і військово-навчальних закладів з боку військових госпіталів.

6. Відсутність фінансування на гарнізонному рівні і, з цієї причини, відсутність фінансового контролю з боку керівників медичної служби Київського гарнізону позбавляла можливості здійснювати перерозподіл ресурсів між амбулаторним та стаціонарним етапами медичної допомоги.

7. Недостатньо використовувались можливості денних стаціонарів, стаціонарів удома тощо.

Таким чином, медичне забезпечення Київського гарнізону вимагало докорінних змін як з точки зору відпрацювання нової оптимальної структурно-функціональної моделі його діяльності, так і необхідності змін у системі фінансування, раціонального розподілу ресурсів медичної служби, формування повноцінного кадрового потенціалу тощо.

Для ефективної діяльності Київського військово-медичного центру (КВМЦ), структурно-функціональна модель якого показана на рис. 3.11, своєчасно була відпрацьована юридично-правова база реформування медичного забезпечення Київського гарнізону, що включає вже згаданий вище наказ Міністра оборони України № 399 від 05.11.97 р. “Про реформування лікувально-профілактичного забезпечення у Київському гарнізоні”, яким затверджено “Тимчасове положення про Київський військово-медичний центр” та “Положення про лікарську територіальну дільницю”, і наказ начальника Київського гарнізону № 35 від 26.12.97р. “Про закріплення військових частин, військово-навчальних закладів, підприємств та організацій Міністерства оборони України за військово-лікувальними установами і медичними підрозділами Київського гарнізону”, а також була затверджена “Інструкція про порядок роботи лікарсько-територіальної та стоматологічно-територіальної дільниці Київського військово-медичного центру, розташованих у військовій частині або у військово-навчальному закладі”.

Схема функціонування медичного забезпечення Київського гарнізону має такий вигляд:

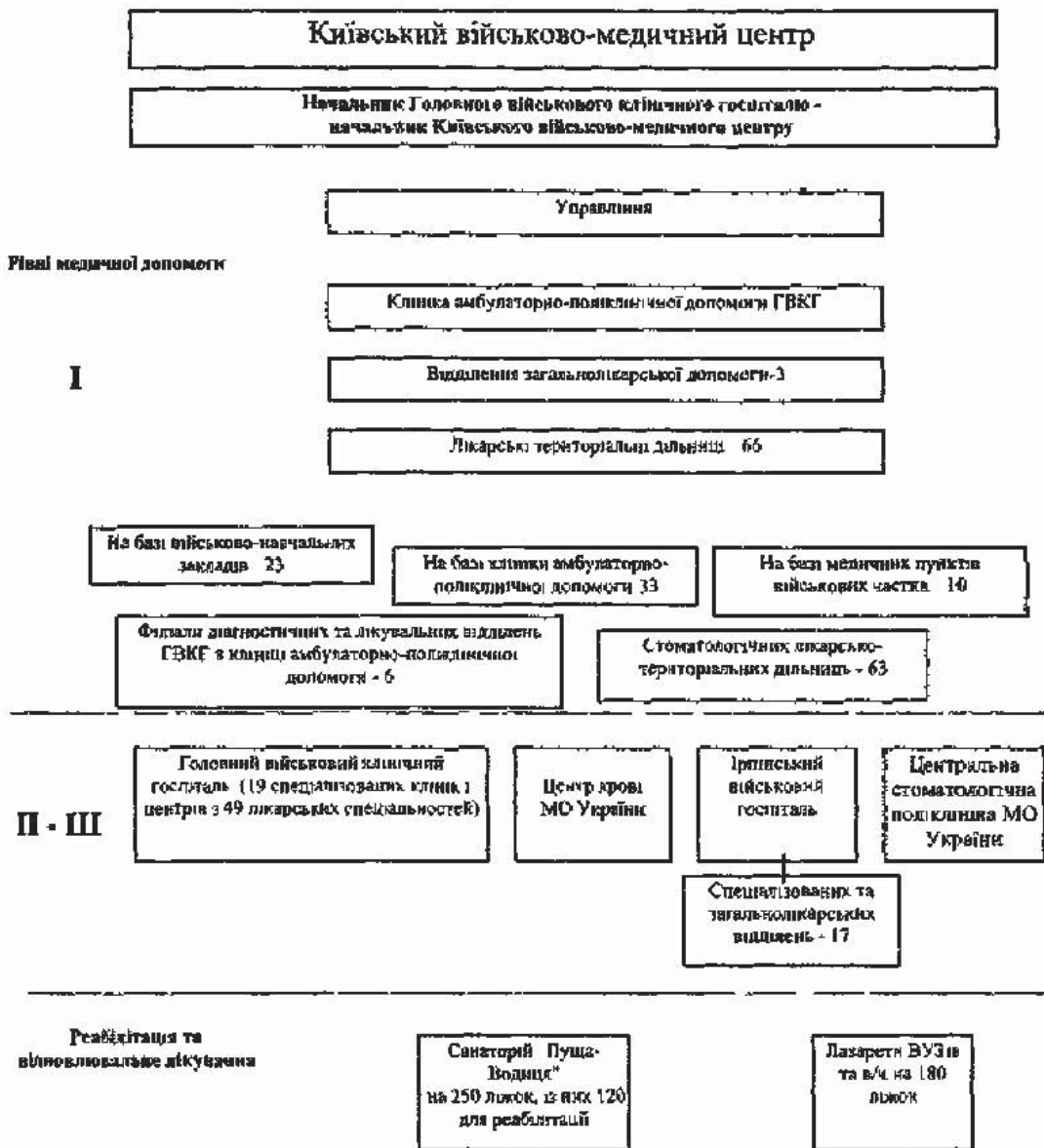


Рис. 3.11 Структурно-функціональна модель Київського військово-медичного центру

Весь контингент у кількості 100 тисяч чол., що забезпечується медичною допомогою, розподіляється на 66 лікарсько-територіальних дільниць (далі ЛТД) (по 800-1500 чол. кожна). Роботу ЛТД забезпечує один лікар.

ЛТД об'єднуються у 3 загальнолікарські відділення клініки амбулаторно-поліклінічної допомоги (ЗЛД) ГВМК. Одна половина ЛТД [33] розміщена безпосередньо в клініці амбулаторно-поліклінічної допомоги і забезпечує в основному пенсіонерів МО України.

Друга половина ЛТД [33] розміщується на базі медичних пунктів військових частин та військово-навчальних закладів, які є дільницями клініки ЗЛД ГВКГ. У клініці амбулаторно-поліклінічної допомоги функціонують 6 філіалів лікувальних та діагностичних відділень, що дає змогу користуватись загальною діагностичною базою як для амбулаторних, так і стаціонарних хворих, а також виключити дублювання обстеження хворих. Такий же принцип формування лікарських стоматологічних дільниць.

Таким чином, надання первинного рівня медичної допомоги, на нашу думку, відповідає сучасним вимогам та основам концепції реформування медичного забезпечення ЗС України і дозволяє:

- реалізувати принцип персональної відповідальності лікаря за якість лікування хворого через механізм територіальної дільничності;
- забезпечити участь лікарів військових госпіталів у наданні спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної допомоги;
- ефективно використовувати ліжковий фонд;
- раціонально використовувати кадровий потенціал і медичні ресурси;
- забезпечити загальнодоступність медичної допомоги.

Робота Київського військово-медичного центру (КВМЦ) дозволяє організувати відновлювальне лікування (долікування і реабілітацію) з використанням для цієї мети реабілітаційних ліжок санаторію "Пуца-Водиця", лазаретів медичних пунктів, а також частини ліжкового фонду ($\approx 25\%$) Ірпінського гарнізонного госпіталю і його філіалу "Святошино", широко використовувати денні стаціонари, стаціонари вдома з метою збільшення кількості хворих, що лікуються амбулаторно.

Надання всіх рівнів медичної допомоги здійснюється під єдиним організаційним і методичним керівництвом Головного військового клінічного госпіталю МО України, начальник якого є водночас і начальником КВМЦ.

КВМЦ взаємодіє з військово-медичними закладами Служби безпеки, Прикордонних військ, Міністерства внутрішніх справ України, а також цивільними лікувальними установами і науково-дослідними інститутами у межах своєї компетенції. Ця взаємодія здійснюється відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 16.10.95 р. № 819 "Про взаємодію медичних служб Збройних Сил та інших формувань з державною

системою охорони здоров'я і про створення загальнодержавної системи екстремальної медицини" [71].

Порядок взаєморозрахунків за надання медичної допомоги в лікувальних закладах МО України військовослужбовцям інших силових міністерств визначається постановою Кабінету Міністрів України від 18 жовтня 1999 р. № 1923. В цьому документі, зокрема, сказано: "Вартість медичних послуг, які надаються військовослужбовцям інших військових формувань, встановлюється наказами керівників військово-медичних закладів, які надають ці послуги, у розмірі фактичних витрат на їх надання, що визначаються відповідно до законодавства, яке регулює здійснення розрахунків валових витрат виробництва продукції (робіт, послуг)"⁵². Що стосується порядку розрахунків за надання медичної допомоги військовослужбовцям ЗС України в лікувальних закладах МОЗ України і, навпаки, порядку відшкодування витрат військовим госпіталям за надання медичної допомоги цивільному населенню, то відповідних керівних документів, які б регламентували цей процес, досі немає. Очевидно всі непорозуміння з цього приводу будуть зняті із запровадженням у нашій країні системи обов'язкового державного медичного страхування.

Для керівників військових госпіталів остання теза має дуже важливе значення, адже організація медичного забезпечення військовослужбовців ЗС України, членів їх сімей та пенсіонерів МО виходить далеко за межі оборонного відомства й інтегрується в єдиний медичний простір України. Це обумовлено тим, що військово-медична служба сьогодні виконує завдання з медично-соціального захисту понад 1 млн громадян нашої держави. Цивільне населення України все частіше звертається по медичну допомогу до військових госпіталів. Для підтвердження своїх слів наведемо тільки три цифри. Так, за період з 1997 р. по 2000 р. щорічно в медичних установах КВМЦ лікувалися від 3500 (1997 р.) до 7600 (2000 р.) наших співвітчизників. Таким чином, тільки за чотири останні роки лікарі КВМЦ надали високоспеціалізовану медичну допомогу 20 тис. осіб із числа цивільного населення.

Ми переконані, що процес створення єдиного медичного простору в Україні буде складним, поступовим і багатоетап-

⁵² Про затвердження Порядку надання медичної допомоги у військово-медичних закладах і взаєморозрахунків за неї між військовими формуваннями: Постанова Кабінету Міністрів України від 18 жовтня 1999 р. № 1923.

ним. Формування єдиного медичного простору не може здійснюватися адміністративно-командними методами. В сучасних умовах для цього, як зазначають автори використаних нами літературних джерел, слід застосовувати економічні методи, що базуються на поєднанні економічної зацікавленості лікувально-профілактичних закладів різних рівнів у наданні медичної допомоги в межах єдиного медичного простору, з одного боку, і зацікавленості громадян України в отриманні ними необхідної медичної допомоги безпосередньо за місцем проживання, з другого боку.

Медична служба Збройних Сил України готова брати участь у формуванні єдиного медичного простору нашої держави. Для цього ми маємо розгалужену мережу лікувальних закладів госпітальної системи (див. рис. 3. 12.). Основною ланкою цієї системи є військовий госпіталь або військово-медичний центр. Система являє собою піраміду, на вершині якої розміщується ГВКГ МО України у м. Києві - багатoproфільна лікувально-профілактична установа, де надається високоспеціалізована медична допомога, успішно використовуються новітні медичні технології. ГВКГ МО України здійснює керівництво лікувально-профілактичною роботою центральних (базових, гарнізонних) військових госпіталів і є клінічною, навчальною, науково-дослідною та методичною базою Української військово-медичної академії, лікувальних установ, науково-дослідних та інших закладів ЗС України і МОЗ України (*перший рівень*).

Другий рівень - центральні військові госпіталі (госпіталі оперативних командувань і деяких видів військ). Вони замикаються на ГВКГ МО України, начальник якого практично керує роботою цих госпіталів.

На центральних госпіталях замикаються базові госпіталі (*третій рівень*). Якщо в центральних госпіталях надається спеціалізована допомога, то в базових - кваліфікована медична допомога з елементами спеціалізованої. На кожному центральному госпіталі замикається 2-3 базових госпіталі.

На базових госпіталях замикаються гарнізонні госпіталі і лазарети, окремі медичні батальйони. Медичні пункти і лазарети військових частин теж замикаються на гарнізонних госпіталях (*четвертий рівень*)⁵³.

⁵³ Білий В Я Військова медицина: була, є і повинна бути // Народна армія. - 2000 - № 64. - 7 квіт.

Основними результатами діяльності військово-медичної служби щодо створення лікувально-діагностичної вертикалі в плані реалізації заходів першого і другого етапів Програми будівництва та розвитку ЗС України стали⁵⁴:

- оптимізація системи управління військово-медичною службою (принципова схема управління медичною службою ЗС України подана на рис. 3.13);

- прийняття Кабінетом Міністрів України підготовленої ГВМУ МО України постанови “Про визначення лікувальних установ системи МОЗ України, які братимуть участь у наданні медичної допомоги в особливий період”;

- підписання спільного наказу МОЗ і МО України “Щодо введення в дію Положення про територіальні госпітальні бази МОЗ України”;

- введення в дію нових типових штатів гарнізонних і базових військових госпіталів;

- введення в дію наказу МО України від 30.10.2000 р. № 420 “Про затвердження Положення про військові госпіталі Збройних Сил України та Переліку територіальних зон відповідальності військових госпіталів за надання кваліфікованої медичної допомоги військовослужбовцям Збройних Сил України”.

- відповідно до вимог постанови Кабінету Міністрів України від 15 липня 1997 р. № 765 “Про затвердження порядку акредитації закладу охорони здоров’я”, лікувально-профілактичні заклади МО України, акредитовані за загальнодержавними стандартами;

- запровадження ефективних ресурсозберігаючих механізмів (ресорганізація етапного лікування хворих, скорочення термінів госпіталізації з 23 до 13 днів, використання денних стаціонарів та стаціонарів удома, впровадження нового для ЗС цільового планування з його децентралізацією до рівня структурних підрозділів госпіталів, лімітування лікувальних і діагностичних засобів тощо), які дали можливість економити бюджетні кошти в розмірі біля 37 млн грн щорічно та поповнювати бюджет з інших джерел у розмірі близько 43 млн грн щорічно. Окремі показники успішного використання ресурсозберігаючих технологій в ГВКГ МО України і КВМЦ подані на рис. 3.14 та в табл. 3.2.

⁵⁴ Пропозиції ГВМУ МО України до Державної програми будівництва та розвитку Збройних Сил України на період до 2005 р. (Удосконалення системи медичного забезпечення військ /сил/). - К. - 2000.

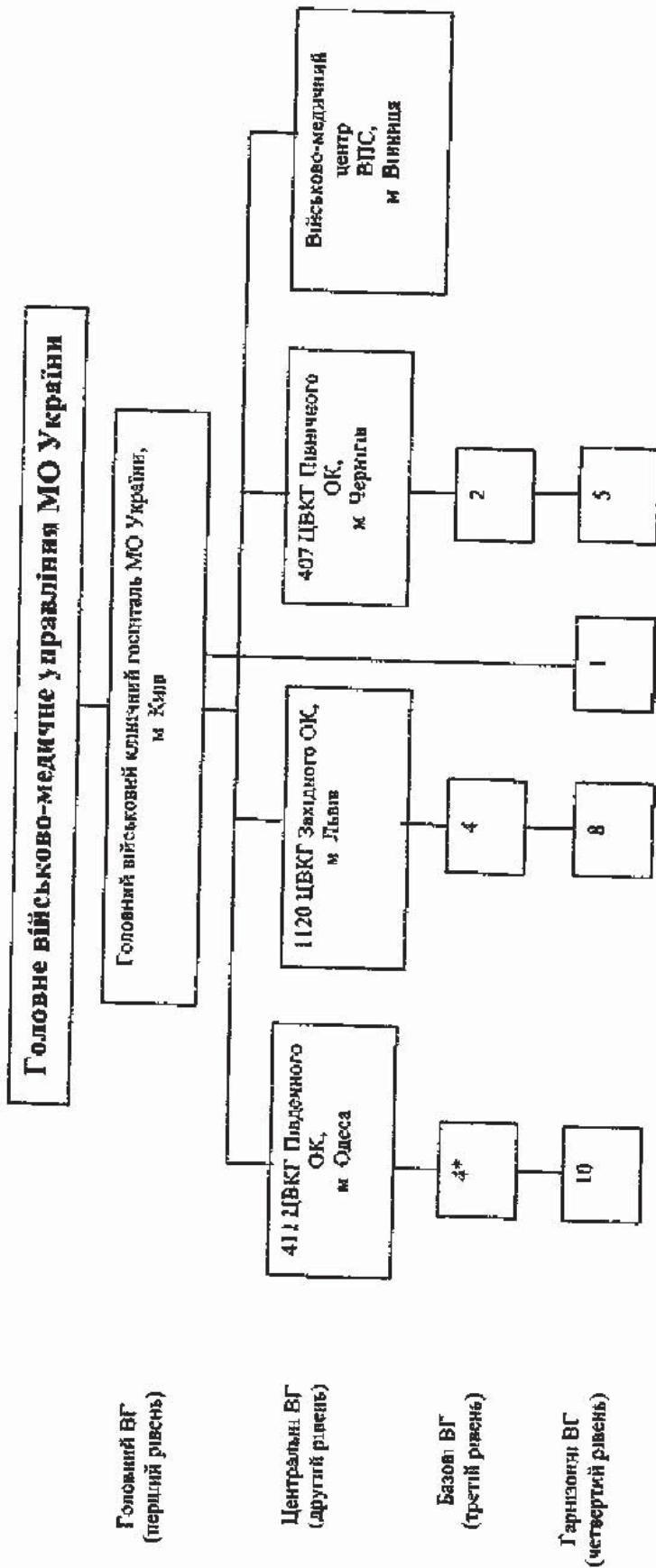
Основними напрямками подальшого удосконалення лікувально-діагностичної вертикалі як складової системи медичного забезпечення військовослужбовців та пенсіонерів МО України на третьому етапі Програми будівництва і розвитку ЗС України є:

- створення територіальних центрів медичного забезпечення з подальшою реорганізацією амбулаторної, загальнолікарської та спеціалізованої медичної допомоги за територіальним принципом у зоні відповідальності військових госпіталів;
- заміна фінансування ліжкової місткості на цільове подушне фінансування - розрахунок необхідних витрат на лікування одного військовослужбовця на рік. Принципова схема багатоканального фінансування медичної служби, що пропонується ГВМУ МО України, подана на рис. 3.15;
- вивчення та впровадження передового досвіду надання медичної допомоги військовослужбовцям країн НАТО та інших передових країн світу;
- створення у процесі формування єдиного медичного простору України консультативно-діагностичних і спеціалізованих лікувальних центрів та сумісне їх використання з лікувально-діагностичними установами цивільної охорони здоров'я в системі страхової медицини, наданні платних медичних послуг тощо.

Таблиця 3.2.

Економічний ефект від використання денних стаціонарів у КВМЦ в 1998 - 1999 рр.

Назва лікувального закладу	Витрати на лікування хворих у 1998 р.			Витрати на лікування хворих у 1999 р.		
	Кількість хворих - 2355			Кількість хворих - 2590		
	На денному стаціонарі	У стаціонарі	Економічний ефект. грн	На денному стаціонарі	У стаціонарі	Економічний ефект. грн
КВМЦ	2.121306	2.216290	94.984	2335190	2.476404	141.214



* Вказана цифра відповідає кількості госпіталів відповідного рівня

Рис. 3 12 Госпітальна система МО України

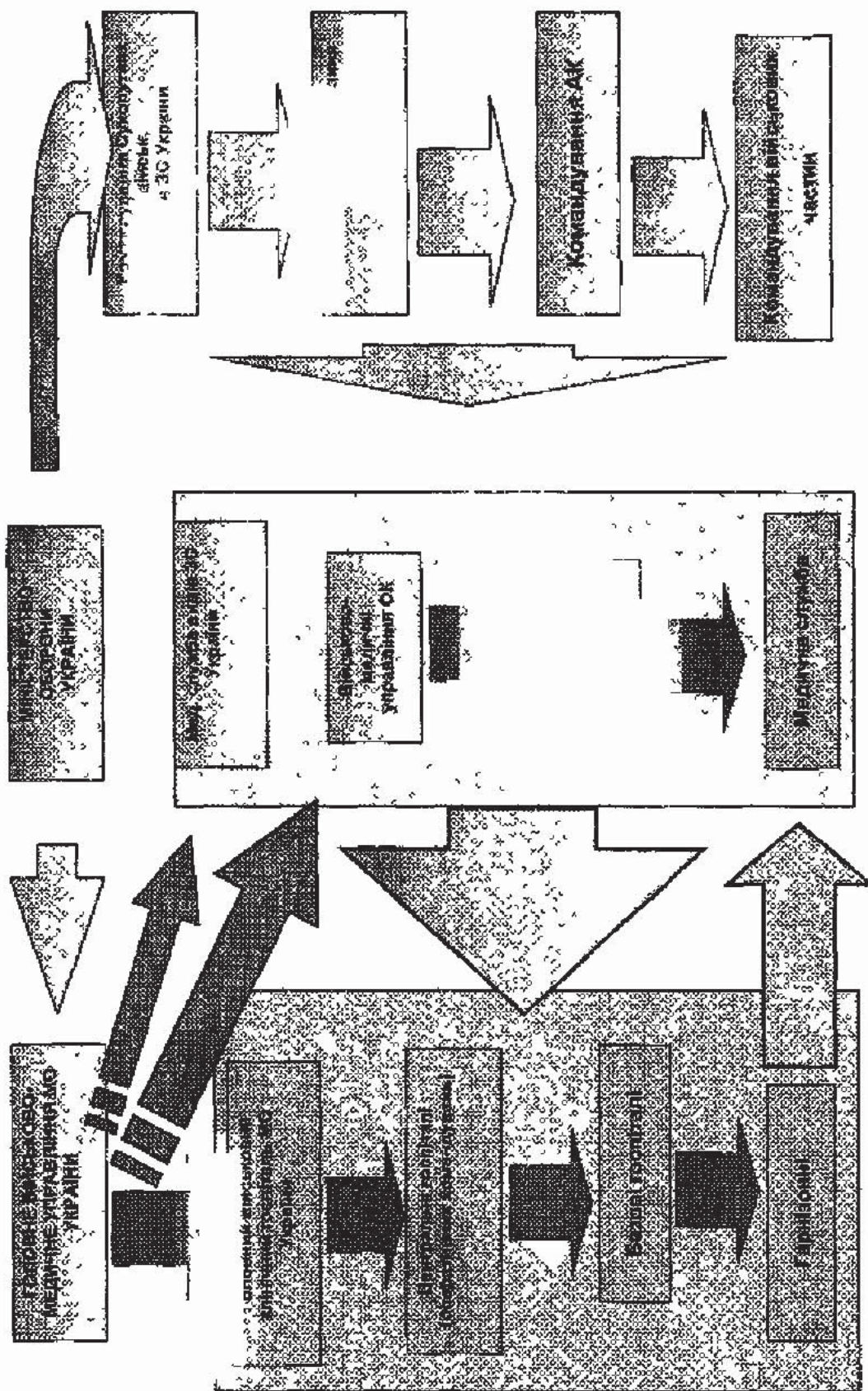


Рис. 3.13. Принципова схема управління військово-медичною службою ЗС України



Рис. 3.14. Витрати на лікування хворих у стаціонарі та на денному стаціонарі ГВКГ МО України



Рис. 3.15. Принципова схема фінансування при територіальній системі медичного забезпечення

Що стосується перспективи створення та спільного використання консультативно-діагностичних центрів і стаціонарів, то такі приклади у світовій практиці вже є. Зокрема, при військово-медичному управлінні аерокосмічної медицини Іспанії створені умови для обстеження й лікування як військових пілотів, так і пілотів цивільної авіації. Подібні структури є й у військових госпіталях США. На нашу думку, фахівці Військово-медичного центру Військово-Повітряних Сил України (м. Вінниця) вже сьогодні спроможні виконувати аналогічні завдання. А на базі Української військово-медичної академії пілоти цивільної авіації можуть проходити навчання з питань психофізіології та авіаційної медицини. У Будапештському військовому госпіталі функціонує центр для лікування порушення сну. В цій установі можуть лікуватися громадяни зі всієї Угорщини. У структурі збройних сил Німеччини є медична служба, яка займається наданням допомоги при різноманітних катастрофах. У Болгарії теж накопичено цікавий досвід. Там, у тих випадках, коли в гарнізоні немає військового госпіталю, медичну допомогу військовослужбовцям надають цивільні лікувальні заклади, а коли немає можливості цивільним особам лікуватися у своїх лікарнях, - їм надають необхідну допомогу у військових госпіталях. Безсумнівно, що практика болгарських медиків з успіхом може бути використана в окремих військових гарнізонах (Гончарівськ, Донецьк та ін.). Але при цьому слід підкреслити: всі приклади спільного використання лікувально-діагностичних центрів, про які згадувалось вище, можуть бути запроваджені та успішно функціонувати в Україні лише тоді, коли в нашій державі діятиме обов'язкове державне медичне страхування.

3.6.1. Теоретичне обґрунтування підходів до оцінки якості надання медичної допомоги у військовому госпіталі

Оцінка якості в системі охорони здоров'я України є однією з актуальних проблем подальшого вдосконалення системи медичного забезпечення.

У Концепції розвитку охорони здоров'я населення України, що затверджена Указом Президента України від 7 грудня 2000 р. № 1313/2000, серед пріоритетів державної політики у сфері охорони здоров'я передбачено "...створення системи за-

безпечення і контролю якості надання медичної допомоги на основі розроблених показників якості...". А одним з основних завдань реформування системи охорони здоров'я, як зазначено в Концепції, - є "...поліпшення якості надання стаціонарної та спеціалізованої медичної допомоги у лікувально-профілактичних закладах..."⁵⁵.

Виходячи з того, що "Державна політика - це обраний особою, державними органами, урядом напрям дій, завдяки якому вони задовольняють певні свої потреби чи використовують свої можливості, що відображається в досягнутих результатах і в реальному впливові на життя суспільства"⁵⁶, проблема підвищення якості надання медичної допомоги в Україні та розробка механізмів її оцінки є стратегічним завданням держави.

Особливої актуальності проблема якості медичної допомоги набуває у зв'язку з можливим запровадженням в Україні обов'язкового державного медичного страхування. Ще однією з умов зацікавлення проблемами якості медичної допомоги військових медиків є те, що відповідно до вимог постанови Кабінету Міністрів України від 15 липня 1997 р. № 765 "Про затвердження порядку акредитації закладу охорони здоров'я", лікувально-профілактичні заклади МО України акредитовані за загальнодержавними стандартами.

Вивчення проблеми оцінки якості медичної допомоги у військовому госпіталі ми почали з аналізу основних наукових тлумачень поняття "якість медичної допомоги".

На сьогоднішній день існують різні підходи до визначення поняття "якість медичної допомоги", її складових тощо. Як зазначають автори підручника "Соціальна медицина та організація охорони здоров'я"⁵⁷, "Вона (якість медичної допомоги - *авт.*) визначається не тільки рівнем науково-технічного забезпечення та спеціалізації, а власне організацією всього лікувально-діагностичного процесу, рівнем кваліфікації та професіоналізму медичного персоналу, дотриманням медико-етичних правил у його діяльності тощо".

⁵⁵ Концепція розвитку охорони здоров'я населення України, затверджена Указом Президента України від 7 грудня 2000 року № 1313/2000.

⁵⁶ Браун, М. Пол. Посібник з аналізу державної політики / Пер. з англ. - К.: Основи, 2000. - 243 с.

⁵⁷ Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / За заг. ред. Ю.В. Вороненка, В.Ф. Москаленка. - Тернопіль: Укрмедкнига, 2000.-680 с.

А. Донабедіон (1980 р.) вперше запропонував схему або системну класифікацію методів аналізу якості, що дозволяє оцінити структуру, процес та результати медичного обслуговування.

Згідно з цією систематикою, безперервне вдосконалення лікарів та їх переатестація також належать до структури, діяльність лікаря - до процесу, а зміни стану здоров'я - до результату.

У 1992 р. Європейське бюро ВООЗ визначило зміст терміна "якість медичної допомоги" таким чином: "...якісною вважається медична допомога, яка відповідає стандартам медичних технологій та обсягів за відсутності ускладнень, що виникли внаслідок лікування, і задовольняє пацієнта"⁵⁸.

Автори цитованого вище підручника "Соціальна медицина та організація охорони здоров'я" вважають, що "...під якістю медичної допомоги слід розуміти її відповідність проблемам пацієнта з урахуванням сучасних можливостей медичної науки та практики і умови ефективного використання наявних ресурсів".

Співробітники Київського міського наукового інформаційно-аналітичного центру медичної статистики, готуючись до конференції "Організація системи якості медичної допомоги, медичних послуг населенню із застосуванням інформаційних технологій", підготували термінологічний глосарій якості охорони здоров'я "Якість. Качество. Quality"⁵⁹. У цьому посібнику дається наступне тлумачення поняття "якість медичної допомоги".

Якість медичної допомоги - характеристика, яка віддзеркалює ступінь адекватності технологій, вибраних для досягнення поставленої мети (цілі) і дотримання професійних стандартів. А більш докладно - це комплекс таких показників, як:

- ефективність - співвідношення реально одержаного результату з результатом, який можна було одержати в ідеальних умовах;
- економічність - відношення реальних затрат до нормативних коштів;
- критерій адекватності - співвідношення надання медичної допомоги з потребами медичної допомоги (науково-технічний рівень, своєчасність, доступність, достатність).

⁵⁸ Бідний В.Г. Наукове забезпечення формування якості медичної допомоги населенню Києва // Оптимізація системи охорони здоров'я м Києва / Зб. наук.-практ. праць. - К., 1997. - С 6-7.

⁵⁹ Якість. Качество. Quality. Термінологічний глосарій якості охорони здоров'я / За заг ред. В.Т Нековаль, В.П Петренко, Л.А Петрова, В.І. Бородин. - К., 1999. - 19 с.

Виділяють такі складові якості медичної допомоги та підходи до її забезпечення й оцінки⁶⁰:

- структурна якість, тобто умови надання медичної допомоги. Інакше кажучи, це особи і організації, які надають медичні послуги, їх кількісний склад;

- якість технології, при оцінюванні якої визначають оптимальність набору лікувально-діагностичних заходів стосовно конкретного хворого. Це - оцінка процесу. Вона включає ймовірність непередбачуваних ситуацій, які можуть вплинути на результат лікування пацієнтів, а також дотримання чітких критеріїв щодо медичного догляду, обстеження та лікування;

- якість результату - коли оцінюється співвідношення фактично досягнутих і запланованих результатів. Це порівняння стану пацієнта після лікування з еталонами, стандартами, які встановлені на основі наукових досліджень, клінічних спостережень та оцінок. До останніх відносять динаміку стану здоров'я пацієнта, результати лікування всіх хворих за звітний період, окремі показники стану здоров'я населення певної території.

Система контролю якості передбачає оцінку кінцевого результату діяльності на всіх етапах надання медичної допомоги. Вона може проводитися поетапно та включати низку ступенів контролю⁶¹.

У військових госпіталях, на відміну від лікувально-профілактичних закладів МОЗ України, контроль якості медичної допомоги здійснюється за чотириступеневою схемою.

Перший ступінь контролю якості медичної допомоги в ГВКГ МО України забезпечує завідуючий структурним підрозділом госпіталю - начальник клініки, а в окремих відділеннях - начальник відділення.

Другий ступінь контролю якості медичної допомоги забезпечує заступник начальника ГВКГ МО України з медичного забезпечення Київського військово-медичного центру шляхом щоденної експертної оцінки не менше 20% історій хвороби пацієнтів, що закінчили лікування в стаціонарі, та 10% тих, що закінчили лікування в поліклініці.

⁶⁰ Бідний В.Г. Стратегія забезпечення якості медичної допомоги і послуг населенню м. Києва // Організація системи якості медичної допомоги, медичних послуг населенню із застосуванням інформаційних технологій: Матеріали конф. 25 - 26 листопада 1999 р. - К., 1999. - С. 5 - 7.

⁶¹ Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / За заг. ред. Ю.В. Вороненка, В.Ф. Москаленка. - Тернопіль: Укрмедкнига, 2000.-680 с.

Оцінка діяльності відділення загалом на другому рівні контролю здійснюється шляхом порівняння досягнутих результатів з нормативними значеннями показників результативності моделей кінцевих результатів з урахуванням показників дефектів. Результати другого ступеня оцінки якості надання медичної допомоги у військовому госпіталі оформлюються протоколом для розгляду на третьому рівні щомісяця.

Третій ступінь контролю - експертна комісія при ГВКГ МО України.

Технологія експертизи роботи лікарів передбачає оцінку якості за результатами лікування кожного хворого, виявлення дефектів у нестандартних випадках (грубі дефекти в діагностиці та лікуванні, внутрігоспітальні інфекції, порушення санепідрезжиму, невиправдані оперативні втручання тощо), а також аналіз ведення медичної документації та показників летальності. Для стандартизації показників оцінки якості роботи відділень та окремих лікарів доцільно використовувати експертну карту (див. табл. 3.3.)⁶².

Окрім загального контролю якості медичної допомоги комісія займається докладним вивченням летальних наслідків. До складу комісії входять заступники начальника госпіталю та провідні фахівці з основних напрямків лікувально-діагностичної роботи. Щомісяця результати роботи комісії доповідаються начальнику госпіталю.

Четвертий ступінь контролю - це експертна комісія при Головному військово-медичному управлінні МО України.

⁶² *Накатис Я. А., Романюк Г. Н. Управление качеством выполнения диагностической и лечебной помощи в многопрофильном медицинском учреждении // Экономика здравоохранения - М., 2001. - № 6 (55). - С. 33-36*

**Лікарська карта оцінки якості медичної допомоги
(для виписаних хворих)**

№ п/п	Експертиза кінцевого результату - ЕКР	Експертиза медичної технології - ЕМТ	
		За стандартами	За складовими лікувально-діагностичного процесу
1.	Одужання, клінічна ремісія (підтверджувальна інформація) потрібне підкреслити	1. Стандарт обов'язкових методів обстеження і лікування	1. Збір інформації про пацієнта: 1.1. Скарги 1.2. Анамнез 1.3. Огляд 1.4. Верифікація діагнозу
2.	Покращання (підтверджувальна інформація)	2. Стандарт рекомендованих методів (за пріоритетами)	2. Обґрунтування лікування (для хірургічних хворих - інформація, яка підтверджує правильність вибраного лікування)
3.	Без змін (обґрунтування)		3. Процес лікування (інформація, яка підтверджує правильність вибраного лікування)
4.	Погіршення (обґрунтування)		4. Аналіз лікуючим лікарем та начальником відділення результатів лікування
5.	Інше (переведення в інший госпіталь, виписка до закінчення терміну лікування тощо)		Примітка. Лікар-експерт дотримується правила: якщо в історії хвороби запису немає, то це не зроблено.

$$УЯ = \frac{ЕМТ + ЕКР}{200} = 1$$

Підпис експерта _____ Дата експертизи _____

Експертна оцінка є оперативним методом і широко використовується для вирішення найрізноманітніших питань з організації медичної допомоги військовослужбовцям. Основною метою експертної оцінки є визначення шляхів підвищення якості та ефективності медичної допомоги військовослужбовцям ЗС України; розробка конкретних заходів, спрямованих на досягнення максимальної повноти та своєчасності профілактичної

роботи; обстеження та лікування хворих відповідно до сучасних досягнень медичної науки і практики; своєчасне з'ясування причин і факторів, що призводять до недоліків у роботі відділень, окремих фахівців, лікарсько-територіальних дільниць і обґрунтування та опрацювання комплексу конкретних і високоефективних заходів, спрямованих на усунення виявлених у роботі недоліків.

Окрім перелічених вище завдань експертна оцінка забезпечує підвищення кваліфікації лікарів, сприяє виробленню та вдосконаленню їх практичних навичок, а також є надійним способом з'ясування та врахування професійних думок найбільш кваліфікованої частини лікарів госпіталю і викладачів кафедр (на базі ГВКГ МО України працює 5 кафедр Української військово-медичної академії та одна кафедра Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця - *авт.*) щодо складних та проблемних питань охорони здоров'я і медичної науки.

Експертна оцінка є найбільш доцільним методом дослідження якості й ефективності медичної допомоги, тому що правильність і повнота надання лікувально-профілактичної допомоги у військовому госпіталі може бути виявлена шляхом експертизи.

Метод експертних оцінок можна застосувати і в будь-якому відділенні поліклініки. Він дозволяє провести поглиблений аналіз профілактичного розділу роботи дільничних лікарів, виявити специфічні для даного відділення (дільниці) дефекти, дозволяє скласти план конкретних дій з усунення недоліків у роботі тієї чи іншої служби.

3.7. Шляхи оптимізації взаємозв'язків між МОЗ України та відомчою медициною для підвищення ефективності державного управління галуззю

Як зазначалося вище, зміцнення горизонтальних зв'язків між системою охорони здоров'я України та іншими системами і структурами нашої держави сприятиме розбудові державно-управлінських відносин і підвищуватиме ефективність державного управління охороною здоров'я. У зв'язку з цим, на думку автора, доцільно коротко спинитися на викладі теоретичних засад державно-управлінських відносин в охороні здоров'я.

Науковій розробці теорії державно-управлінських відносин присвячена низка праць проф. Н.Р. Нижник. Вивченням окремих аспектів цієї проблеми займалися В.Д. Бакуменко, П.І. Надолішній та О.В. Шамрай. Проблема ж комплексного вивчення міжвідомчих державно-управлінських відносин в галузі охорони здоров'я залишається недослідженою.

Запозичивши підхід В.Д. Бакуменка, використаний ним для пояснення вживання словосполучення “державне управління” з метою “... підкреслення безпосереднього відношення предмета до державної діяльності, надавня йому значущості і масштабності” [7], зазначимо, що саме з таких міркувань ми підходимо до розуміння поняття “міжвідомчі державно-управлінські відносини в галузі охорони здоров'я”.

Як і в попередньому випадку, коли йшлося про визначення поняття “державне управління охороною здоров'я” (див. розд. 2.1.), при тлумаченні категорії “міжвідомчі державно-управлінські відносини в галузі охорони здоров'я”, ми підемо шляхом трактування цього поняття на основі найбільш універсального, на наш погляд, визначення дефініції терміна “державно-управлінські відносини”.

“Державно-управлінські відносини, - як зазначає проф. Н.Р. Нижник у книзі “Державне управління: теорія і практика”, - це особливий вид суспільних відносин, що виникають у процесі державного управління - діяльності свідомо-вольового й організаційного характеру, відносин, що встановлюються в ході взаємної діяльності та відповідають меті держави, визначаються економічними та політичними основами суспільного устрою. ... Для них характерні такі особливості, як: інтереси, потреби, права й обов'язки учасників цих відносин, що пов'язані з виконавчою та розпорядчою діяльністю держави, з державним управлінням, виконавчою владою та місцевим управлінням”⁶³.

Як вже зазначалося вище, в нашій державі склалося так, що “практично кожне з 25 міністерств і 42 державних комітетів, які діють сьогодні в Україні, в тій чи іншій мірі займаються здійсненням державного управління щодо охорони здоров'я людей” [16]. Відносини, що виникають між цими органами державної влади в процесі управління охороною здоров'я, і скла-

⁶³ Державне управління: теорія і практика / За заг ред В.Б. Авер'янова. - К.: Юрформ Інтер, 1998. - 432 с.

дають зміст міжвідомчих державно-управлінських відносин у галузі охорони здоров'я.

“Специфіка змісту державно-управлінських відносин складається із сукупності ознак, що характерні відносинам взагалі, та ознак, що характеризують їх як складне соціальне явище”⁶⁴.

Виходячи з викладеного вище щодо державно-управлінських відносин та беручи до уваги низку інших визначень змісту цього поняття, які заслуговують на увагу, - запропонуємо свій варіант визначення категорії “міжвідомчі державно-управлінські відносини в галузі охорони здоров'я”.

Міжвідомчі державно-управлінські відносини в галузі охорони здоров'я - це складна система особливого виду соціальних відносин, яка виникає між органами державної влади в процесі державного управління охороною здоров'я України. Особливістю змісту міжвідомчих державно-управлінських відносин у галузі охорони здоров'я є усвідомлення їх учасниками державних потреб щодо охорони здоров'я громадян України.

Дослідники різних аспектів проблеми державного управління схиляються до думки, що державно-управлінські відносини - це складна організаційна система, розгляд якої дає змогу встановити відповідні зв'язки і взаємодію між окремими елементами та пізнати її як цілісне утворення.

Ключовим фактором дестермінації змісту державно-управлінських відносин є відносини власності. А особливий момент у змісті державно-управлінських відносин - усвідомлення їх учасниками об'єктивно існуючих державних потреб, а також сукупності вольових дій, що набувають форми функціональних відносин. Тому аналіз учасників державно-управлінських відносин, їх взаємозв'язків і суперечностей передбачає серйозне дослідження мотиваційної основи та реальних дій і відносин, які для них характерні [6].

З точки зору системного підходу, досліджуючи проблеми оновлення державно-управлінських відносин, в них можна виділити такі утворення: субстанціональні, функціональні й структурні. Такий підхід може використовуватися не лише для аналізу оновлення державно-управлінських відносин у цілому

⁶⁴ Державне управління. теорія і практика / За заг. ред. В. Б. Авер'янова. - К.: Юрінформ Інтер, 1998 - 432 с.

як системи (тобто на макроуправлінському рівні), але й для аналізу окремого державно-управлінського відношення (тобто на мікроуправлінському рівні).

Розглядаючи будь-яку систему, в тому числі і систему охорони здоров'я та систему державно-управлінських відносин, з точки зору системного підходу, необхідно пам'ятати, що сам цей підхід має бути системним, оскільки він вміщує низку взаємопов'язаних аспектів. Один із провідних фахівців, що пропагували системний підхід, В.Г. Афанасьєв (першим навів характеристику співвідношення системи та її елементів ще 1921 року випускник медичного факультету Харківського університету О.О. Богданов - авт.) виділяє сім аспектів:

1. *Системно-елементний*, що відповідає на питання: з чого, з яких елементів та компонентів утворена система?
2. *Системно-структурний*, що розкриває внутрішні організаційні структури, способи взаємодії її елементів і компонентів.
3. *Системно-функціональний*, що показує, які функції виконує система та ті компоненти, що її утворюють.
4. *Системно-інтегральний*, що розкриває джерела, фактори збереження, фактори управління.
5. *Системно-процесуальний*, що показує, які процеси (операції тощо) відбуваються в системі з метою її цілісного удосконалення і розвитку.
6. *Системно-комунікаційний*, що віддзеркалює взаємозв'язок даної системи з іншими як по горизонталі, так і по вертикалі.
7. *Системно-історичний*, що відповідає на запитання, яким чином виникла система, які етапи у своєму розвитку проходила та які її історичні перспективи.

Сьогодні, коли державне управління як один з найважливіших різновидів соціального управління набуває відповідних державно-організаційних форм, що обумовлені функціями та методами впливу на соціальні відносини, виразно вимальовується новий підхід до державно-управлінських відносин. У зв'язку з цим виникла необхідність розгляду державно-управлінських відносин у їх розвитку, враховуючи суперечності зазначених

відносин з рівнем, діалектикою переходу кількісних змін у якісні, заміну застарілих елементів та форм новими.

І, насамкінець, ще одне зауваження. Говорячи про управління взагалі, нам необхідно пам'ятати, що ще в 1972 р. ООН затвердила формулу про те, що "політика, концепція, теорія, на основі якої забезпечується процес управління "реагувати і управляти" - безплідна, вона заводить суспільство у глухий кут". У зв'язку з цим ООН рекомендує єдиний реалістичний підхід "передбачати і попереджувати" [117]. Саме таке бачення проблеми управління охороною здоров'я нам необхідно взяти за основу при впорядковуванні державно-управлінських відносин у цій галузі (субстанціональні, функціональні, структурні; галузеві, міжгалузеві; територіальні, територіально-галузеві, міжрегіональні; внутрішні та зовнішні, міжсистемні, міжособові, змішані; прості, складні, лінійні, функціональні та змішані). Глибоке вивчення всіх типів державно-управлінських відносин в управлінні охороною здоров'я дасть можливість спрогнозувати їх виникнення, розвиток і припинення⁶⁵.

Розділ 4

Професійна модель сучасного спеціаліста з державного управління охороною здоров'я України

Важливим напрямком адміністративної реформи в Україні є вдосконалення самої державної служби. Вона має бути зорієнтована на норми демократичного, громадянського, соціального, з ринковою економікою суспільства [48].

Окрім відповідних організаційних, нормативно-правових заходів, які належить здійснити, вирішальними чинниками, що визначають успіх цієї реформи, є її кадрове забезпечення і науковий супровід. Йдеться насамперед про підготовку, перепідготовку та підвищення кваліфікації кадрів [46].

⁶⁵ Державне управління: теорія і практика / За заг. ред. В.Б. Авер'янова. - К.: Юрінформ Інтер, 1998. - 432 с.

Сказане стосується і охорони здоров'я. Чільне місце в реалізації важливих завдань реформування галузі належить підготовці сучасного державного управлінця в галузі охорони здоров'я і, передусім, формування його професійної моделі.

4.1. Професіоналізм і культура державного управління - основа діяльності керівників системи органів та установ охорони здоров'я

Хоч би яку посаду займала та чи інша особа в певній галузі - від президента, парламентарія, політичного діяча, науковця, державного чиновника, керівника будь-якого рангу і до окремої фізичної особи, - кожному з них потрібно приймати рішення, що стосуються як простих, так і дуже складних ситуацій. Практика свідчить: не всі вміють робити це грамотно і на належному професійному рівні, користуючись сучасними досягненнями інформаційних технологій, науковими методами й правилами. Дослідження підтверджують, що 77 % керівників вищої та середньої ланки при прийнятті рішення неправильно визначають наслідки своєї діяльності [99] (див. рис. 4.1., де пока-

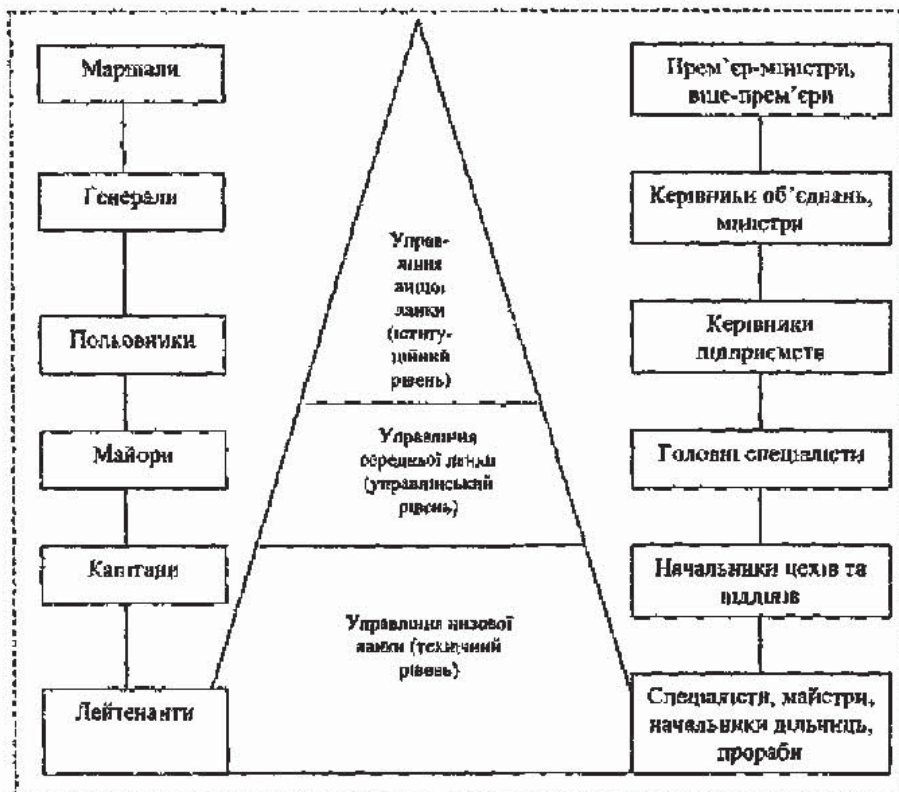


Рис. 4.1. Рівні управління

зано рівні управління, відображена деяка аналогія між ієрархією управління та ієрархією військових звань, а також можливі наслідки, за умови, що керівники відповідних рівнів “неправильно визначають наслідки своєї діяльності” - Я.Р.).

Ефективність процесу управління взагалі і підвищення ефективності управління системою охорони здоров'я нашої держави зокрема залежить від кадрового складу державного апарату, рівня його професіоналізму та культури державного управління. Одним з першочергових напрямків процесу реформування кадрової політики України слід вважати “... об'єктивізацію відбору кандидатів на керівні посади” [14; 57]. Адже саме професіоналізм визначатиме успіх чи неуспіх, виживання чи неживання медичної установи, охорони здоров'я України - як галузі в цілому, в нових для нашої країни умовах сучасної ринкової економіки [54].

“Прийом на державну службу та просування по ній, - значає О. Оболенський, - мають бути ... органічно пов'язані з неперервним навчанням” [59]. З метою реалізації цього процесу О. Оболенський пропонує наступну модель (див. рис. 4.2.).

Дослідники проблеми професіоналізму державних службовців звертають увагу на те, що “професіоналізм - це, насамперед, здатність державного службовця, колективу державних службовців визначати з урахуванням умов і реальних можливостей найбільш ефективні шляхи та способи реалізації поставлених перед ними завдань у межах нормативного визначення повноважень” [83].

А професіоналом, на думку тих самих дослідників зазначеної проблеми, можна вважати державного службовця, який:

- успішно вирішує завдання, згідно із своїми службовими обов'язками;
- прихильний до професії, має мотивацію до роботи в ній, задоволений працею;
- досягає бажаних сьогодні для суспільства результатів при виконанні своїх функцій;
- використовує технології, що застосовуються демократичним суспільством;
- освоює норми, еталони професії (нормативні критерії);

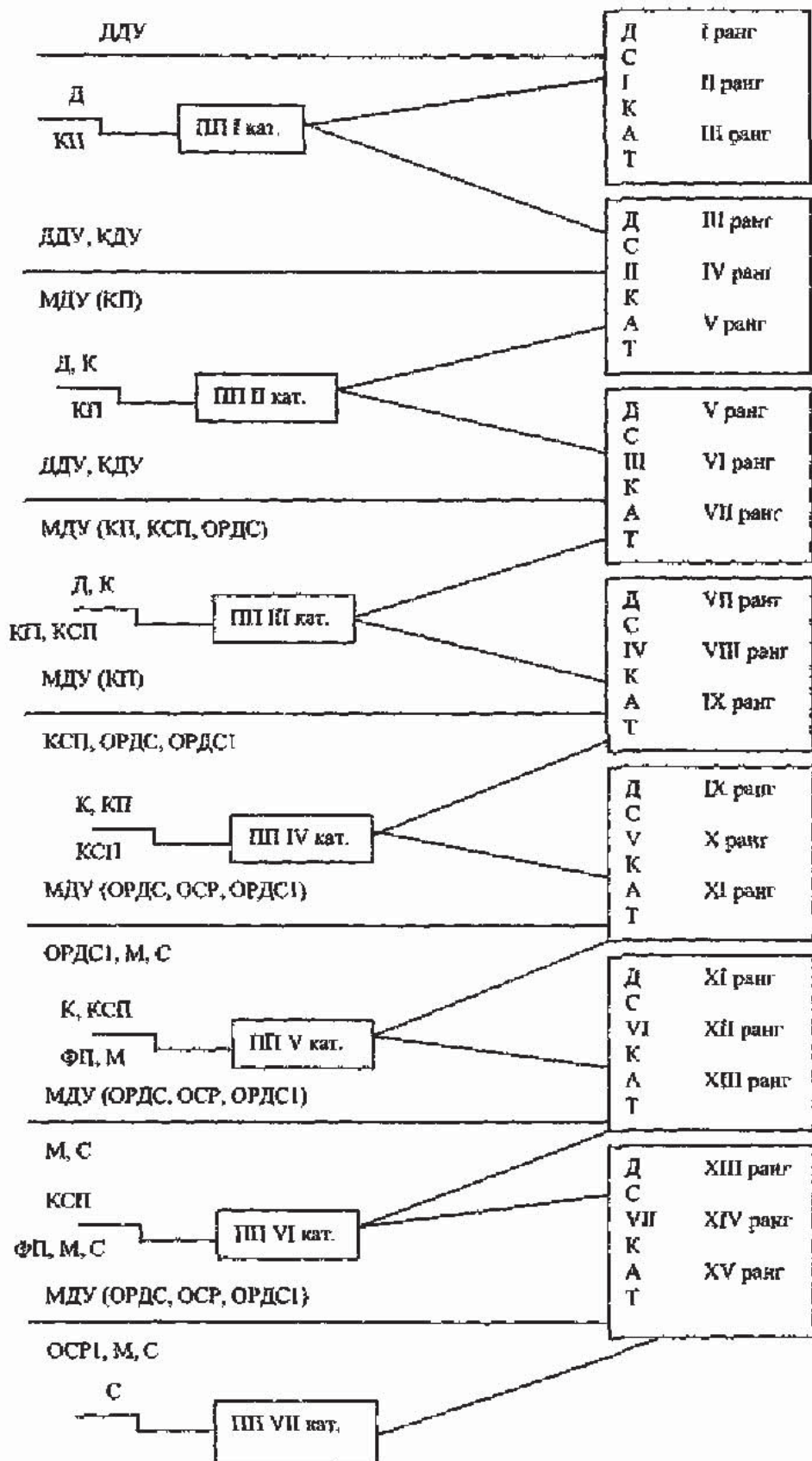


Рис. 4.2. Процес неперервного навчання державних службовців

Умовні скорочення до рис. 4.2.:

- ПП - професійна програма підвищення кваліфікації державних службовців певної категорії;
- ДДУ - доктор наук за спеціальністю, що передбачає професійну діяльність у державному управлінні;
- КДУ - кандидат наук за спеціальністю, що передбачає професійну діяльність у державному управлінні;
- МДУ - магістр в освітній галузі "Державне управління" за спеціальностями "Державне управління" та "Державна служба" (далі - магістр державного управління);
- МДУ (КП) - магістр державного управління, який має досвід роботи на посаді керівника підприємства;
- МДУ (КСП) - магістр державного управління, який має досвід роботи на посаді керівного складу підприємства;
- КП - керівник підприємства;
- КСП - керівний склад підприємства;
- ФП - фахівці підприємства;
- ОРДС - особа, яка має ранг державного службовця та кваліфікацію спеціаліста за фахом, що відповідає професійній діяльності на певній посаді державного службовця;
- ОРДС 1 - особа, яка має ранг державного службовця та кваліфікацію спеціаліста за фахом, що не відповідає професійній діяльності на певній посаді державного службовця;
- ОСР 1 - особа, яка має стаж роботи та кваліфікацію спеціаліста, що не відповідає професійній діяльності на певній посаді державного службовця;
- М - магістр;
- С - спеціаліст.

- намагається індивідуалізувати свою працю, а також свідомо розвиває свою індивідуальність засобами професії;
- досягає вже сьогодні необхідного рівня професійних особистісних якостей, знань і вмінь;
- має і усвідомлює перспективу, зону свого майбутнього професіонального розвитку, роблячи все можливе для її реалізації;
- відкритий для професійного навчання, накопичення досвіду, змін;
- збагачує досвід професії за рахунок особистого творчого внеску;

- соціально активний у суспільстві;
- відданий професії державного службовця;
- готовий до якісної та кількісної оцінки своєї праці.

Доцільно окремо спинитися на такій характеристиці професіоналізму і загальної культури державного службовця, як *управлінська відповідальність*.

На нашу думку, це особливо важливо для управління охороною здоров'я. Адже мірою виміру безвідповідальності окремих керівників охорони здоров'я ще й сьогодні стають, на превеликий жаль, здоров'я і навіть життя громадян нашої держави. А "...коли йдеться про життя і смерть, вимірювати її значення (своєчасність і якість медичної допомоги - Я.Р.) треба не лише медико-статистичними показниками, але й соціально-психологічними критеріями" [64]. Тому, реформуючи систему державного управління охороною здоров'я, слід "... шукати джерела безвідповідальності не в конкретних людях і навіть не в їхніх партійних переконаннях (хоча ми поділяємо думку тих авторів [12; 83], які вважають, що слід прагнути до політичної нейтральності державної служби. Службове становище забороняється використовувати в інтересах тієї чи іншої політичної партії; у державних органах забороняється створювати партійні організації), а в самій постановці справи, в самій системі державного управління. Ідеалом відповідальності є те, коли управлінець не тільки не хоче працювати безвідповідально, а об'єктивно (організаційно-правово) не може працювати інакше" [14].

З професіоналізмом державних службовців тісно пов'язана культура управлінської діяльності. Під культурою управлінської діяльності розуміють "... не якийсь манер управляючого [хоча і це має значення], а рівень державницького розвитку системи управління, в якому професіоналізм, компетентність, моральні принципи державців мають втілювати цей рівень, створювати умови для якомога більш ефективного її впливу на реальне життя громадян" [14].

Говорячи про культуру державної діяльності як про основу діяльності керівників системи органів та установ охорони здоров'я України не можна не погодитися з авторами вже не раз цитованої вище монографії "Культура державного управління: Організаційний аспект", що культура державного управління повинна бути "... забезпечена необхідною кількістю і якістю

державних службовців, тим професіоналізмом, який має не лише необхідну управлінську грамотність, а й ґрунтується на національних базових засадах, зокрема, на українській національній ідеї, яка духовно забезпечує єдність народу України і надає йому необхідну самоуправлінську енергію, насамперед у державницькій формі” [14].

4.1.1. Принципи відбору управлінських кадрів для охорони здоров'я України

Управлінська кадрова проблема особливо актуальна для сучасної вітчизняної системи охорони здоров'я [3]. Аналіз доступної літератури з цього важливого напрямку діяльності галузі показав, що найкращі результати дає комплексна методика пошуку управлінських працівників, яка будується на таких принципах [3; 39; 114]:

1. Професіографічний аналіз діяльності кандидатів на управлінську посаду. В результаті такого аналізу визначається коефіцієнт професійної результативності.
2. Цілеспрямоване вивчення кандидата шляхом анкетування. Метою даної роботи є з'ясування професійних навичок і особистих якостей, необхідних для виконання роботи на відповідній посаді.
3. Аналіз якостей особистості та професіоналізму на основі характеристик членів колективу, де раніше працював претендент. Такі дані одержують шляхом заповнення цільових опитувальних анкет членами колективу попередньої роботи претендента.

Хоча перевірка рекомендацій є важливою справою, її слід проводити, усвідомлюючи, що надані рекомендації не завжди є точними. На жаль, деякі попередні роботодавці могли дати поганому працівникові добру рекомендацію саме для того, щоб позбутися його.

Нижче наведено зразок запитань, що їх можна використати для перевірки рекомендацій.

4. Випробування кандидата на управлінську посаду. Цей принцип може бути реалізований у два етапи.

ЗРАЗОК ЗАПИТАНЬ ДЛЯ ПЕРЕВІРКИ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Загальні запитання

Якими були обов'язки і відповідальність працівника? _____

Яку роботу він виконував найкраще? _____

Для якої роботи працівник найменше придатний? _____

Скільки часу він працював? _____

Яку заробітну плату отримував працівник? _____

Чому працівник у них більше не працює? _____

Чи добре працівник утримував своє житло? _____

Чи взяли б Ви цього працівника знову на роботу? _____

Якщо ні, то чому? _____

Запитання стосовно особистих якостей працівника

Чи були в нього якісь риси, на які треба звернути увагу? _____

Чи вживав він інтенсивно наркотики або алкоголь? _____

Наскільки добре був у згоді з іншими? _____

Запитання про особисту ініціативу

Як часто працівник не виходив на роботу (прогулював)? _____

Чи був він пунктуальним? _____

Чи був він ініціативним? _____

Чи був він новатором? _____

Чи входило до його обов'язків контролювати інших? _____

Можливості працівника для професійного зростання _____

Чи має бажання працівник навчатися? _____

Як працівник сприймав оцінку своєї роботи з боку інших? _____

Чи сприймав працівник конструктивну критику? _____

Перший етап - вирішення ситуаційних управлінських завдань. При цьому оцінюються навички прийняття управлінських рішень у ситуаціях різного ступеня складності, створення програми перспективного розвитку (бізнес-плану) установ, підприємств і галузей, комунікативні якості, фінансово-економічна діяльність.

Другий етап - виконання обов'язків у ході випробування. Достатнім періодом випробування слід вважати 3-5 місяців. При цьому весь хід випробування протоколюється з подальшою об'єктивною оцінкою роботи за допомогою кількісних та якісних показників.

5. Психологічна оцінка особистості кандидата. Оцінюється, насамперед, загальний інтелектуальний рівень. При цьому управлінський працівник будь-якого рівня не може мати інтелектуальний коефіцієнт нижчий від показника "вище середнього". Оптимально - якщо він перебуває в

умовах “високого” та “дуже високого”. Потім вивчаються загальний освітній рівень, творчі якості, емоційна урівноваженість, особливості характеру, наявність та вираженість якостей лідера тощо.

Кінцевим результатом професійної та психологічної оцінки претендента має бути інтегральний коефіцієнт особистості. В окремому Додатку подано набір спеціальних опитувальних анкет для визначення в людей схильності до управлінської діяльності, аналізу “управлінських цінностей”, оцінки рівня управлінської культури.

4.2. Державні та галузеві кваліфікаційні вимоги до менеджера охорони здоров'я

“Державна політика в галузі охорони здоров'я, - записано у програмі реорганізації медичної допомоги в Україні “Перспектива-2010”, що схвалена на Першому всеукраїнському з'їзді медичних працівників 1 жовтня 1999 р., - це та нова реальність, яка з'являється у сфері державного управління і яка забезпечить можливість державного регулювання медичної діяльності, забезпечить керованість реорганізації, спрямує процеси перетворень на вирішення соціальних завдань. ... Державна політика в галузі охорони здоров'я має базуватися на Національній доктрині здоров'я, в якій описані стратегічні цілі розвитку охорони здоров'я в країні” [73].

На думку авторів Програми та всієї спільноти українських лікарів, яка минулого року її схвалила, - державна політика в галузі охорони здоров'я повинна розгортатися на п'ятьох основних стратегічних напрямках:

- стратегія забезпечення доступності медичної допомоги для всіх верств населення України;
- стратегія в галузі медичної освіти і структури кваліфікації медичних кадрів;
- стратегія в галузі наукового забезпечення розвитку медичної допомоги в Україні;
- технологічна стратегія;
- стратегія в галузі організаційних форм медичної допомоги.

Спинимося на характеристиці стратегії в галузі медичної освіти і структури кваліфікації медичних кадрів.

На думку авторів Програми, цей напрямок реорганізації галузі має будуватися з урахуванням різних чинників. По-перше, треба врахувати реально сформовану структуру кваліфікації медичних кадрів, традиції підготовки медиків в Україні, наявні наукові школи та прагнути зберегти і підтримати всі перспективні напрями, які мають сформовану протягом довгого часу традицію. По-друге, треба зважити на новітні тенденції світової науки та освіти у сфері медицини, зіставляти із світовими перспективними напрямами розвитку вітчизняні можливості, створювати умови для формування нових перспективних напрямів і шкіл.

Система регулювання структури вузівських і наукових спеціальностей у сфері медицини має стати динамічною і гнучкою. Поява попиту на нові перспективні напрями розвитку медичної кваліфікації має позначитися на зміні структури спеціальностей. Потрібно створити механізм, який, з одного боку, давав би широкий простір вузам і науковим інститутам для участі у формуванні кваліфікаційної стратегії держави, а з другого - носив би державне регулювання стосовно концептуального управління кваліфікаційною стратегією через механізм стандарту кваліфікації медичних кадрів.

Слід наголосити на тому, що в аналізованій нами Програмі вперше на офіційному рівні поставлено завдання "... швидко розробити номенклатуру спеціальностей в галузі медичного менеджменту, створити концепцію і державні стандарти, підготувати спеціалістів найвищої кваліфікації (кандидати і доктори наук в цьому напрямку)" [73]. Саме тому, на нашу думку, доцільно буде детально проаналізувати дану проблему.

Хто ж такі менеджери охорони здоров'я?

"Медичний менеджмент, - записано у Програмі, - це цілком нова кваліфікація. Менеджер у сфері медичної допомоги керує інфраструктурою з метою ефективної організації діяльності надання медичних послуг. Такий спеціаліст має, з одного боку, підпорядковувати організаційні структури медичної допомоги завданням виконання замовлення, а з іншого - представляти інтереси сфери професійної медичної діяльності перед замовником з інших сфер, наполягаючи на таких обмеженнях параметрів замовлення, які продиктовані закономірностями організації охорони здоров'я" [73].

На нашу думку, в Програмі досить схематично і спрощено описано професійну модель менеджера охорони здоров'я (хоча в програмному документі це може й виправдано), тому спробуємо її конкретизувати, розширити та адаптувати до фахівця з вирішення практичних завдань державного управління охороною здоров'я.

Але спочатку дамо визначення поняттям “менеджмент” та “менеджер”.

Це той випадок, коли “... одне і те ж поняття формувалося в різний час і в різних джерелах”. Якщо такі поняття відрізняються між собою хоча б одним словом, доцільно навести всі виявлені варіанти відповідного поняття [92].

На сьогодні в літературних джерелах найчастіше використовуються наступні варіанти визначення поняття “менеджмент”.

Одні автори вважають, що менеджмент - це сукупність теоретично обґрунтованих і перевірених на практиці принципів, правил, рекомендацій і засобів щодо організації та реалізації цілеспрямованої управлінської діяльності.

Інші автори під менеджментом розуміють уміння досягати поставлених цілей, використовуючи працю, інтелект та мотиви поведінки людей.

Треті стверджують, що менеджмент - це сукупність методів, форм та засобів управління виробництвом.

Ще один автор - проф. А.Д. Ярменчук, визначаючи менеджмент - як галузь людських знань і вміння (мистецтво) управління, при цьому зазначає, - “... термін “менеджмент” може використовуватися до будь-яких типів організацій, але коли мова йде про державні організації будь-якого рівня, то правильніше буде використовувати термін “державне управління”, “державне адміністрування”. Тому в державних структурах у них (США - Я.Р.) не використовується слово “менеджер” [119].

Менеджер - висококваліфікований спеціаліст, який має конкретний обсяг знань і навичок у галузі сучасного менеджменту та комп'ютерних технологій і наділений досить широкими повноваженнями для здійснення самостійної управлінської діяльності (Тарнавська, Мистецтво результативного управління).

На нашу думку, є універсальніше визначення поняття “менеджер”.

Менеджер (від англ. manager – управляючий) - специфічна професія, яка вимагає схильності до підприємницької діяль-

ності, знань у сфері фінансів, ринку кредиту та грошового обігу, валютних операцій і податкового законодавства; менеджер - висококваліфікований спеціаліст, який має певний обсяг знань і навичок у галузі сучасного менеджменту та комп'ютерних технологій і наділений досить широкими повноваженнями для здійснення самостійної управлінської діяльності; управляючий, керівник, директор, завідувач, адміністратор, функціонер, словом, будь-який найманий професійний управляючий, що не є власником підприємства.

З точки зору соціальної структури менеджери - специфічний прошарок суспільства, що складається з професійних управляючих (директорів компаній і фірм, керівників окремих підрозділів підприємства тощо). Поява менеджерів зумовлена процесом поглиблення суспільного поділу праці, зростанням масштабів підприємств, ускладненням процесу виробництва й управління тощо. Іншою причиною є процес відокремлення капіталу-власності від капіталу-функції. Розвиток цих процесів призводить до того, що капіталіст, оскільки він фізично неспроможний здійснювати компетентне керівництво всіма ланками процесу виробництва та реалізації продукції, наймає професійних управлінців. В умовах зростаючої деперсоніфікації власності [внаслідок еволюції капіталістичної власності від індивідуальної до колективних форм] менеджерів наймають акціонери і насамперед власники значної кількості акцій. Залежно від масштабів підприємств виділяють менеджерів вищої, середньої та нижчої ланок. У США в гігантських корпораціях до складу вищих менеджерів входять 3-4 особи (президент, 3-4 віце-президенти компанії). Із 12,5 млн управляючих близько 10 тис. - менеджери вищого рангу. Якщо корпорація є власністю окремої особи, то найважливіші рішення приймає сам капіталіст, а менеджери вирішують інші важливі проблеми. Разом з певними повноваженнями, владними функціями до менеджерів переходить і частка корпоративної власності. Такий перехід здійснюється у трьох основних формах:

1. Придбання значної кількості акцій (вартістю від одного до двох млн дол.).
2. Отримання гігантських розмірів платні (на початку 90-х рр. такі виплати перевищували 1 млн дол. на рік).
3. Надання їм у персональне користування дорогих автомобілів, яхт, коштовних килимів і навіть картинних галерей.

У США, наприклад, система підготовки менеджера - триступенева [119]. Після середньої школи молоді люди впродовж 4-х років здобувають освіту в коледжі чи університеті за магістерською програмою. Після цього вони працюють, а через 2 роки знову повертаються на навчання, де протягом наступних 2-х років набувають знань за фахом "магістр ділового адміністрування" чи "магістр науки управління". Третій ступінь науки управління можна здобути, опанувавши програми, які дають право на отримання ступеня - доктора філософії. Цей ступінь отримують люди, які прагнуть займатися дослідженням та викладанням науки управління.

Які загальні державні вимоги до спеціалістів з менеджменту існують в Україні? У використаних нами літературних джерелах [23; 38; 40; 73; 81; 91; 111] про це сказано так.

Державні вимоги із спеціальності "менеджмент" - це сукупність знань і навичок, якими повинен оволодіти спеціаліст з вищою освітою за даною спеціальністю відповідно до державного освітнього стандарту вищої освіти. Стандартом встановлена галузь професійної діяльності менеджера - забезпечення раціонального управління економічними процесами, організація систем управління, вдосконалення управління згідно з тенденціями соціально-економічного розвитку.

Менеджер має бути готовим до тих видів діяльності, які виділяються відповідно до його призначення і місця в системі управління: управлінської, організаційної, економічної, планово-фінансової, маркетингової, інформаційно-аналітичної, проектно-дослідницької, діагностичної, інноваційної, методичної, консультативної, навчальної.

Як стверджують дослідники проблеми формування керівників системи охорони здоров'я, "до появи професії управління (менеджера) панувало уявлення, що для ефективного керування достатньо ефективного використання становища керівника, влади та впливу" [54], високої вимогливості до підлеглих та простого адміністрування [81]. "Зараз неможливо ефективно виконувати функції планування, організації, мотивації та контролю, спираючись на власний емпіричний досвід" [54].

У державному стандарті встановлені загальні вимоги до освіти спеціаліста за фахом "Менеджмент". Менеджер:

- знає Конституцію України, етичні і правові норми, які регулюють ставлення людини до людини, суспільства, довкілля,

вміє враховувати їх при розробці екологічних і соціальних проєктів;

- знайомий з основними науковими течіями в галузі гуманітарних і соціально-економічних наук, спроможний науково аналізувати соціально значущі проблеми і процеси, вміє використовувати методи цих наук в різних видах професійної і соціальної діяльності;

- має цілісне уявлення щодо процесів і явищ, які відбуваються в неживій і живій природі, розуміє значення сучасних наукових методів пізнання і володіє ними на рівні, необхідному для вирішення завдань, які мають природно науковий зміст і виникають при виконанні професійних функцій;

- спроможний продовжувати навчання і вести професійну діяльність в іншомовному середовищі (вимога розрахована на реалізацію в повному обсязі через 10 років);

- має наукове уявлення про здоровий спосіб життя, володіє навичками фізичного самовдосконалення;

- володіє культурою мислення, знає його загальні закони, може в письмовій та усній мові правильно (логічно) оформити його результати;

- вміє на науковій основі організувати свою працю, володіє комп'ютерними методами збору, зберігання та обробки (редагування) інформації, які використовуються у сфері його професійної діяльності; спроможний в умовах розвитку науки і змінної соціальної практики до переоцінки набутого досвіду, аналізу своїх можливостей, вміє набувати нових знань, використовуючи сучасні інформаційні навчальні технології;

- розуміє суть і соціальну значущість майбутньої професії, основні проблеми дисципліни, які визначають конкретну галузь його діяльності, бачить їх взаємозв'язок у цілісній системі знань;

- спроможний знаходити нестандартні вирішення типових завдань або вміє вирішувати нестандартні завдання (повною мірою ця вимога стосується випускників, які отримали диплом про вищу освіту);

- спроможний займатися проєктною діяльністю у професійній сфері, знає принципи системного аналізу, вміє будувати і використовувати моделі для опису і прогнозування різних явищ, здійснювати їх якісний і кількісний аналіз;

- здатний поставити ціль і сформулювати завдання, пов'язані з реалізацією професійних функцій, вміє використовувати для їх вирішення методи вивчених ним наук;

- готовий до кооперації з колегами і до роботи в колективі, знайомий з методами управління, вміє організовувати роботу виконавців, знаходити і приймати управлінські рішення в умовах суперечливих вимог, знає основи педагогічної діяльності;

- методично і психологічно готовий до зміни виду і характеру своєї професійної діяльності, до роботи над міждисциплінарними проектами.

Менеджер повинен знати і вміти використовувати:

- об'єктивні тенденції економічного розвитку, закономірності функціонування економічних систем, взаємодію економічних процесів та їх соціальний зміст;

- сутність фіскальної і грошово-кредитної, соціальної та інвестиційної політики;

- методи отримання статистичної інформації та її узагальнення, методологію економіко-статистичного аналізу та обчислення узагальнюючих статистичних показників;

- прийоми аналізу і перспективного обґрунтування тенденцій змін національного ринку і розробки програм економічного зростання;

- методологію аналізу ринкового середовища на мікроекономічному рівні, способи оцінки виробничо-економічного потенціалу підприємства і шляхи досягнення високої ефективності репродукування циклу;

- методи отримання інформації з питань використання виробничих фондів, короткотермінового кредитування, організації безготівкових розрахунків і визначати можливість їх удосконалення;

- методологічні й організаційно-правові аспекти менеджменту, його технологію та економічний механізм;

- методи, основи та основні прийоми дослідницької діяльності;

- принципи, методи та цілі ринкової сегментації, зміст формування попиту і стимулювання збуту, методи рекламної роботи і "паблік рилейшнз".

За спеціальними дисциплінами менеджер повинен:

- виконувати аналітичну, дослідницьку і раціоналізаторську роботу з оцінки соціально-економічної обстановки та конкретних форм управління;

- знати сучасні методи соціально-економічної діагностики, отримання узагальнених характеристик, агрегування інформації та її обробки за допомогою ЕОМ;

- професійно вести управлінську, маркетингову, комерційну, рекламну та патентно-ліцензійну роботу в різних підрозділах підприємств (об'єднань), асоціаціях, спільних підприємствах;

- розробляти варіанти управлінських рішень і обґрунтовувати вибір оптимального, виходячи з критеріїв соціально-економічної ефективності та екологічної безпеки;

- розробляти програми пововведень і складати план заходів щодо реалізації цих програм;

- використовувати методи наукової організації праці та оргпроекування, практично використовувати навички раціоналізації управлінської праці;

- володіти навичками пошуку, збору, систематизації і використання інформації, практично використовувати засоби організаційної та обчислювальної техніки;

- володіти методами прогнозування розвитку соціально-економічних і організаційних процесів на об'єктах управління та оцінки їх стану за потенційними можливостями економічного, соціального й організаційного розвитку.

Професійна діяльність менеджера здійснюється у сфері бізнесу та управління на різних організаційних державних підприємствах, в акціонерних товариствах та приватних фірмах. Вона поширюється також на науково-виробничі об'єднання, конструкторські і проектні організації, органи державного управління з метою раціонального управління економікою, виробництвом та соціальною інфраструктурою.

Які особливі кваліфікаційні вимоги характерні для менеджера охорони здоров'я?

Узагальнена характеристика кваліфікаційної моделі менеджера охорони здоров'я:

а) *встановлює* професійне призначення випускника медичного вузу за другою спеціальністю - "менеджер" і повинна використовуватися при плануванні підготовки, перепідготовки і прогнозуванні потреби в керівниках середньої та вищої ланки системи охорони здоров'я різних організаційно-економічних систем і організаційно-правових форм, а також при організації навчально-виховного процесу, розподілу, розміщення, вивчення та професійного використання випускників медичних вузів;

б) *висуває* до нього наступні професійно-психологічні вимоги:

- повинен мати достатній рівень професійної підготовки, прагнути до постійного удосконалення, вміти на практиці використовувати свої спеціальні знання;

- володіти ерудицією і культурою, суспільними й етичними якостями, високим відчуттям відповідальності за результати своєї праці;

- володіти сучасним відчуттям такту, методами управління, аналітичним мисленням, системним підходом у вирішенні комплексних проблем, приймати рішення в умовах невизначеності та обмеженості інформації і ресурсів;

в) *орієнтує* на здобуття знань у галузі:

- вітчизняного та зарубіжного досвіду організації управління, в тому числі й охороною здоров'я;

- методів господарювання та управління оздоровчими установами в умовах ринкової економіки;

- розробки перспективних і поточних планів підвищення ефективності роботи медичної установи (медичної, соціальної, економічної), володіння методикою складання бізнес-планів;

- технології і економіки конкретного виробництва медичних послуг, праці та її результатів, ціноутворення;

- основ менеджменту, маркетингу, психології, фінансів, бухгалтерського обліку, економіки та аналізу господарської діяльності, аудиту, соціальної екології та екології людини, організації системи охорони здоров'я і процесу управління - основ управлінської праці в умовах ринкової економіки;

г) *спрямована* на формування вміння:

- розробляти заходи щодо постійного удосконалення системи управління, в тому числі економічними методами;

- аналізувати причини недоліків, що діють в системі управління та вживати заходів щодо їх усунення і попередження;

- вивчати показники роботи лікувально-профілактичних установ, виявляти можливості підвищення ефективності управлінської праці, розробляти раціональні організаційні структури управління, складати плани з необхідними економічними розрахунками ефективності в установах охорони здоров'я;

- проводити роботу щодо спрощення та здешевлення апарату управління;

- організовувати ефективну взаємодію структурних підрозділів на основі використання науково обґрунтованих методів, раціонального витрачання всіх видів ресурсів, забезпечення кадрами, створення сприятливих умов праці;

- вживати заходів щодо соціального розвитку колективу, забезпечувати поєднання економічних, правових, адміністративних та психологічних методів керівництва, єдиновладдя і колегіальності, матеріальних і моральних стимулів, а також підвищення відповідальності кожного працівника за доручену справу, за результати роботи медичної установи;

- делегувати повноваження, систематично вивчати ділові якості та інші індивідуальні особливості медичного персоналу з метою добору, оновлення і поповнення кадрів керівників з числа найбільш здібних співробітників, забезпечувати підвищення їх кваліфікації та самоосвіти;

- здійснювати керівництво опосередковано, використовувати соціально-психологічні аспекти управління у своїй діяльності, створювати сприятливий соціально-психологічний клімат у колективі;

- удосконалювати соціальний і кадровий менеджмент, спрямовувати свою діяльність на підвищення продуктивності праці, ефективної та рентабельної роботи медичних установ, якості медичних послуг, зниження їх собівартості.

Таким чином, лікар-менеджер - це спеціаліст-професіонал у галузі управління всіма ланками системи охорони здоров'я, який (Журавель):

- досконало володіє системною методологією і вміє її практично використовувати в своїй управлінській практиці;

- знайомий з теорією систем і принципами її організації;

- здатний розробляти і ставити цілі, формулювати задум з управлінських ситуацій;

- вміє приймати різні види управлінських рішень, володіє технологією процесу управління, а відповідно, забезпечує реалізацію прийнятих рішень;

- спроможний кваліфіковано забезпечити діяльність системи в умовах різних видів управління (оперативного, ситуаційного і стратегічного);

- володіє технологією роботи з інформацією;

- володіє основами комплексного управління персоналом, успішно використовує прямий і опосередкований шляхи, психо-

логічні методи управління, може створювати мотиваційні механізми поведінки співробітників та їх взаємовідносин;

- знайомий з економічними методами і формами в управлінні та уміло їх використовує;

- успішно використовує комп'ютер у своїй діяльності;

- взаємовідносини з підлеглими будує за принципом доброзичливості, максимально виключаючи монополізацію свого посадового стану тощо.

А яким повинен бути менеджер XXI ст.? [111]:

• Менеджер майбутнього - це глобальний стратег, який повинен розуміти і знати, як керувати в конкурентному міжнародному середовищі.

• Він знавець технологій, передусім комп'ютерних, оскільки комп'ютерна грамотність буде виключно важливою для наступного покоління вищих керівників.

• Менеджер майбутнього - політик *par excellence*, а це означає, що позаринкові фактори, такі як локальні та національні кордони, угоди, правові норми і вимоги міжнародних організацій займуть значну частину часу у вищих керівників.

• Чим більша корпорація, тим глобальніший її розмах, тим більша кількість вищих керівників має бути одночасно і політиками.

• Менеджер майбутнього - лідер-новатор, тому, звичайно, йому будуть потрібні і деякі харизматичні⁶⁶ якості, однак він буде значно менше командувати та інструктувати співробітників, як це роблять сьогоденні менеджери.

А які фактори будуть впливати на управлінську діяльність менеджера в найближчі десять років?

• Тиск зовнішніх факторів, невизначеність і постійний ризик, стреси все частіше стають супутниками діяльності організацій, фірм, компаній тощо. Все це вимагає від менеджера вміння ефективно управляти собою і своїм часом.

• Порушення традиційних цінностей і орієнтацій радянської пори призвели до серйозної зміни особистих переконань і цінностей. У цьому зв'язку сучасним менеджерам необхідно чітко визначитися зі своїми особистими цінностями.

⁶⁶ Харизма (грец. charisma - милість, божий дар), виключна обдарованість; харизматичний лідер - людина, наділена в очах його послідовників авторитетом, що базується на виняткових якостях його особистості - мудрості, героїзмі, "святості" // Сов. енциклоп. словарь / Гл. ред. А.М. Прохоров, 2-е изд. - М., 1983. - С.1437.

- Багатоаспектна можливість підприємницької діяльності та бізнесу вимагає від менеджерів чітко визначити як цілі виконуваної роботи, так і свої власні цілі.

- Наявні системи навчання не спроможні повною мірою підготувати сучасного менеджера з урахуванням специфіки його діяльності. Тому кожний менеджер повинен сам приділяти максимальну увагу власному росту і розвитку.

- В діяльності менеджера завжди існували проблеми, але зараз їх стає все більше, і вони дедалі складніші, тоді як засоби їх вирішення - нерідко більш обмежені. Тому здатність вирішувати проблеми швидко та ефективно стає все більш важливою частиною управлінських навичок. При цьому особливо необхідно підкреслити вміння менеджера своєчасно передбачати появу тих чи інших проблем. Постійна конкурентна боротьба за ринки збуту, різні ресурси робить необхідним пошук і висування нових ідей та постійне пристосування до різних впливів. Все це вимагає від менеджера бути винахідливим і здатним вчасно реагувати на зміну ситуації.

- Завжди існували і продовжують залишатися проблеми в ієрархічних відносинах. У зв'язку з цим для ефективного управління необхідно використовувати навички впливу на співробітників, не застосовуючи прямі накази, а переходити на "уповноваження", призначення відповідальних за окремі "пілотні" проекти тощо - це тенденція розвитку сучасного менеджменту.

- Більшість традиційних шкіл менеджменту і методи управління значною мірою вичерпали свої можливості та не відповідають сучасним вимогам і, особливо, вимогам майбутнього. Тому потрібні нові, більш сучасні управлінські прийоми, і багатьом керівникам лікувальних, зокрема, військових лікувальних закладів, доведеться опановувати нові підходи стосовно своїх підлеглих.

- Великі витрати і труднощі пов'язані з наймом працівників. Тому перед кожним менеджером та керівником виникатимуть нові проблеми, що, в свою чергу, поставить на порядок денний необхідність більш умілого використання людських ресурсів.

- Кожна фірма, компанія вимагає постійного удосконалення різних напрямків діяльності, і всезростаючі масштаби змін неодмінно ведуть до опанування новими навичками, розвитку нових підходів і до змагань з можливістю власного "постаріння".

Тому менеджер повинен розвивати у співробітників і ділових партнерів уміння швидко опановувати нові методи і застосовувати їх на практиці.

• Складні процеси, що виникають у практичній діяльності керівників лікувальних установ України, дедалі більшою мірою потребують комплексного підходу та об'єднання зусиль певних груп співробітників, що сумісно здійснюють їх вирішення. У цьому зв'язку менеджер повинен вміти створювати відповідні групи, які досить швидко зможуть добитися ефективних результатів і цілеспрямовано реалізувати свій творчий потенціал.

Управління за нашої технологічної доби стає все складнішим.

Фахівці з управління стверджують, що керівникові майбутнього фактично доведеться виконувати багато ролей у різний час, бути моральним лідером, посередником та координатором, а не тим, хто видає накази.

Можна також передбачити, що керівник майбутнього - це провідник змін. Знання, навички та здібності керівника потрібні для того, щоб започаткувати зміни, а не залишитися бездіяльним, або запобігти неминучим змінам. Якщо таке твердження правильне, то керівник недалекого майбутнього має переорієнтувати своє мислення відповідно до нової концепції державної служби.

Нарешті, слід визначити характерні риси та навички хорошого керівника. За Чейзом вони містять:

1. Добрі навички переговорів і здатність переконувати.
2. Завоювання і збереження довіри громадськості, зокрема через використання засобів масової інформації.
3. Швидко вчитися й не баритися з рішенням, оскільки час перебування на посаді може бути коротким.
4. Добрі навички в керівництві й управлінні персоналом для підвищення продуктивності та якості роботи підлеглих.
5. Бажання вести вельми непевне життя, в міру того, як керівник переходить на вищі рівні управління.

Якщо керівник має ці риси, то він може:

1. Здобувати й зберігати підтримку лідера.
2. Добирати потрібних людей.
3. Вирішувати, які програми слід виконувати і в якому вигляді (планування).

4. Бути певним у наявності коштів.
5. Повною мірою використовувати підлеглих.
6. Користуватися підтримкою тих осіб у вищих органах управління, які від нього не залежать.
7. Використовувати тих осіб поза органами управління, які від нього не залежать.
8. Оцінювати свої програми.
9. Розумно поводитися.

Це надзвичайно складні завдання для керівника. Дехто може сказати, що від нього вимагається більше, ніж спроможна людина. Може й так, але керівники вищої ланки, принаймні найкращі керівники, намагаються діяти саме так, хоч і можуть зазнавати поразки. Та для них ліпше спробувати й зазнати поразки, ніж не пробувати взагалі.

Риси, небажані для керівника [81]

Одна з найпоширеніших негативних якостей практично всіх керівників - це саморепрезентація (потяг до того, щоб подобатися людям (рис. 4.3).

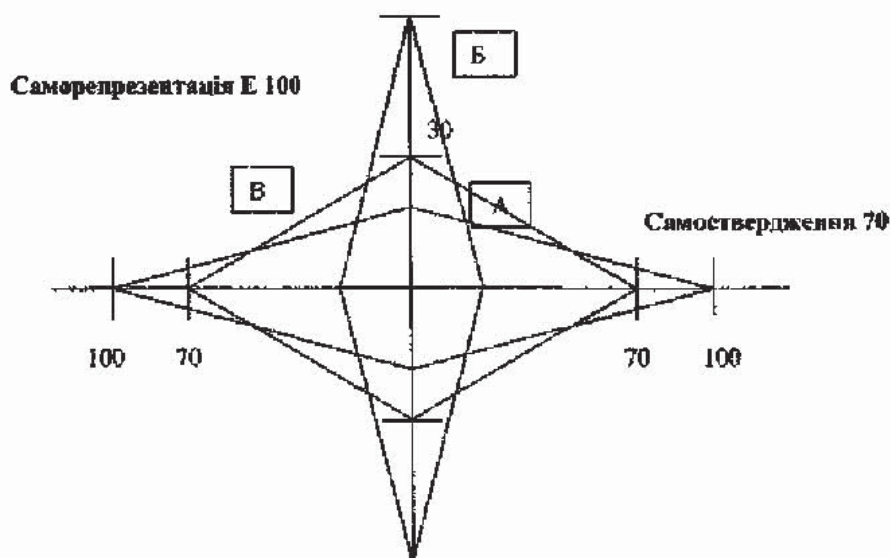


Рис. 4.3. Співвідношення самоствердження і саморепрезентації в діяльності керівника

- А - повна орієнтація керівника на досягнення результатів за відсутності вміння пояснити свої досягнення оточуючим;
- Б - повна орієнтація керівника на себе з метою просунутися службовою драбиною;
- В - оптимальне співвідношення самоствердження і саморепрезентації для ефективного управління персоналом.

Зрозуміло, що без саморепрезентації менеджер не може обійтися зовсім, але головним для кожного керівника має бути самоствердження завдяки досягненню конкретних результатів. Якщо менеджер намагається досягти певних успіхів (рис. 4.3, А), то він, таким чином, створює міцну базу для фірми і свого просування. Якщо ж менеджер саморепрезентується (рис. 4.3, Б), то він орієнтується тільки на себе.

Однією з найпоширеніших хвороб суспільства є саморепрезентація керівників вищої ланки управління (міністерства, відомства тощо). У нашому суспільстві тривалий час правилом руху по ієрархічній драбині була саморепрезентація (вміння вигідно себе показати), а не самоствердження (досягнення конкретних результатів). Не дивно, що з часом, не маючи твердої основи до самоствердження, багато керівників стрімко котилися вниз з висот саморепрезентації. З точки зору "Чейз Девелопмент Центр" саморепрезентація має бути розвинена у керівника не більш, ніж на 30%, а все інше - самоствердження (рис. 4.3, В).

Ще однією негативною рисою для менеджера є використання працівників у своїх інтересах. Звичайно, керівник не спроможний досягти високого результату самостійно. Але необхідно пам'ятати, що ніхто з підлеглих не працює на керівника, кожен працює тільки для себе. Підлеглий ні на 0,1% не вирішуватиме проблему шефа доти, поки буде стурбований своїми проблемами. Тому показником майстерності керівника є вміння надавати допомогу підлеглим у вирішенні їх проблем і, таким чином, намагатися досягти спільної мети.

Ухиляння від прийняття управлінського рішення з точки зору сучасного американського менеджменту є також негативним для керівника (необхідно наголосити на тому, що для японського менеджменту ця якість вважається позитивною).

Відсутність бажання і вміння приймати альтернативне рішення також відносять до пасиву керівника. Оскільки американські менеджери найбільше цінують час, то на 20% допускається не сприймати те, що заздалегідь недоцільне.

В американському менеджменті не схвалюється використання адміністративного тиску, тобто пропагування підходу Х при управлінні персоналом вважається дуже небажаним і, навпаки, заохочується широке використання теорії Y. (Основні вимоги теорії Х та Y коротко згадуються у табл. 4.1).

Теорії Х та У Д. Грегора і теорія Z

У. Оучі, які визначають особливе ставлення до персоналу

Традиційні підходи		Сучасні підходи	
Теорія Х		Теорія У	
1	Більшість співробітників не люблять, по можливості уникають роботи	1	Робота - бажана для більшості співробітників
2	Більшість співробітників необхідно примушувати виконувати роботу, застосовуючи адміністративний, економічний та психологічний тиск	2	Співробітники здатні до цілеспрямованості та самоконтролю, вмють самостійно визначати стратегії досягнення мети
3	Більшість співробітників хочуть бути виконавцями і уникають відповідальності. Вони зацікавлені тільки у власній безпеці	3	Зацікавленість працівників залежить від системи винагород за кінцевий результат
		4	Співробітники не уникають відповідальності і самостійно приймають управлінські рішення
		5	Багато співробітників мають здібності винахідливості
		3	Періодична ротация кадрів і гарантія зайнятості протягом життя

Такий, на наш погляд, перелік державних і галузевих кваліфікаційних вимог слід використовувати при створенні професійної моделі адміністративного управління системою органів і установ охорони здоров'я України. При цьому потребують глибокого наукового обґрунтування та уточнення змісту поняття "менеджер охорони здоров'я" та "адміністративний (державний) управлінець охороною здоров'я".

4.2.1. Сутність і зміст понять "спеціаліст з державного управління охороною здоров'я" і "менеджер охорони здоров'я": загальне та окреме

Останнім часом, як зазначають дослідники проблеми державного управління, намітилася тенденція паралельного вживання понять "державне управління" і "адміністративний менеджмент" [52].

Використовуючи підхід, застосований П.І. Надолішнім для визначення структури етноменеджменту як складової системи державного менеджменту (управління), - в останньому можна виділити такі рівні:

- 1) стратегічний - рівень прийняття політичних рішень (Президент, парламент);
- 2) тактичний - розробка конкретних методів, заходів, підходів та засобів упровадження прийнятих рішень (відповідні органи у структурі Кабінету Міністрів);
- 3) оперативний - реалізація державної політики у регіонах та відслідковування результатів упровадження минулих рішень (регіональні підрозділи органів державного управління).

Головними функціями “державного (адміністративного) менеджменту” є:

- 1) правова - розробка та законодавче оформлення імперативних настанов (законів, указів тощо) з урахуванням науково-теоретичних (економічних, правових, соціологічних та ін.) розробок та різноманітних факторів, які впливають на реалізацію державної політики;
- 2) контрольна - контроль за виконанням законодавчих та нормативних актів;
- 3) організація взаємодії - створення регіональної структури управління.

Серед основних методів державного (адміністративного) менеджменту можна виділити:

- 1) прогнозування - на підставі інформації, отриманої при здійсненні постійного моніторингу соціальних процесів;
- 2) адміністративні - організаційного регламентування, тобто через закони, декрети, постанови, укази тощо;
- 3) моделювання - створення моделей майбутніх управлінських ситуацій у галузі державного управління;
- 4) економічні - шляхом фінансової підтримки різних галузей господарської діяльності;
- 5) соціальні - надання соціальних пільг та гарантій представникам різних соціальних груп;

б) політичні - сприяння діяльності громадських та політичних організацій.

Метою державного менеджменту є сприяння формуванню в державі інтегруючого типу соціального розвитку суспільства.

Як бачимо, фактично йдеться про діяльність держави з визначення, організаційно-правового забезпечення і практичної реалізації державної політики, тобто про широке трактування поняття “державне управління”. Усталене поняття “державне управління” просто замінено інщомовним “менеджмент”. При цьому останнє наповнюється змістом першого [52].

Поняття “адміністративний менеджмент” розкриває процедурний аспект державно-управлінської діяльності, практичної реалізації функцій управління, забезпечення відповідного функціонування самого органу чи організації.

“Державне управління” (“Public administration”) за змістом відрізняється від “Бізнесового управління” (“Business administration”) та загального “Менеджмент” (“Management”). Так, управління в бізнесі спрямоване на отримання прибутку шляхом підприємництва, державне управління - на забезпечення суспільного життя громадян в усіх його аспектах. В останньому випадку цілі більш широкі і визначаються ззовні. Крім того, бізнес-управління переважно обмежується діяльністю підприємства, фірми, його часто інакше називають приватним (private) управлінням. Разом з тим, є чимало спільного у змісті цих форм діяльності. Адже дійові й ефективні управлінські методи, способи і технології часто народжуються та апробуються у сфері бізнесу, приміром, у роботі великих корпорацій, і переносяться в систему державних органів і, навпаки. Такі загальні для “державного управління” та “бізнесового управління” змістовні аспекти (наприклад, теорія організацій та ін.) охоплюються “менеджментом”. Щодо менеджменту, то існує певна тенденція застосовувати цей термін до локально-обмежених людських спільнот і колективів, а також тлумачити як менш регламентований офіційними правилами, процедурами і технологіями управління [47]. Спеціаліст-менеджер - це фахівець технологічного профілю [96]. Його діяльність частіш за все пов'язана з бізнесом, тобто спрямована на отримання прибутку (грошей) шляхом створення і реалізації певної продукції або послуг [119].

Державне управління має свої специфічні моделі, схеми, класифікації, технологію і систематику, тенденції розвитку, закономірності побудови та функціонування [47]. Воно, на відміну від менеджменту, завжди органічно пов'язане з такими суспільними явищами як влада, юридичні норми поведінки та діяльності суб'єктів державного управління. Це пояснюється тим, що без цього зв'язку, без його належного нормативно-правового регулювання державне управління не дає бажаного результату, не забезпечує досягнення мети, не гарантує узгодженості, координації, певного порядку в суб'єктно-об'єктних відносинах управління державою [55].

Тому, на нашу думку, стосовно державних управлінців, у тому числі й управлінців різних рангів державної системи охорони здоров'я, доцільніше використовувати термін "керівник". Адже керівник - це особа, на яку офіційно покладені функції управління колективом і організації його діяльності. Керівник несе юридичну відповідальність за функціонування групи (колективу) перед вищою інстанцією і має певні регламентовані можливості санкціонування - покарання і заохочення підлеглих з метою впливу на їхню виробничу (наукову, творчу тощо) активність. Керівник володіє формально регламентованими правами і обов'язками, а також представляє групи (колектив) в інших установах [108].

"Державне управління сферою медичної допомоги - це політичне управління. Стверджуючи так, ми можемо виокремити медичний менеджмент як самостійний вид управлінської діяльності. Менеджер у сфері охорони здоров'я - це не державний службовець, він виконує організаційну роботу щодо реалізації замовлення на контрактних засадах", - так розуміють місце і роль менеджменту в державному управлінні охороною здоров'я України автори Програми реорганізації медичної допомоги "Перспектива - 2010" [73].

На наш погляд, так можна говорити лише про ту частину управлінців - "фахівців технологічного профілю" [96] державної системи охорони здоров'я України, коли останнє поняття трактують у вузькому його розумінні. Тобто, коли йдеться про керівників різних рангів лікувально-профілактичних установ і організаторів системи заходів щодо збереження і зміцнення здоров'я населення нашої держави.

4.2.2. Кваліфікаційна характеристика фахівця з державного управління охороною здоров'я

Загальні знання:

- принципи, пріоритети, методи, технології і правила формування міжнародної, державної, регіональної та місцевої політики, стратегії і тактики управління у сфері охорони, збереження, зміцнення та відтворення здоров'я на різних рівнях, зокрема, діяльність та вимоги і шляхи реалізації програм Всесвітньої організації охорони здоров'я;

- основи міжнародного, конституційного, адміністративного, трудового, галузевого права, нормативно-правове забезпечення діяльності органів управління та лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я;

- теоретичні основи соціальної медицини, організації охорони здоров'я, соціальної і медичної реабілітації, а також технології організації медико-санітарного забезпечення різних контингентів населення міст і сільської місцевості;

- теоретико-методичні підходи, форми, методи і технології громадських зв'язків та співпраці з органами влади і місцевого самоврядування, депутатськими комісіями, координаційними радами здоров'я, радами з піднесення рівня духовності, моральності, радами у справах сім'ї і молоді тощо;

- принципи і технології розробки цільових програм у сфері охорони, збереження, зміцнення та відтворення здоров'я, санепідсправи, збереження довкілля, спортивної медицини, медикаментозного забезпечення і фармації, санаторно-курортної справи, а також управління лікувально-профілактичними і санаторно-курортними закладами та організаційні засади санітарно-епідеміологічної служби;

- науково-теоретичні підходи та технології застосування методології маркетингу і менеджменту, зокрема проектного менеджменту, прогнозування, програмно-цільового, статистичного та економічного аналізу, сучасних управлінських методик обліку та аналізу витрат, медичного аудиту, розробки стратегії і тактики реформування систем охорони здоров'я України та зарубіжних країн;

- управління процесами реформування галузі в різних соціально-економічних умовах з урахуванням інтеграції в загальну мережу лікувально-профілактичних закладів різних форм власності та відомчої належності;

- засади і принципи управління національною системою охорони здоров'я України та інших країн, комплекс аспектів і показників індивідуального та громадського здоров'я, основи комплексної профілактики;

- засади та вимоги до організації та аудиту фінансово-економічної діяльності лікувально-профілактичних, санаторно-курортних, фармацевтичних, рекреаційно-оздоровчих закладів, теоретико-методичні основи бюджетно-страхової медицини;

- форми, методи, технології кадрового менеджменту - діяльності з добору, формування, вишколу, розстановки, раціонального використання та підвищення кваліфікації, а також формування резерву керівних кадрів;

- основи наукової медичної інформації та медичної інформатики, сучасні технології інформаційного забезпечення та підтримки управлінських рішень, користування базами даних, глобальними та локальними інформаційними мережами - Internet, Medline, Ukrmednet тощо;

- технології, форми та методи наукової організації праці, раціоналізації робочих місць, створення належного психологічного клімату в колективі та сім'ї, дотримання належних умов техніки безпеки, охорони праці та здорового способу життя працівників в органах управління і установах системи охорони здоров'я, фармацевтичних, санаторно-курортних та навчальних медичних закладах, основи етикету і етики, зокрема, ділової етики.

Загальні вміння:

- визначати місію - призначення, мету, будувати дерево цілей і завдань апарату управління зокрема та в цілому органу управління чи установи, закладу, організації, підприємства у сфері охорони, збереження, зміцнення та відтворення здоров'я;

- організувати систему та процес управління, а також діяльність апарату управління органів і закладів зазначеної сфери;

- здійснювати заходи щодо створення самоврядних колективів як в апараті управління, так і органах чи закладах, установах, організаціях, підприємствах певної сфери та забезпечи-

ти координацію їх діяльності і діяльності на виконання власних управлінських рішень, рішень керівних органів суміжних та власних, зокрема самоврядних колективів тощо;

- здійснювати необхідні процедури прийняття управлінських рішень залежно від наявних ресурсів, зокрема, ресурсу часу;

- організувати та здійснювати стратегічне й оперативне планування діяльності апарату управління та органу управління чи установи, організації, закладу, підприємства, зокрема розробити і скласти кошторис установи, її штатний розпис, а також спланувати заходи на реалізацію конкретних управлінських рішень, власних та ззовні тощо;

- організувати діяльність із своєчасної корекції - підготувати, організувати та провести своєчасні корегуючі та регулюючі заходи, зокрема наради з питань врегулювання процесу внесення змін таким чином, щоб не допустити ентропії в діяльності керованих структур;

- створити і впровадити адекватну систему контролю діяльності керованих структур, а також заходи щодо контролю реалізації конкретних управлінських рішень;

- організувати роботу з добору, формування, вишколу, розстановки, раціонального використання та підвищення кваліфікації працівників, а також формування резерву керівних кадрів; забезпечити проведення належної виховної та деонтологічної роботи в колективі;

- застосувати адекватні до ситуації стилі, види, типи, концепції, форми, методи та технології управління;

- організувати адміністративно-керівну та адміністративно-господарчу діяльність керованої структури, запровадити належну управлінську технологію обліку та аналізу для прийняття своєчасного адекватного власного управлінського рішення у сфері адміністрування, готувати, організовувати та проводити наради;

- здійснювати функцію представництва та громадських зв'язків, забезпечити системну взаємодію з керівними органами управління, місцевої влади, громадськими організаціями, засобами масової інформації, організувати вивчення громадської думки, проводити соціологічні дослідження, прес-конференції, науково-практичні та наукові форуми різних рівнів, виступи по радіо, на телебаченні, складати звіти, прес-реліз, прес-паKET, здійснювати корпоративну та лобістську діяльність тощо;

- організувати та вести переговори, роботу із своєчасного і кваліфікованого розгляду заяв та листів від населення, інших зацікавлених сторін, готувати й укладати угоди, розробляти та провадити процедуру підписання договорів тощо.

Спеціальні навички:

- розробляти статuti, положення, штатний розклад, професійно-посадові вимоги, функціональні обов'язки, посадові інструкції, інші документи, що визначають завдання, функції та структуру апарату управління та органів управління чи закладів, установ, організацій, підприємств у сфері охорони, збереження, зміцнення та відтворення здоров'я;

- розробляти та впроваджувати документи, що визначають взаємодію керівництва вищого рівня управління та керівників нижчих рівнів, що стосуються, зокрема, делегування повноважень, децентралізації, демократизації управління;

- розробляти, вести та контролювати обліково-звітну документацію на всіх рівнях управління у сфері охорони, збереження, зміцнення та відтворення здоров'я, зокрема, річні звіти;

- визначати потребу органу чи закладу охорони здоров'я в ресурсах, зокрема, технологічних, кадрових, медикаментозних та матеріально-технічних тощо;

- проводити підвищення кваліфікації персоналу різних рівнів;

- організувати забезпечення невідкладної та екстреної медичної допомоги вдома, спеціалізованої медичної та геріатричної допомоги, медико-санітарного забезпечення працюючих та декретованих груп населення, проведення періодичних та попередніх оглядів, експертизи непрацездатності, реабілітації, рекреації та відновного лікування, гігієнічного виховання, валеологічної освіти та пропаганди здорового способу життя, програм комплексних оздоровчих заходів;

- організувати реалізацію вимог нормативно-правового поля, науково-інформаційного забезпечення, діловодства, забезпечити підготовку матеріалів, аналітичних розробок, статистичний облік, звітність і порядок їх ведення та аналізу;

- забезпечити керівництво та керованість органу чи установи, організації, закладу, підприємства у сфері охорони, збереження, зміцнення та відтворення здоров'я, зокрема інноваційної їх діяльності, впровадження новацій та передових методів;

- використовувати електронно-обчислювальну техніку, зокрема персональні комп'ютери та мережі для створення і обробки баз даних, створення інформаційних систем підтримки управлінських рішень тощо.

Розділ 5

Шляхи удосконалення державного управління охороною здоров'я в умовах адміністративної реформи в Україні

В Україні здійснюється глобальна адміністративна реформа, головна мета якої - поетапне створення такої системи державного управління, яка б забезпечила становлення України як правової держави з високим рівнем життя, соціальної стабільності, культури та демократії.

5.1. Концептуальні засади, правове забезпечення та напрямки адміністративної реформи в Україні

Концептуальні засади і напрямки адміністративної реформи в Україні обґрунтовані й викладені в офіційних документах, передусім у публічних виступах Президента України, його Указі про державну комісію з проведення в Україні адміністративної реформи. Вони концентровано відображені у Концепції адміністративної реформи, основні положення якої, згідно з Указом Президента України про заходи щодо впровадження Концепції адміністративної реформи в Україні від 22 липня 1998 р. № 8101/98, покладені в основу реформування системи державного управління [31; 52].

Реформа - вирішальна умова подолання економічної кризи, що набула в нашій країні затяжного характеру, важіль діючих трансформацій в інших сферах суспільного життя: соціальної, політичній, духовній. У виступі Президента України

Л.Д. Кучми при поданні Річного послання до Верховної Ради України 21 березня 1997 р. наголошувалося, що "... питанням виняткової ваги є розробка та здійснення глобальної адміністративної реформи. Її необхідність диктується тим, що за останні роки надзвичайно змінилася політико-економічна система України" [116].

Тема реформування державного управління в Україні привертає все більшу увагу вітчизняних та зарубіжних вчених. Протягом останніх років проведено низку конференцій і симпозіумів, присвячених питанням розроблення Концепції адміністративної реформи, обговоренню шляхів їх реалізації. Проблеми модернізації системи врядування в Україні розглядалися на міжнародних конференціях. Видано збірники матеріалів конференції, опубліковано розгорнуті звіти в наукових журналах [48; 52].

Стартовий потенціал реформування адміністративної системи містять закони "Про державну службу", "Про місцеве самоврядування в Україні", Укази Президента України "Про заходи щодо вдосконалення роботи з кадрами в органах виконавчої влади, з керівниками підприємств, установ і організацій", "Про систему підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації державних службовців", "Про державну комісію з проведення в Україні адміністративної реформи" [46].

"Одним з головних завдань сучасного українського державотворення, - записано в Концепції адміністративної реформи в Україні, - є радикальна зміна неефективної системи державного управління, що потребує проведення широкомасштабної адміністративної реформи. Вона має на меті перетворити існуючу адміністративну систему з гальма об'єктивно обумовлених економічних та соціальних процесів в один з визначальних чинників їх прискорення" [31].

Автори Концепції адміністративної реформи в Україні і дослідники проблеми проведення реформи вважають, що вона повинна розглядатися не як новий перерозподіл владних повноважень чи як чергова кадрово-структурна перестановка, не як пристосування адміністративного апарату з минулої, соціалістичної, соціальної системи до нових умов (що стосується останньої тези, то такого просто не могло статися), а як осмислений перехід до нової "філософії" управління, що вимагає проведення системного оновлення всього змісту діяльності органів виконавчої влади [14; 31].

Автори вже цитованої вище монографії “Культура державного управління: організаційний аспект” наголошують на тому, що “... для успіху адміністративної реформи слід методологічно забезпечити основну її ідею: реформувати систему управління Україною, для чого вона має бути реформована саме як система, оскільки інший підхід може перетворити саму реформу на той “плановий пункт”, який так не потрібний Україні” [14].

Суть реформи центральної влади полягає в тому, що визначальним у здійсненні управлінської політики та безпосередньо в управлінні має стати міністерство. Решта існуючих ланок не повинні дублювати одна одну, функції міністерства та міністра.

Ключове завдання адміністративної реформи - створення ефективної системи державного регулювання економіки та управління фінансами України.

З огляду на завдання адміністративної реформи її головними напрямками мають стати:

- створення нової правової бази;
- формування нових інституцій, організаційних структур для здійснення державного управління;
- формування та зміцнення нових фінансово-економічних основ функціонування державного управління;
- кадрове забезпечення нової системи державного управління;
- наукове та інформаційне забезпечення системи державного управління, формування механізмів наукового та інформаційного моніторингу функціонування цієї системи.

Адміністративна реформа, проголошена в грудні 1999 р. Президентом України Л.Кучмою, свідчить про нове розуміння ролі державних службовців. Указами Президента України від 15 грудня 1999 р. № 1572 “Про систему центральних органів виконавчої влади”, № 1573 “Про зміни у структурі центральних органів виконавчої влади” та № 1574 “Про склад Кабінету Міністрів України” затверджено нову схему організації та взаємодії центральних органів виконавчої влади.

Насамперед, було зменшено кількість міністерств і комітетів з майже 90 до 15. Там, де це доцільно, урядові структури були об’єднані, а зайві для нової економіки державні структу-

ри - ліквідовані. По-друге, кількість урядових службовців поступово зменшувалась. Цей процес є дуже болючим, проте до кінця 2001 р. кількість службовців зменшено ще приблизно на 300 тис. осіб.

Скорочення, перегляд відповідальності державних службовців зменшать втручання органів державної влади в економіку, стимулюватимуть приватну комерційну діяльність, сприятимуть вирішенню проблеми корупції. Розбудова інституційної спроможності є тривалою роботою, але уряд України вже зараз має конкретні результати, наприклад: у секретаріаті Кабінету Міністрів відбувся перехід від структури, яка базувалася на галузевому підході (подібно до старої радянської моделі), до структури, побудованої на функціональних засадах (як у більшості європейських країн); створено міжміністерський комітет, що координуватиме економічну стратегію уряду.

5.2. Основи державної політики України в галузі охорони здоров'я

Перш ніж перейти до аналізу основ державної політики в галузі охорони здоров'я України розглянемо термінологічно-понятійний апарат.

Що ж являє собою державна політика?

Канадський фахівець з аналізу державної політики М. Пол Браун⁶⁷ та Олександр Кучеренко⁶⁸ (УАДУ) подають огляд (див. табл. 5.1) основних наявних на сьогодні визначень поняття "державна політика".

На думку М. Пол Браун, найближчим до істинного буде те визначення, яке вдало поєднує наміри чи цілі, впливи чи завдання урядів. Саме таким визначенням, як зазначає цей же автор, є наступне.

"Державна політика - це обраний особою, державними органами, урядом напрям дій, завдяки якому вони задовольняють певні свої потреби чи використовують свої можливості, що

⁶⁷ Браун, М. Пол. Посібник з аналізу державної політики / Пер. з англ. - К.: Основи, 2000. - 243 с.

⁶⁸ Кучеренко О. Методологічні засади аналізу державної політики // Зб. наук. пр. УАДУ / За заг. ред. В.І. Лутового, В.М. Князєва. - К.: Вид-во УАДУ, 2001. - Вип. 1. - С. 471-482

відбивається в досягнутих результатах і в реальному впливові на життя суспільства”.

Таблиця 5.1

Визначення “державної політики”

Автор	Визначення
Д Девей	Держава та її проблеми
Дай (1972 р)	Що уряд робить чи не робить, чому він це робить і що це змінює
Ейсгон (1971 р)	Зв'язки уряду з його оточенням та авторитарний розподіл цінностей для всього суспільства
Роуз (1969 р)	Довга низка більш-менш послідовних дій та їх наслідки
Фрідріх (1963 р)	Обраний державними органами напрям дій, спрямований на певне оточення, який допомагає реалізувати їх можливості чи подолати перешкоди і використовуючи який вони досягають бажаних цілей
А Хейденгеймер	Вчення про те, як, чому і що впливає на конкретну діяльність або бездіяльність уряду
У Дженкін (1978 р)	Прийняття взаємопов'язаних рішень, що стосуються вибору цілей і засобів їх досягнення
Дж Андерсон (1984 р)	Цілеспрямований курс дій уряду для розв'язання певної проблеми чи сукупності взаємопов'язаних проблем
Л Пал	Напрямок дій або утримання від них, обраний державними органами для вирішення певної проблеми або сукупності взаємопов'язаних проблем
У Дан	Прикладна суспільно-наукова дисципліна, яка використовує різноманітні методи соціологічного дослідження і добору аргументації для збирання та обробки пов'язаної з політикою інформації, що може використовуватися для вирішення політичних проблем
Д Венмер і Е Вайнінг	Порада щодо державних рішень, що зорієнтована на клієнта й ґрунтується на суспільних цінностях
Р Сімеон	Політика як наслідок навколишнього середовища, поділ влади, набір домінуючих ідей, інституціональні структури, процес прийняття рішень
В Уільямс	Спосіб поєднання (умовний або реальний) наявної інформації і результатів конкретних досліджень з метою створення підґрунтя для прийняття політичних рішень (через зіставлення можливих альтернатив) і визначення потреби в інформації, що стосується політики на майбутнє
Л Ласвел і А Каплан	Запрограмована програма цілей, цінностей і дій
А Влдавскі	Діяльність, для якої не може бути фіксованої програми, синонімічною для аналізу політики є творчість, що може стимулюватися теорією та застосовуватися на практиці, яку можна вивчати, але якої не можна навчити

На думку О. Кучеренка, оптимальним є таке визначення державної політики - “Це відносно стабільна, організована та

цілеспрямована діяльність (бездіяльність) державних інституцій, що здійснюється ними безпосередньо або опосередковано, стосовно певної проблеми чи сукупності проблем, і вона впливає на життя суспільства”⁶⁹.

Дослідники проблеми державної політики України в галузі охорони здоров'я вважають, що окрім умов, названих колишнім міністром охорони здоров'я України Р. Богатирьовою такими, що характеризують кризовий стан галузі (див. розд. 2.2), основними причинами сучасного стану вітчизняної охорони здоров'я є [109]:

- кардинальні зміни соціально-економічної системи;
- недосконала система оплати праці лікарів та інших медичних працівників;
- незадоволення пацієнтів і всього суспільства якістю та ефективністю медичної допомоги.

На наш погляд, однією з основних причин кризового стану системи охорони здоров'я в Україні є те, що ця галузь нашої держави надто довго реформується, і реформи не відбуваються, бо потребують серйозної економічної підтримки, рішучості та політичної волі [64]. А реалістична оцінка економічної і соціальної ситуації, що склалася в Україні, не дозволяє далі зволікати з радикальними перетвореннями у медицині, бо це загрожує виживанню нації [41].

Відомо, що ще в 1993 р. під керівництвом Ю.П. Спіженка були розроблені проекти Доктрини і Концепції охорони здоров'я, які стали основою для формування проекту Національної програми охорони здоров'я України. Але ці документи не набули значення нормативно-правових актів і юридичної сили [16; 64].

У 1996 р. Концепція реформування системи охорони здоров'я України була розроблена під керівництвом А.М. Сердюка. Але і цей проект не набрав чинності закону [16].

16 квітня 1999 р. тодішнім міністром охорони здоров'я України Р. Богатирьовою був підписаний наказ МОЗ України “Про створення робочої групи сприяння реформі охорони здоров'я”, де, зокрема, читаємо: “Застаріла організаційна структура охорони здоров'я та суттєве скорочення бюджетного фінансування її діяльності становлять виключно серйозну проблему” [53].

⁶⁹ Кучеренко О. Методологічні засади аналізу державної політики // Зб. наук. пр. УАДУ / За заг. ред. В.І. Лугового, В.М. Князєва. - К.: Вид-во УАДУ, 2001. - Вип. 1. - С. 471-482.

Даним наказом, з метою створення сприятливих умов реформування охорони здоров'я, при міністрові охорони здоров'я України було створено робочу групу, куди увійшли радники міністра, завідувач секретаріату Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я, материнства і дитинства, представники МОЗ України, науковці та інші посадові особи, на яких було покладено "... розробку пропозицій і механізмів щодо впровадження короткострокових та стратегічних заходів з реформування охорони здоров'я". На превеликий жаль, і цей перспективний захід МОЗ України залишився не реалізованим.

На Першому всеукраїнському з'їзді медичних працівників у жовтні 1999 р. була схвалена Програма реорганізації медичної допомоги в Україні "Перспектива-2010", розроблена під керівництвом Р. Богатирьової як основа стратегії розвитку сфери медичної допомоги в державі.

"... створюється враження, що наші урядовці від охорони здоров'я знають, які шляхи реформування в медицині перспективні. Тим більше дивує їх бездіяльність, пасивно-угодівська поведінка щодо фінансування галузі з державного постійно дефіцитного бюджету, на який все зменшують і зменшують "соціальне навантаження" [64].

Приблизно так само оцінюють реформаторську діяльність МОЗ України та допомогу місцевої влади у вирішенні складних питань щодо збереження та зміцнення здоров'я населення нашої держави і керівники регіональних управлінь охорони здоров'я. Вони, зокрема, вважають, що головними перешкодами в реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я України на сьогодні є [10]:

- недостатня підтримка місцевої влади;
- низька ефективність управлінських рішень з боку МОЗ;
- недостатні зв'язки з МОЗ;
- недостатня кваліфікація управлінського апарату;
- наявна законодавча база.

Що ж стосується основних напрямків діяльності МОЗ України у плані реформування системи державного управління охороною здоров'я, то керівники регіональних управлінь очікують від МОЗ України вирішення наступних питань [10]:

- відновлення вертикальної структури і розмежування повноважень в управлінні охороною здоров'я;

- впровадження економічних методів управління (фінансування за виконаними обсягами медичної допомоги, держава як замовник медичних послуг через контракти управління охорони здоров'я з лікувальними закладами, відмова від постатейного фінансування, звільнення від оподаткування бюджетних коштів на охорону здоров'я тощо);

- формування функціонально єдиного медичного простору в регіонах;

- законодавчого затвердження державних зобов'язань з безоплатної медичної допомоги та відновлення платних послуг;

- єдиних "правил гри" для медичних закладів, незалежно від форми власності;

- впровадження стандартів якості медичної допомоги;

- контролю за раціональним використанням коштів;

- єдиної галузевої корпоративної мережі "Укрмеднет";

- участі в розробці проектів нормативних документів МОЗ України.

Говорячи про державну політику в галузі охорони здоров'я, колектив авторів під керівництвом академіка РАМН О.П. Щепіна вважає, що її можна визначити як сукупність рішень чи обов'язків держави щодо проведення органами влади узгодженого курсу дій у системі надання медичної допомоги, спрямованих на досягнення поставлених завдань з метою покращання здоров'я населення держави [115].

Національна політика в галузі охорони здоров'я народу України базується на тому, що держава визнає право кожного громадянина України на охорону здоров'я, забезпечує його захист, а також гарантує всім громадянам реалізацію їх прав у галузі охорони здоров'я [67-69].

"Державна політика України в галузі охорони здоров'я, - зазначає проф. Н.Р. Нижник, - невід'ємна складова частина внутрішньої та зовнішньої політики держави, змістом якої є оптимізація діяльності комплексного соціального інституту, який включає підготовку медичних кадрів, численні соціальні, організаційні, економічні, науково-медичні, санітарно-епідеміологічні та профілактичні заходи, що обов'язково проводить держава в інтересах своїх громадян". І далі: "Особливістю ... проблеми державної політики в галузі охорони здоров'я є її комплексність, системність, загальний характер, що обумовлені зростаючою єдністю сучасного світу, тенденціями до зміцнення взає-

мозв'язку та взаємозалежності складових системи охорони здоров'я" [58].

Аналізуючи матеріали використаних нами літературних джерел та беручи до уваги пріоритетність охорони здоров'я в державній політиці, можемо стверджувати, що метою охорони здоров'я України у дзеркалі адміністративної реформи в державі і глибокої реформи в галузі, зокрема, є забезпечення права громадянина на охорону здоров'я шляхом його збереження та зміцнення, профілактики захворювань і якісної доступної медичної допомоги при оптимізації витрат [10].

Виходячи з цього, основними напрямками, стратегічними цілями національної політики України в галузі охорони здоров'я мають бути [1; 10; 58; 60; 63; 67-69]:

- забезпечення збереження і зміцнення здоров'я населення;
- розробка концептуальних засад виходу з кризи та переходу до стійкого розвитку системи охорони здоров'я України;
- стимулювання державної соціальної спрямованості розвитку суспільства;
- забезпечення державою пріоритетного фінансування комплексних народногосподарських програм профілактики, своєчасного лікування, реабілітації та інших заходів щодо охорони здоров'я;
- розробка нових соціально-демографічних, гуманітарно-гуманістичних засад та ефективних установок переходу галузі охорони здоров'я України до нової моделі розвитку;
- заохочення державою підприємств та організацій, які активно інвестують пріоритетні напрямки розвитку охорони здоров'я;
- створення загальнодержавної системи медичного забезпечення населення та військовослужбовців на засадах запровадження територіального принципу обслуговування;
- забезпечення реальної інтеграції органів управління галузевою та відомчою медициною в єдиний медичний простір держави на функціональних засадах;
- визначення глобальних, державних та регіональних цілей, показників і критеріїв управління у зв'язку з переходом до стійкого розвитку галузі охорони здоров'я України;
- подальше удосконалення державної медичної допомоги; пріоритетний розвиток ПМСД; упорядкування мережі та структури закладів охорони здоров'я;

- стимулювання недержавного сектора як механізму розвантаження державного бюджету, організація дійового контролю за обсягами та якістю медичної допомоги недержавних юридичних і фізичних осіб;

- поліпшення медико-демографічної ситуації: збільшення народжуваності, зменшення рівня смертності, особливо немовлят і осіб працездатного віку; продовження тривалості життя;

- ефективна охорона навколишнього середовища, мінімізація медичних наслідків Чорнобильської катастрофи;

- підвищення рівня санітарної культури населення, формування здорового способу життя;

- поліпшення профілактичної роботи всіх ланок охорони здоров'я; розширення прав і функцій санітарно-епідеміологічної служби, удосконалення її організації;

- розвиток багатоукладності охорони здоров'я;

- правове забезпечення реформування і діяльності системи охорони здоров'я.

Автори Програми реорганізації медичної допомоги в Україні "Перспектива-2010" вважають, що "... державна політика в галузі охорони здоров'я повинна розглядатися на п'ятьох основних стратегічних напрямках:

- стратегія забезпечення доступності медичної допомоги для всіх верств населення України;

- стратегія в галузі медичної освіти і структури кваліфікації медичних кадрів;

- стратегія в галузі наукового забезпечення розвитку медичної допомоги в Україні;

- технологічна стратегія;

- стратегія в галузі організаційних форм медичної допомоги" [73].

5.3. Шляхи реформування системи охорони здоров'я України

На основі проведеного аналізу, визначених проблем і цілей відповідно до Концепції реформування системи охорони здоров'я, схваленої Кабінетом Міністрів України 27 лютого 1997 р., Український інститут громадського здоров'я разом з провідни-

ми фахівцями охорони здоров'я України, розробив проект Комплексної цільової програми реформування системи охорони здоров'я.

Правовою основою програми є Конституція України і Основи законодавства України про охорону здоров'я, що проголошують і гарантують право кожної людини на охорону здоров'я. Тому вузловим питанням реформи галузі є комплексна перебудова її фінансування, мобілізація потрібних коштів як за рахунок державного бюджету, так і позабюджетних джерел.

Складністю у виборі шляхів реформування охорони здоров'я України є, передусім, те, що за мінімальних витрат на їх здійснення потрібно досягти максимальної медичної, соціальної та економічної ефективності, забезпечити доступність і якість основних видів медичної допомоги.

Основними завданнями галузі в реформуванні системи охорони здоров'я є [67-69]:

- формування державної політики і стратегії в галузі охорони здоров'я;
- визначення пріоритетів медико-санітарної допомоги і встановлення обсягу гарантованого державного рівня медичного обслуговування громадян України;
- запровадження ефективної системи багатоканального фінансування охорони здоров'я, основою якого має стати обов'язкове соціальне медичне страхування, узгоджене з податковою системою;
- удосконалення механізмів оплати праці медичних працівників на основі їхньої кваліфікації, обсягів, якості та результатів роботи;
- пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини;
- реструктуризація галузі з метою усунення диспропорції у розвитку різних видів медичної допомоги, раціоналізація спеціалізованої та стаціонарної допомоги;
- упорядкування мережі, структури та функцій закладів охорони здоров'я;
- опрацювання стандартів медичних технологій при наданні профілактичної, діагностичної, лікувальної та реабілітаційної допомоги;
- вжиття заходів щодо децентралізації та роздержавлення медичних закладів шляхом їх автономізації і приватизації;

сприяння індивідуальній лікарській практиці; створення умов для здорової конкуренції між медичними закладами і лікарями, що сприятиме підвищенню доступності та якості медичної допомоги;

- створення системи забезпечення і контролю якості медичної допомоги на основі опрацьованих стандартів якості;

- розробка раціональної системи акредитації медичних закладів і ліцензування лікарів, яка б не гальмувала, а сприяла розвиткові різних видів медичної допомоги;

- створення системи інформаційного забезпечення охорони здоров'я на основі широкого використання комп'ютерної техніки, уніфікації методів і засобів інформації, розвитку інформаційних мереж, удосконалення медико-статистичної служби;

- удосконалення форм і методів управління галуззю охорони здоров'я на державному, регіональному та місцевому рівнях;

- поліпшення медичного обслуговування сільського населення;

- удосконалення охорони здоров'я матерів, дітей і підлітків, осіб похилого віку, інвалідів, тих, хто потерпів унаслідок аварії на Чорнобильській АЕС, працівників промисловості і транспорту;

- опрацювання засобів правового захисту пацієнтів і медичних працівників, правове забезпечення реформування та функціонування галузі;

- розробка і впровадження в практику сучасних медичних технологій, ефективних методів діагностики, профілактики, лікування й реабілітації;

- організація диспансеризації певних груп здорових та хворих людей і виконання профілактичної роботи в медичних закладах;

- розширення прав, удосконалення організації і підвищення ефективності роботи санітарно-епідеміологічної служби в умовах ринкової економіки;

- підвищення рівня санітарної культури населення, розробка форм і методів морального та матеріального стимулювання здорового способу життя;

- пропаганда необхідності реформування охорони здоров'я, його мети і способів здійснення серед різних груп населення, в тому числі медичної громадськості, політиків, адміністраторів, журналістів і підприємців;

- підготовка висококваліфікованих фахівців з організації та управління охороною здоров'я, здатних здійснити реформу галузі;

- удосконалення системи медичної освіти;

- поліпшення медикаментозного і матеріально-технічного забезпечення галузі.

Відповідно до мети і завдань програми, основними напрямками її реалізації є:

1. Наукове обґрунтування та формування програми реформування галузі.

2. Забезпечення організації та управління виконанням програми.

3. Нормативно-правове забезпечення діяльності галузі в умовах трансформації соціально-економічних відносин.

4. Удосконалення організації медичної допомоги на основі її реструктуризації, пріоритетного розвитку первинної медичної допомоги, раціоналізації та оптимізації спеціалізованої допомоги, упорядкування мережі, структури й функцій лікувально-профілактичних закладів.

5. Удосконалення організації підвищення якості та ефективності профілактичної роботи.

6. Удосконалення інформаційного забезпечення й управління галуззю на всіх рівнях.

7. Поліпшення кадрового забезпечення галузі, підготовки, перепідготовки й підвищення кваліфікації працівників охорони здоров'я.

8. Удосконалення медикаментозного та матеріально-технічного забезпечення галузі.

9. Впровадження наукових розробок у практику.

10. Фінансово-економічне забезпечення реформування й діяльності галузі.

Окремо слід спинитися саме на реформі фінансування системи медичної допомоги. Розглядаючи її з позиції теорії систем взагалі і зокрема її системно-компонентного аспекту, відзначимо недосконалість одного з її надзвичайно важливих елементів - фінансування.

В період проведення соціально-економічних перетворень у державі система медичної допомоги та механізми її фінансування повинні зазнати принципових адекватних змін. Тепер стає все більш очевидним, що збереження в нових умовах принци-

пів фінансування медичної допомоги переважно за рахунок державного бюджету на безкоштовній для населення основі є гальмом для створення ефективних механізмів мобілізації фінансових ресурсів. За такої ситуації незаперечним є одне - потрібні принципово нові підходи до фінансування системи медичної допомоги, подолання ідеологічних догм і стереотипів стосовно галузі, перехід до змішаного фінансування тощо.

Вивчаючи досвід функціонування системи медичної допомоги в економічно розвинутих країнах, приходимо до однозначного висновку, що такі аспекти надання медичної допомоги, як дотримання стандартів, ціноутворення, якість медичних послуг, мають бути під контролем держави, незалежно від організаційної моделі системи та форм власності медичних закладів у ній.

Значно перешкоджають цільовому та ефективному використанню державних коштів різного роду пільги. Такої кількості пільгових категорій населення немає в жодній країні світу. Характерним для нашої держави є те, що велика кількість пільг і пільгових категорій населення стосується медичного та медикаментозного забезпечення. За орієнтовними підрахунками, близько 30% населення користуються пільгами на медичні послуги та медикаментозне забезпечення. В країні прийнято кілька законодавчих актів, що регламентують надання пільг у медицині. Зокрема, постановою Кабінету Міністрів України № 1303 від 17 серпня 1998 р. затверджено 8 груп населення та 35 категорій захворювань, з приводу яких під час амбулаторного лікування лікарські засоби за рецептами лікарів відпускаються безоплатно, а також 5 груп населення, під час лікування яких вартість лікарських засобів зменшується на 50%.

Досвід показує, що старі механізми забезпечення населення пільгами спрацьовували на певному етапі розвитку держави. Але під час соціально-економічних реформ і виникнення кризових явищ, коли старі механізми фінансування неспроможні забезпечити навіть гарантованого рівня медичної допомоги, ситуація вимагає внесення адекватних змін і до відповідного законодавства.

Основними недоліками існуючої системи пільг є декларативність переважної більшості законодавчих актів, відсутність цільового фінансування, невідповідність джерел фінансування, передбаченого законодавством, реальним потребам, нерівномір-

ні доступність і можливість використання пільг громадянами однієї пільгової категорії тощо.

Для впорядкування надання пільг на медичні послуги, досягнення цілеспрямованого та справедливого розподілу фінансів на забезпечення цих пільг вважаємо за необхідне доопрацювати на державному рівні законодавчу базу, де потрібно чітко визначити джерела та рівні бюджетного фінансування, розмір реального фінансування на кожну особу, розробити механізм і впровадити порядок надання пільг у грошовому вираженні кожній особі тощо.

Враховуючи соціально-економічну ситуацію в Україні, слід особливо наголосити на тому, що реальними джерелами фінансування системи медичної допомоги можуть бути: бюджети різних рівнів (державний, регіональний, місцевий), що залежать від важливості програм (державна, регіональна, місцева), які реалізуються; обов'язкове медичне страхування працюючих роботодавцями; платні медичні послуги; кошти державних (пенсійного, чорнобильського, інноваційного, охорони праці тощо), позабюджетних, галузевих і благодійних фондів, соціального страхування; окремі цільові податки та пільгове оподаткування медичних послуг тощо.

Недостатньо вивченою для системи медичної допомоги в Україні є проблема створення медичного банку. Наукові джерела свідчать, що медичний банк сприяє отриманню додаткових можливостей для фінансування медичної допомоги за рахунок коштів, що накопичуються від кредитної, депозитної та іншої його діяльності.

Надзвичайно важливо під час реформування системи фінансування охорони здоров'я України вживати заходів, спрямованих на раціональне використання коштів: змінити екстенсивний на інтенсивний шлях розвитку галузі; широко впроваджувати економічні відносини у діяльність галузі, принципи єдиного медичного простору закладів з бюджетним фінансуванням; чітко визначити потреби населення в медичній допомозі різних рівнів та розмежувати медичні заклади відповідно до цих рівнів; перенести акценти з дорогої стаціонарної на значно дешевшу амбулаторно-поліклінічну допомогу; розробити і впровадити єдині державні стандарти медичної допомоги для медичних закладів різного рівня і незалежно від форми власності тощо.

Значні кошти в нашій державі витрачаються на утримання медичних закладів, які використовуються переважно для забезпечення населення виключно соціальними (не медичними) послугами. Світовий досвід переконує, що необхідно розвивати мережу хоспісів, лікарень сестринського догляду та інших закладів із залученням до їх фінансування соціальних (не медичних) служб, культових закладів, меценатів, різних фондів.

Важливими аспектами фінансування та діяльності галузі, які повинні зазнати значного реформування, є ціноутворення на медичні послуги та оплата праці медичних працівників, створення ринку медичних послуг тощо. Крім того, незаперечною є необхідність покращання здоров'я нації, що, в свою чергу, зменшить потреби населення в медичній допомозі, дасть можливість ефективніше використовувати наявні кошти.

Як зазначалося вище, тема реформування державного управління в Україні, в тому числі й процес реформування державного управління охороною здоров'я, привертає все більшу увагу зарубіжних та вітчизняних учених. Так, міжнародна конференція "Підвищення ефективності державного управління: стан, перспективи та світовий досвід", яка відбулася в Києві 13-14 березня 2000 р., запропонувала МОЗ України низку пропозицій щодо реформування системи охорони здоров'я, зокрема:

1. Формування стратегії охорони здоров'я та постатейна розробка Основ законодавства України про охорону здоров'я з метою створення Кодексу законів про охорону здоров'я в Україні.

2. Визначення соціально зацікавлених в охороні здоров'я груп та їх інформаційна підтримка.
3. Запровадження гарантованого рівня медичної допомоги на державному та регіональному рівнях.
4. Формування стратегії підготовки управлінських кадрів у системі охорони здоров'я.
5. Забезпечення юридичної та службової підтримки ліквідації заборгованості заробітної плати в регіональних лікувально-профілактичних закладах та соціального захисту медичних працівників.
6. Скорочення ліжкового фонду здійснювати лише шляхом переорієнтації стаціонарної медичної допомоги в первинну медико-санітарну допомогу.

7. Винести на розгляд Кабінету Міністрів та Верховної Ради України питання запровадження окремого податку на охорону здоров'я.

На нашу думку, окрім зазначених вище пропозицій щодо оптимізації державного управління охороною здоров'я України та активізації реформування галузі, може бути корисною, по-перше, пропозиція, висловлена доц. З.С. Гладуном у його монографії "Державне управління в галузі охорони здоров'я", "... підготовка щорічної доповіді з питань здоров'я народу, як це роблять в інших державах (наприклад, в Російській Федерації)" [16], а, по-друге, потребує удосконалення і система інформаційного забезпечення охорони здоров'я України. Як приклад, на рис. 5.1 подано схему структури інформаційного забезпечення охорони здоров'я Російської Федерації⁷⁰.

Реалізація основних засад реформ охорони здоров'я в Україні, як і адміністративної реформи в державі, розрахована на відносно тривалий період. Так, автори програми реформи охорони здоров'я вважають, що впродовж 2000-2002 рр. буде відбуватися перегляд нормативів забезпечення населення різними видами медичної допомоги; удосконалення мережі та структури закладів охорони здоров'я; правове забезпечення діяльності галузі. А в період 2003-2005 рр., що збігається із завершенням першого етапу адміністративної реформи в державі, - відбуватиметься впровадження зазначених розробок у практичну діяльність охорони здоров'я.

В результаті виконання програми щодо реформування системи охорони здоров'я України очікується отримати такі результати:

- визначення реальних потреб різних груп населення у різних видах медико-санітарної допомоги в сучасних умовах;
- визначення фактичного навантаження медичних працівників різних спеціальностей;
- стандарти медичної допомоги на первинному, вторинному і третинному рівнях;
- розрахунки вартості діагностичних, лікувальних, реабілітаційних і профілактичних заходів згідно з розробленими стандартами (медико-економічні стандарти);

⁷⁰ Дрейсер Ю.Н. Информационное обеспечение системы здравоохранения: Учеб. - метод. пособие. - Казань: Медицина, 1999. - С 50.

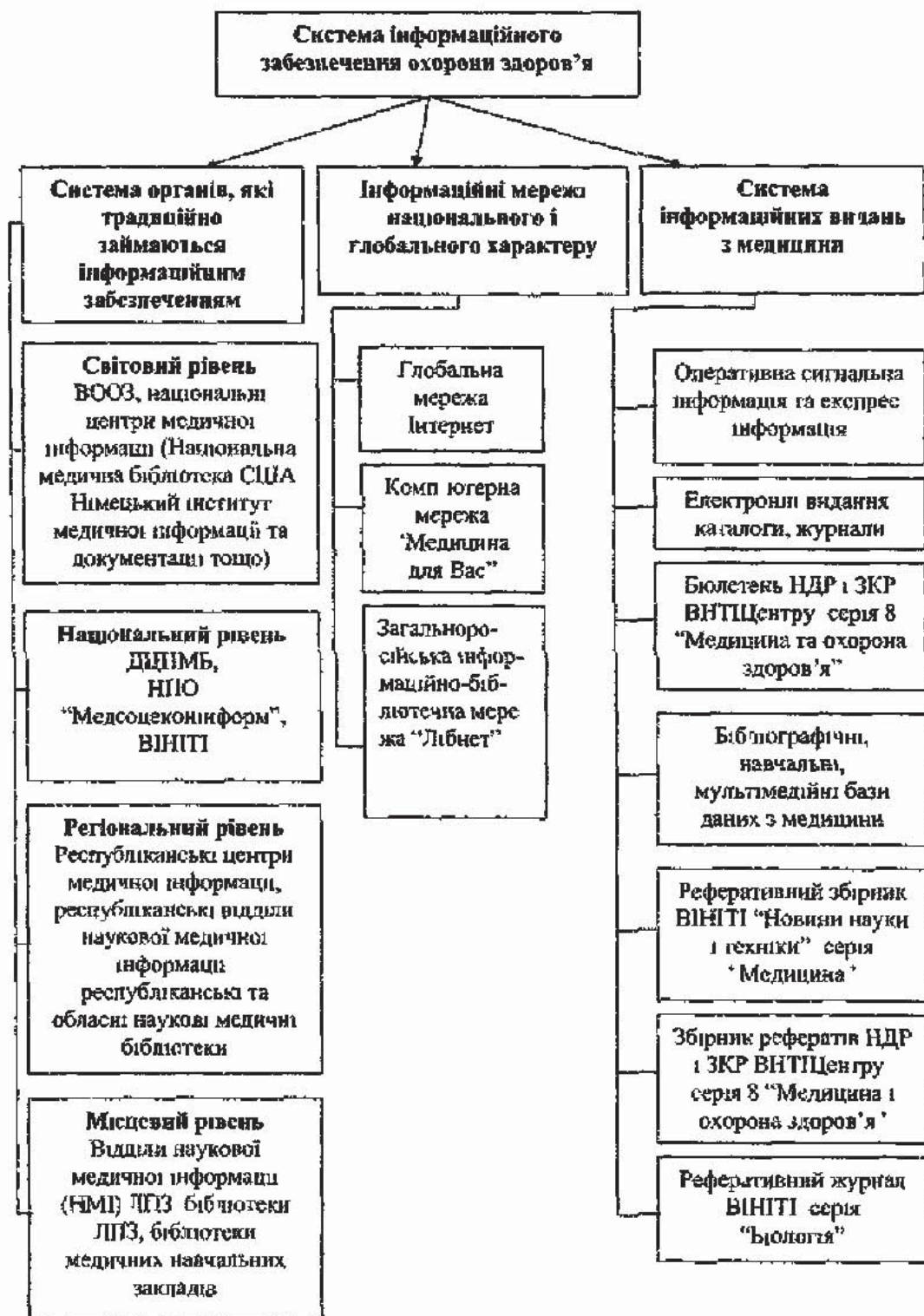


Рис 5.1. Структура інформаційного забезпечення охорони здоров'я РФ

- механізми фінансування закладів охорони здоров'я й оплати праці медичних працівників залежно від обсягу, якості та результатів роботи;

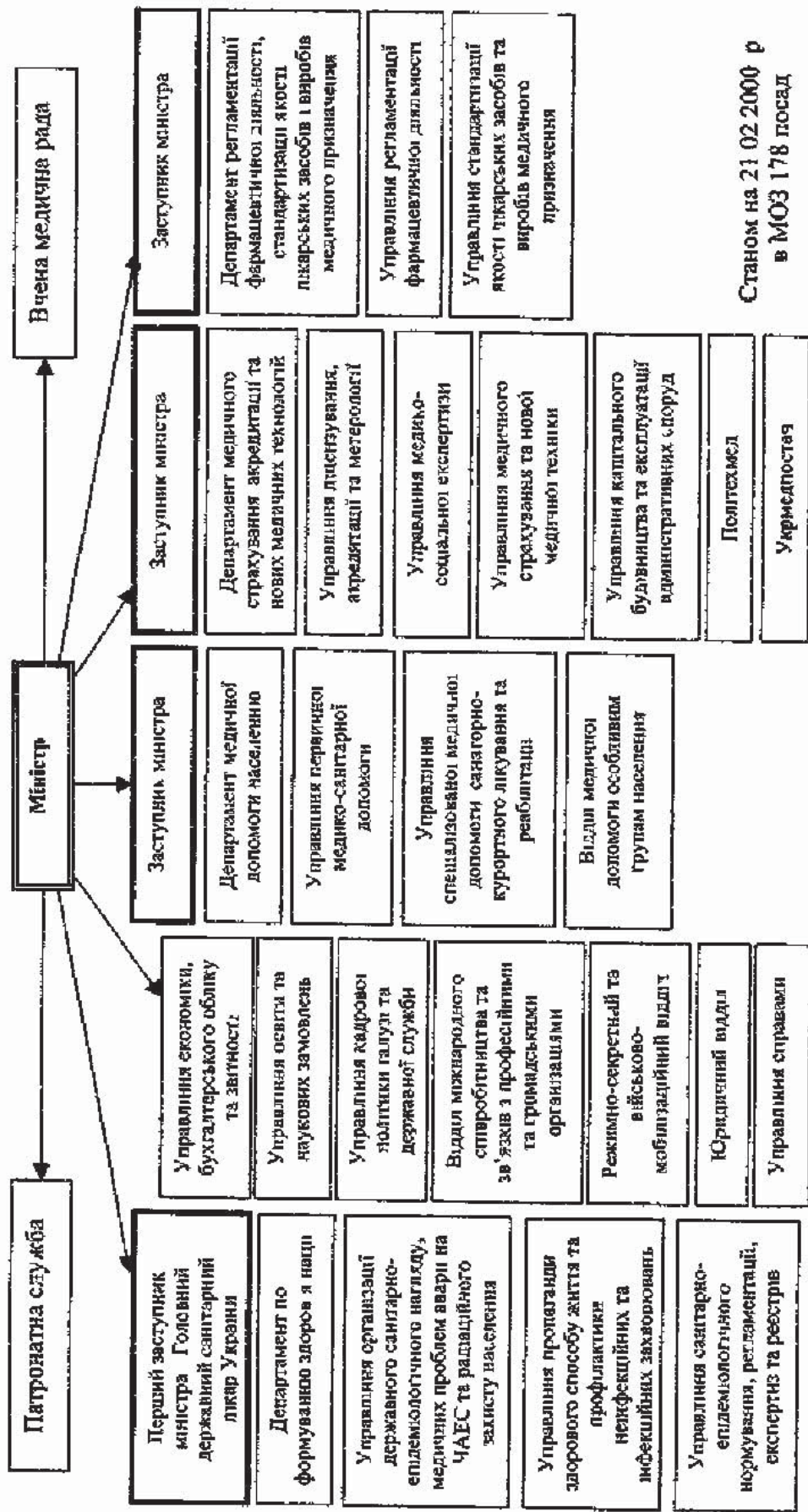
- визначення пріоритетів розвитку галузі;
- механізми визначення обсягів гарантованого державного рівня медико-санітарної допомоги в конкретних умовах;
- обґрунтовані норми й нормативи забезпечення населення медико-санітарною допомогою;
- забезпечення пріоритетного розвитку первинної медико-санітарної допомоги;
- раціоналізацію та оптимізацію вторинної і третинної медико-санітарної допомоги;
- упорядкування мережі закладів охорони здоров'я, їхньої структури й функцій;
- сучасну систему інформаційного забезпечення галузі;
- удосконалення системи підготовки, перепідготовки і підвищення кваліфікації медичних кадрів;
- зміцнення матеріальної бази охорони здоров'я;
- поліпшення стану здоров'я населення.

На рис. 5.2. подано схему проекту структури МОЗ України, яка, на думку керівництва галузі, забезпечить реалізацію державної політики в охороні здоров'я та здійснить у найближчі роки реформування галузі відповідно до вимог часу.

Щоправда, позиція авторів зазначеного проекту структури МОЗ дещо дивує, оскільки в новому його варіанті немає організаційно-штатної структури, передбаченої проектами реформування апарату МОЗ України від 16 травня та 15 вересня 1999 р., яка повинна координувати міжвідомчі відносини та діяльність галузі в цілому в умовах надзвичайних ситуацій.

На нашу думку, прискорять процес реформування охорони здоров'я України і нові державні документи, прийняті останнім часом. Це, зокрема, Указ Президента України "Про концепцію розвитку охорони здоров'я населення України" та проект Закону України "Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування". Зазначені документи подаються в окремих Додатках у повному їх викладі.

На завершення аналізу основ державної політики України в галузі охорони здоров'я та обґрунтування основних напрямків реформування галузі наведемо точку зору керівництва МОЗ України (див. табл. 5.2) з приводу того, чого слід очікувати при запровадженні і чого слід боятися при затримці впровадження невідкладних заходів з реформування охороною здоров'я нашої держави [10].



Станом на 21.02.2000 р
в МОЗ 178 посад

Рис 5.2. Структура МОЗ України - проект від 21 лютого 2000 року

**Очікувані позитивний і негативний результат в разі
термінового запровадження і затримки впровадження
невідкладних заходів з реформування охорони здоров'я України**

Назва заходу	Очікуваний позитивний результат у випадку термінового впровадження	Очікуваний негативний результат у випадку затримки впровадження
Структурна реформа органів управління з розмежуванням обов'язків і повноважень	Оптимізація управління охороною здоров'я	Занепад охорони здоров'я як системи
Оптимізація фінансових потоків за рівнями медичної допомоги	Реструктуризація державної ланки охорони здоров'я	Нераціональні витрати бюджету та погіршення медичної допомоги
Оптимізація ліжкового фонду	Покращання фінансування і діяльності стаціонарів	Погіршення стаціонарної медичної допомоги
Централізація видатків на охорону здоров'я	Здешевлення медичних послуг, ліків, обладнання тощо	Зростання витрат на охорону здоров'я
Консолідація видатків закладів різного підпорядкування та форм власності	Створення єдиного медичного простору	Неоптимальні витрати та погіршення охорони здоров'я
Одні правила гри для закладів охорони здоров'я, незалежно від форми власності	Покращання охорони здоров'я завдяки конкурентним механізмам	Закепад державного та затримка розвитку недержавного сектора
Визначення гарантованого обсягу безоплатної медичної допомоги	Концентрація фінансів для тих, хто потребує соціальної медичної допомоги	Погіршення соціально-медичної допомоги незахищеним верствам населення
Юридичне забезпечення реформ	Розвиток реформи охорони здоров'я	Відкочування в реформах

Висновки

1. Державність України має багатовікову історію і глибокі традиції. Участь українських лікарів у державному відродженні та розбудові самої державності широка і всебічна. Українські лікарі не обмежувалися у своїй праці суто фаховою, організаційно-оздоровчою діяльністю чи роботою в медично-науко-

вому секторі державного будівництва. Вони брали активну участь у політично-громадському відродженні України.

Використання історичної спадщини українських лікарів минулого може бути корисним для побудови нової системи державного управління охороною здоров'я. Так, використання досвіду поєднання постів (міністр охорони здоров'я і заступник Голови уряду), що спостерігалось в 1919 р. в уряді УНР, на нашу думку, може бути корисним і сьогодні при реформуванні галузі.

2. Охорона здоров'я України перебуває у стані системної кризи. Керівництво галузі оцінює її поточний стан як такий, що має: низький рівень здоров'я населення; неефективне розмістке управління на всіх його рівнях; роздрібнений медичний простір; конфлікт законодавчих та нормативних документів із соціально-економічними зрушеннями в країні тощо.

3. Відповідно до ст. 15 та ст. 16 Основ законодавства України про охорону здоров'я спеціально уповноваженим органом державної виконавчої влади в галузі охорони здоров'я є Міністерство охорони здоров'я, компетенція якого визначається положенням, що затверджується Кабінетом Міністрів України.

Органом виконавчої влади, що здійснює державне управління охороною здоров'я населення Автономної Республіки Крим, є МОЗ Автономної Республіки Крим, статус якого визначається Радою Міністрів Автономної Республіки Крим.

У всіх 24 областях України для керівництва охороною здоров'я, відповідно до Закону України "Про місцеві державні адміністрації", створюються управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації.

На рівні району охорону здоров'я населення очолює головний лікар району.

4. Загальна чисельність лікарів, що працюють у закладах охорони здоров'я України, на сьогодні становить понад 200 тис. осіб (без стоматологів), а середнього медичного персоналу - понад 510 тис. осіб. Забезпеченість лікарями становить 41,2 на 10 тис. населення (без стоматологів), середніми медичними працівниками - 101,6. Ці показники набагато перевищують рівень аналогічних в економічно розвинутих країнах. Однак в інших країнах до цього числа не включають осіб, що працюють у медичній адміністрації, санітарно-епідеміологічній службі, судово-медичній експертизі, а також у наукових і навчальних закладах за теоретичними спеціальностями.

5. Відповідно до ст. 35 Основ законодавства України про охорону здоров'я фундаментом усієї системи медичної допомоги в державі, основою національної системи охорони здоров'я є первинна медико-санітарна допомога.

Окрім первинної медико-санітарної допомоги населення України може отримувати вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медико-профілактичну допомогу.

6. В Україні правовою основою охорони здоров'я є Конституція України (ст. 49) і Основи законодавства України про охорону здоров'я (1992 р.).

7. Внаслідок особливостей медико-географічних умов, наявності на території України великої кількості хімічних, вибухо- та пожежонебезпечних об'єктів, розгалуженої мережі нафто- та газопроводів, штучних водоймищ, а також атомних електростанцій, - існують реальні передумови виникнення надзвичайних ситуацій, які можуть становити загрозу для життя і здоров'я людей.

8. Постановами Кабінету Міністрів України № 819 від 16 жовтня 1995 р. та № 343 від 14 квітня 1997 р. створена Державна служба медицини катастроф, яка призначена для забезпечення надання потерпілим під час природних та техногенних катастроф, а також в інших особливих умовах всіх видів медичної допомоги.

Нині відповідні управління МОЗ України та ГВМУ МО України продовжують роботу над розробкою міжвідомчої організаційно-функціональної структури медичного забезпечення військовослужбовців і цивільного населення України за територіальним принципом. Одним з перших кроків щодо зближення і порозуміння керівників органів управління та керівників медичних підрозділів МОЗ і МО України може бути створення в центральному апараті (МОЗ України) спеціальної організаційної структури, яка б координувала їх діяльність, уведення до понятійного апарату Державної служби медицини катастроф з наступним використанням у практичній діяльності показників лікувально-евакуаційної характеристики і показників готовності та стійкості системи охорони здоров'я до роботи в особливих умовах.

9. Управлінська кадрова проблема особливо актуальна для системи охорони здоров'я України. Наведені в монографії перелік державних і галузевих кваліфікаційних вимог та кваліфіка-

ційна характеристика спеціаліста з державного управління охороною здоров'я можуть бути використані для пошуку управлінських кадрів, а спеціальні анкети, подані в додатку до основного матеріалу, допоможуть у доборі управлінських кадрів для охорони здоров'я України.

10. Адміністративна реформа, що проводиться в Україні, - шлях до удосконалення державного управління охороною здоров'я.

Реалізація програми реформування охорони здоров'я України повинна забезпечити наступні результати:

- визначення реальних потреб різних груп населення у різних видах медико-санітарної допомоги в сучасних умовах;
- визначення фактичного навантаження медичних працівників різних спеціальностей;
- стандарти медичної допомоги на первинному, вторинному і третинному рівнях;
- розрахунки вартості діагностичних, лікувальних, реабілітаційних і профілактичних заходів згідно з розробленими стандартами (медико-економічні стандарти);
- механізми фінансування закладів охорони здоров'я й оплати праці медичних працівників залежно від обсягу, якості та результатів роботи:
- визначення пріоритетів розвитку галузі;
- механізми визначення обсягів гарантованого державного рівня медико-санітарної допомоги в конкретних умовах;
- обґрунтовані норми й нормативи забезпечення населення медико-санітарною допомогою;
- забезпечення пріоритетного розвитку первинної медико-санітарної допомоги;
- раціоналізацію та оптимізацію вторинної і третинної медико-санітарної допомоги;
- упорядкування мережі закладів охорони здоров'я, їхньої структури й функцій;
- сучасну систему інформаційного забезпечення галузі;
- удосконалення системи підготовки, перепідготовки і підвищення кваліфікації медичних кадрів;
- зміцнення матеріальної бази охорони здоров'я;
- поліпшення стану здоров'я населення.

ДОДАТКИ

Додаток 1

Визначні діячі медицини Російської імперії другої половини XVIII - першої половини XIX ст. та Австро-Угорської імперії початку XX ст. - українці (короткий біографічний показник)

Андрієвський Степан Семенович (1760-1818) - штаб-лікар, член Медичної колегії. Народився на Чернігівщині. Закінчив медичну школу при Петербурзькому сухопутному госпіталі. Під час військової служби вивчав сибірку.

Базилевич Григорій Іванович (1759-1802) - доктор медицини і хірургії. Родом з Сумщини. Закінчив школу при Петербурзькому сухопутному госпіталі. Працював у цьому ж госпіталі. У 1795 р. був призначений професором патології Петербурзького медико-хірургічного училища. Г.І. Базилевича вважають першим професором-жініцистом у Росії.

Білопольський Юхим Тимофійович (1753 -?) - штаб-лікар. Син українського козака. Закінчив Чернігівський колегіум та школу при Петербурзькому сухопутному госпіталі. Служив у різних військових частинах. У його медичних настановах для військовослужбовців велика увага приділялася заходам профілактики захворювань, конкретним рекомендаціям щодо гігієни приміщень, харчування, одягу тощо. Славетний російський полководець-генералісимус О.В. Суворов неодноразово згадував Ю. Білопольського в наказах, рапортах та інших документах, називаючи його "искуснейшим штаб-лекарем".

Борсук-Мойсєєв Хома - перший лікар, якому Московський університет у 1794 р. надав науковий ступінь доктора медицини за дисертацію, присвячену питанням фізіології, патології та гігієни дихання. У подальшому він упродовж 16 років викладав у Московському університеті.

Бурачинський Андрій (1863-1941). Родом з Криворівні (Гуцульщина, на Івано-Франківщині). Закінчив Віденський університет. В роки української революції очолював медичну службу УГА, входив до складу Державної ради здоров'я Секретаріату військових справ УНР, полковник українського війська.

Бурачинський Тит-Євген (1880-1968). Родом з Криворівні (Гуцульщина, на Івано-Франківщині). Випускник медичного факультету Львівського університету. Під час Першої світової війни - лікар-хірург австрійських військових госпіталів. У 1919 р. - лікар-атаман УГА та шеф українського військового госпіталю в Тернополі. З 1925

по 1944 р. - керівник хірургічного відділу, а згодом - один з організаторів і перший директор українського госпіталю народної лічниці ім. митрополита А. Шептицького.

Велланський Данило Михайлович (1774-1847) - доктор медицини. Родом з Чернігівщини. Закінчив Петербурзьку медико-хірургічну академію. 1817 р. очолював кафедру фізіології в цьому ж навчальному закладі.

Вербенець Володимир (1869-1939). Випускник Віденського університету. Лікар військового флоту Австро-Угорщини. Після її розпаду та проголошення ЗУНР доклав чимало зусиль до відновлення української державності: очолював політичну місію ЗУНР у Белграді, сприяв звільненню полонених українців, роз'яснював чехам і сербам становище в Галичині та політику керівництва ЗУНР.

Верхратський Сергій (1894-1988). Родом з Вінниччини. Навчався у Варшавському університеті, закінчив медичний факультет Одеського університету. Був учасником визвольних змагань за незалежність України 1918-1919 рр., очолював медичну службу в армії С. Петлюри. Під час війни 1941-1945 рр. був головним хірургом евакогоспіталів, організував одне з перших нейрохірургічних відділень. З січня 1946 р. по 1968 р. - завідувач кафедри госпітальної хірургії Івано-Франківського медичного інституту. Відомий історик медицини, фольклорист, автор підручника з історії медицини.

Галин Мартирій (1856-1943). На початку ХХ ст. - головний хірург Київського військового госпіталю. Одним з перших почав опрацьовувати українську медичну термінологію. В роки української революції - генерал-хорунжий санітарної служби української армії.

Гамалія Михайло Леонтійович (1749-1830) - штаб-лікар. Син козака з Полтавської губернії. Закінчив школу при Петербурзькому сухопутному госпіталі. Служив у різних полках. Став одним з перших дослідників сибірки. У 1792 р. видав книгу "О сибирской язве".

Гармашів Всеволод (1863-1953). Родом з Миколаєва. Впродовж 1897-1914 рр. - старший ординатор Київського військового госпіталю, а під час Першої світової війни - лікар російської армії. Дослужився до генерала медичної служби. З 1922 р. - в еміграції. В 1930-1933 рр. - ректор Українського вищого педагогічного інституту в Празі. Заснував у Чехословаччині санаторій для емігрантів.

Горбачевський Іван (1854-1942). Родом з Тернопільщини. Закінчив медичний факультет Віденського університету. Декан, професор та ректор (1901-1902) Карлового університету в Празі. Міністр охорони здоров'я (1917-1918) в уряді Австро-Угорщини, член Найвищої ради здоров'я Австро-Угорщини у Відні, дійсний таємний рад-

ник уряду. Засновник і довголітній ректор Українського вільного університету в Празі. У 1925 р. обраний академіком ВУАН.

Джуньковський Василь - ректор Харківського університету, один з перших істориків медицини.

Загорський Петро Андрійович (1764-1846) - академік. Народився в Чернігівській губернії. Освіту здобув у Петербурзькій медико-хірургічній школі. Першим з військових лікарів почав дотримуватися принципів гуманного ставлення до воїнів супротивника, на 70 років випередивши офіційне прийняття міжнародних конвенцій про захист жертв війни. Протягом двох років очолював Петербурзьку медико-хірургічну академію.

Звіряка Остап Федорович (1751-1829) - доктор медицини. Родом з Полтавщини. Закінчив медичну школу при Петербурзькому сухопутному госпіталі. У 1794 р. був призначений професором Єлисаветградського медико-хірургічного училища. Після його ліквідації залишався старшим лікарем Єлисаветградського військового госпіталю.

Італінський Андрій Якович (1743-1827) - доктор медицини. У 1767 р. закінчив медичну школу при Петербурзькому сухопутному госпіталі. Служив полковим лікарем. З 1781 р. - на дипломатичній роботі.

Каменецький Йосип Кирилович (1750-1823). Родом з Чернігівщини. Закінчив Петербурзьку медико-хірургічну школу. У 1814 р. удостоєний звання доктора медицини без захисту дисертації. З 1816 р. і до самої смерті був лейб-медиком.

Карпинський Никон Карпович (1745-1810) - доктор медицини. Син козака Лубецького полку. Закінчив медичну школу при Петербурзькому сухопутному госпіталі. З 1784 по 1799 р. - на викладацькій роботі. У 1805 р. був призначений генерал-штаб-лікарем сухопутної армії.

Козачковський Андрій (1812-1899). Закінчив Медико-хірургічну академію в Санкт-Петербурзі. Працював у Переяславі, спочатку міським лікарем, пізніше, крім лікарської практики, викладав медицину в духовній семінарії. З жовтня 1845 р. по січень 1846 р. лікував хворого Т.Г. Шевченка. В садибі А. Козачковського поет написав "Наймичку", "Кавказ", "Єретик", "Заповіт". Уже в Орській фортеці Т. Шевченко написав вірш "А.О. Козачковському", листувався з ним до кінця заслання. А. Козачковський зібрав колекцію малюнків Т.Г. Шевченка, опублікував спогади про українського Кобзаря.

Крутець Матвій Самсонович (1737-1770) - доктор медицини. Родом з Чернігова. Працював у Петербурзькому адміралтейському госпіталі. Написав книгу "Примечания о болезнях, в армии случающихся".

Левецький Модест (1866-1932). Закінчив історико-філологічний (1888 р.) та медичний (1893 р.) факультети Київського університету Св. Володимира. У 1918 р. обіймав посаду директора культурно-освітнього відділу Міністерства шляхів, завдяки його зусиллям це міністерство було найбільш українизованим. З січня 1919 р. - радник, а пізніше - голова української дипломатичної місії в Греції.

Липа Іван (1865-1923). Народився у Керчі. Закінчив медичний факультет Казанського університету. За влади УНР був комісаром Одеси. За гетьманату - лікар-інспектор Одеси, а за директорії - член уряду. З січня 1919 р. - міністр віросповідань, влітку 1921 р. став міністром здоров'я.

Леонтович Сава Олексійович (?-після 1798) - доктор медицини. Родом з Полтавщини. Закінчив медичну школу при Петербурзькому адміралтейському госпіталі. Був викладачем цієї школи, потім служив на посаді дивізійного лікаря.

Масловський Опанас Ф. (1739-1804) - уродженець Чернігівщини, випускник Московської медико-хірургічної школи, доктор медицини, викладач медицини у Києво-Могилянській академії, інспектор лікарської управи.

Митрофанів Сила Митрофанович (?-1772) - доктор медицини. Закінчив медичну школу при Московському госпіталі. У 1770 р. став старшим лікарем Київського польового госпіталю.

Мокренець Григорій Федорович (1755-1804) - штаб-лікар. Син козака з Чернігівщини. Закінчив Московську госпітальну школу. Служив у Московському госпіталі. Розробив положення "О дневальном лекаре".

Наранович Павло Андрійович (1801-1874) - доктор медицини. Родом з Чернігівщини. Закінчив Петербурзьку медико-хірургічну академію. У 1830 р. був відправлений на фронт, де виконував обов'язки головного хірурга армії. У 1835 р. здобув звання доктора медицини і хірургії, у 1840 р. став екстраординарним професором медико-хірургічної академії і одночасно заступником головного лікаря Петербурзького військового госпіталю. У 1858 р. призначений лейб-хірургом. Під час силезько-гольштинської (1844) та прусько-австрійської (1866) воєн наглядав за роботою госпіталів. З 1867 по 1869 р. був начальником медико-хірургічної академії. У 1868 р. очолив комісію, яка переглядала постачання військових госпіталів, лазаретів та полків хірургічним інструментарієм. З 1868 р. - член військово-медичного вченого комітету.

Окуневський Ярослав (1860-1929). Народився на Буковині (Стороженець). Закінчив медичний факультет Віденського університету. Став військовим лікарем Австро-Угорщини. Мав військове зван-

ня адмірала. Під час визвольних змагань в Україні був організатором і керівником української санітарної місії ЗУНР.

Окуневська-Морачевська Софія (1865-1926). Народилася в Стороженці. Медичну освіту здобула в Швейцарії, повернулася в Україну і нострифікувала свій диплом у Львові, працювала лікарем у Львові, приятелювала з В. Стефаником, І. Франком, О. Кобилянською, Н. Кобринською. Опублікувала кілька оповідань та наукових розвідок під псевдонімом "Єрина".

Орлай Іван Семенович (1771-1829). Родом із Закарпаття. Закінчив Петербурзьке медико-хірургічне училище. З 1793р. - ординатор генерального сухопутного госпіталю в Петербурзі. У 1799 р. призначений у Семенівський полк. З 1806 р. - доктор медицини. 1808-1821 рр. - секретар Медичної комісії та придворний лікар царської родини. У 1812-1813 рр. працював хірургом генерального сухопутного госпіталю. 1821-1826 рр. - директор ліцею в Ніжині. У січні 1826 р. І.С. Орлаю був присвоєний чин дійсного статського радника. 1826-1829 рр. - директор Рішельєвського ліцею в Одесі.

Олесіюк (Олесевич) Тиміш (1895-1978). Закінчив медичний факультет Празького університету. У 1917-1918 рр. - член Центральної Ради в Києві, пізніше служив в армії УНР, а в 1918-1919 рр. - помічник Комісара освіти для північно-західних земель України. У 1919-1920 рр. входив до складу української дипломатичної місії ЗУНР у Варшаві. Був секретарем під час переговорів з урядами Польщі, Кубані, донецького козацтва та Російським політичним комітетом. Протягом 1945-1947 рр. входив до екзильного уряду УНР.

Осінчук Роман - закінчив медичний факультет Львівського університету. У 1939-1941 рр. брав участь в організації Львівського медичного інституту. За німецької окупації Західної України в 1941 р. був членом уряду Ярослава Стецька як міністр здоров'я, одночасно був директором медичних фахових курсів.

Павловський Дмитро Павлович (роки народження і смерті не встановлено) - штаб-лікар. Закінчив медичну школу при Петербурзькому адміралтейському госпіталі. З 1760 р. - лікар Казанського піхотного полку. Брав участь у військових походах, неодноразово керував карантиними.

Панчишин Мар'ян (1882-1943). Випускник медичного факультету Львівського університету. Під час Першої світової війни - лікар австрійської армії, організатор епідемічних госпіталів. У 1920 р. - один з організаторів Українського (таємного) університету у Львові, декан медичного факультету і професор анатомії, трохи пізніше - ректор цього вузу. Фундатор першого в Галичині українського протитуберкульозного диспансеру. У 1939-1941 рр. - завідувач Львівського

обласного відділу охорони здоров'я, депутат Народних зборів Західної України.

Пелехін Петро (1790-1871). Родом з Черкащини, нащадок давнього козацького роду (Григорій Пелех, наприклад, у XVII ст. був кошовим Запорізької Січі). Навчався у Києво-Могилянській академії (1801-1803), пізніше - в Імператорській медико-хірургічній академії, яку закінчив у 1824 р. Виконав докторську дисертацію, присвячену неврозам (Едінбург, 1829), після чого став професором медико-хірургічної академії (1830-1849). В 1849 р. повертається до Києва, де викладає в медичному класі Києво-Могилянської академії до 1870 р. Був палким прихильником українського відродження, підтримував зв'язки з українськими організаціями в Галичині, надав велику суму грошей - 70000 крб - на відкриття у Львові українського університету та побудову хірургічної клініки.

Погорецький Петро Іванович (1740-1780) - доктор медицини. Родом з Київщини. Закінчив медичну школу при Петербурзькому адміралтейському госпіталі. Був професором Московської госпітальної школи. Переклав на російську мову багато статей з великої французької енциклопедії.

Політковський Ф.П. (1756-1809). Після закінчення Чернігівського колегіуму здобув ступінь доктора медицини в Лейденському університеті.

Понирка Денис Васильович (1746 ?) - доктор медицини. Народився в сім'ї козака Ніжинського полку. Закінчив медичну школу при Московському госпіталі. З 1781 р. - лікар Петербурзького адміралтейського госпіталю. Автор оригінальних наукових праць.

Рожалін Кузьма Федорович (? - після 1786) - доктор медицини. Син козака Лубенського полку. Закінчив медичну школу при Петербурзькому адміралтейському госпіталі. Викладав фармакологію в обох госпітальних школах Петербурга. З 1770 р. служив дивізійним лікарем Севської, а з 1776 р. - Української дивізії. У 1776-1778 рр. - головний лікар Єлисаветградського військового госпіталю.

Рклицький Іван Васильович народився в 1805 р. у сім'ї священника Чернігівської губернії. Закінчив Петербурзьку медико-хірургічну академію (1831) і був призначений ординатором Петербурзького сухопутного госпіталю, а через рік - лікарем Ладозького єгерського полку. Успішно займався науковою роботою. З 1859 р. - головний лікар 2-го військового сухопутного госпіталю.

Руданський Степан (1833-1873) - родом з Вінниччини. Закінчив медико-хірургічну академію в Санкт-Петербурзі. У 1863 р. працював домашнім лікарем князя Воронцова в Алуці. Прихильник української мови, культури та історії. В історичних піснях оспівував

гетьманщину, ідеї відродження України, закликав інтелігенцію “орати рідну ниву, сіяти зерна науки і просвіти”, виявляв народолюбство і демократизм.

Руцький Ілля Васильович (1741-1786) - доктор медицини. Народився в Київській губернії. Закінчив медичну школу при Петербурзькому сухопутному госпіталі. Брав участь у кримських походах під час російсько-турецької війни 1768-1774 рр. та в ліквідації чуми в Україні. З 1776 р. - лікар Петербурзького сухопутного полку.

Самойлович Данило Самійлович (1744-1805) - видатний вчений, член чотирнадцятьох закордонних академій, засновник української епідеміології. Народився у Чернігівській губернії. Закінчив школу при Петербурзькому адміралтейському госпіталі (1765 р.). Тривалий час працював військовим лікарем. У 1780 р. став доктором медицини. Брав активну участь у боротьбі з епідеміями чуми.

Саполович Яків Йосипович (1766-1830). Народився на Чернігівщині. Закінчив медичну школу при Петербурзькому сухопутному госпіталі. З 1786 р. - головний хірург Петербурзького адміралтейського госпіталю. Розробив нові хірургічні набори для полкових і морських лікарів. У 1790 р. призначений професором хірургії Петербурзького медико-хірургічного училища. З 1796 р. одночасно - директор Петербурзького медико-інструментального заводу, яким керував протягом 33 років.

Симонтовський Петро Семенович (1747-1815) - штаб-лікар. Народився в сім'ї священика Сумського полку. Закінчив Московську госпітальну школу. У 1772 р. направлений лікарем у 2-й Астраханський батальйон, де прослужив понад 20 років. Автор багатьох праць з різних питань медицини.

Сміловський Іван Андрійович (1762-1808) - штаб-лікар, професор патології і терапії. У 1790 р. закінчив Петербурзьке медико-хірургічне училище. Протягом року служив в армії, брав участь у війні зі Швецією. У 1794 р. призначений лікарем Петербурзького адміралтейського госпіталю. У 1799 р. обраний професором Петербурзької медико-хірургічної академії.

Соболевський Григорій Федорович (1741-1807) - доктор медицини. Народився у Глухові. Викладав в обох петербурзьких госпітальних школах, потім служив військовим лікарем у гвардійських полках. Під час служби продовжував наукові дослідження. Прославився як автор багатьох праць з ботаніки та фармакології.

Стефанович-Донцов Михайло Якович (1753-1833) - штаб-лікар. Народився на Чернігівщині. Закінчив медичну школу при Петербурзькому адміралтейському госпіталі. Брав участь у багатьох

бойових походах, проводив протиепідемічні заходи в Україні. Розробив модель інструмента для видалення сторонніх тіл із стравоходу.

Тереховський Мартін Матвійович (1740-1796) - видатний лікар і вчений-ботанік. Народився в сім'ї священика Гадяцького полку. Закінчив медичну школу при Петербурзькому сухопутному госпіталі. Докторську дисертацію захистив у Страсбурзі (1775). У 1777 р. був направлений молодшим лікарем у Кронштадтський морський госпіталь, де викладав "матерію медицину", медичну практику і патологію, а в 1779 р. призначений викладачем анатомії Петербурзького сухопутного госпіталю. У 1783 р. став професором, 1792 р. обраний почесним членом Медичної колегії. Завідував Петербурзьким ботаничним садом, викладав також ботаніку.

Тихорський Хома Трохимович (1733-1814) - доктор медицини, один з перших професорів російських медичних шкіл. Син козака Переяславського полку. Закінчив школу при Петербурзькому адміралтейському госпіталі. Протягом 20 років викладав у обох петербурзьких госпітальних школах, де свої лекції читав не латинською, а російською мовою. Одночасно обіймав посаду головного лікаря сухопутного госпіталю. Був членом Медичної колегії, почесним членом Петербурзької академії наук. Написав підручник із судової медицини. Його учнями були С.С. Андрієвський, Д.С. Самойлович та ін.

Тишевський Іван Дмитрович (1760-1820-ті рр.) - штаб-лікар. Закінчив медичну школу при Петербурзькому сухопутному госпіталі. У 1785 р. направлений у Полтавський легкокінний полк. Учасник російсько-турецької війни 1787-1791 рр. Служив у Преображенському полку. З 1797 р. - міський лікар у Полтаві, де 1798 р. на власний кошт побудував цивільну лікарню, одну з перших міських лікарень у провінції.

Трохимовський (Трофимовський) Михайло Якович (близько 1740-1815) - штаб-лікар. У 1763 р. закінчив школу при Петербурзькому сухопутному госпіталі і був призначений полковим лікарем Московського карабінерного полку; 1772 р. переведений на службу в Миргородський легкокінний полк. Брав участь у російсько-турецькій війні 1768-1774 рр., відзначився у боях на Перекопській лінії та під Бендерами. Видав книгу "Рассуждения о растениях, в Крымской степи полковым лекарем усмотренных" (1772), написав кілька наукових праць. У 1811 р. обраний кореспондентом Петербурзької медико-хірургічної академії.

Фіалковський Степан Герасимович (1734-1772) - доктор медицини. Народився у Києві. Закінчив школу при Петербурзькому

сухопутному госпіталі. Працював дивізійним лікарем, викладав у Петербурзькому сухопутному госпіталі.

Чаруківський Яким Олексійович (1798-1848) - відомий військовий лікар. Родом з Полтавщини. У 1820 р. закінчив Петербурзьку медико-хірургічну академію із срібною медаллю. Здобув звання доктора медицини і хірургії (1825). Брав участь у російсько-турецькій війні 1828-1829 рр., у польському поході 1830-1831 рр. З 1844 р. і до самої смерті був старшим лікарем Михайлівського кадетського корпусу у Воронежі. Найвідомішою науковою працею Я.О. Чаруківського є "Военно-походная медицина", відзначена у 1839 р. Демидовською премією.

Черняхівський Олександр Григорович (1869-1939). Народився в с. Мазепинці на Київщині. Закінчив медичний факультет Київського університету Св. Володимира. Ініціатор і організатор видання української наукової медичної літератури. У серпні 1918 р. брав активну участь у створенні першого в нашій історії українського медичного факультету, очолював кафедру гістології, з 1919 по 1929 р. - завідувач кафедри гістології та ембріології медичного інституту; академік ВУАН - член Президії, голова медичної секції. 27 грудня 1929 р. заарештований органами ГПУ. Висланий у Донецьк, де брав участь в організації медичного інституту.

Черняхівський Євген Григорович (1873-1938). Народився в с. Мазепинці на Київщині. Закінчив медичний факультет Київського університету Св. Володимира. Ще студентом брав участь у діяльності українських організацій. У серпні 1918 р. брав активну участь у створенні першого в нашій історії українського медичного факультету як професор і завідувач кафедри хірургії. У 1920 р. став першим директором Київського медичного інституту, був заступником голови медичної секції ВУАН та хірургом Олександрівського міського госпіталю у м. Києві.

Шафонський Опанас Філімонович (1740-1811) - доктор медицини. Народився на Чернігівщині. Навчався в університетах Галле, Лейдена, Страсбурга. Обіймав пости генерал-штаб-лікаря 2-ої армії та начальника Московського генерального госпіталю. Автор оригінальних наукових праць, серед яких найважливішими є "Описание моровой язвы, бывшей в столичном городе Москве с 1770 по 1772 год" (1775) та "Черниговского наместничества топографическое описание..." (1787).

Шумлянський Павло Михайлович (1752-1821) - доктор медицини. Народився на Полтавщині. Працював полковим лікарем, молодшим лікарем Петербурзького сухопутного госпіталю. У 1799 р. при організації медико-хірургічних академій був обраний ординар-

ним професором хірургії Московської академії. З 1800 р. - директор Московського заводу хірургічних інструментів. Після відкриття Харківського університету (1805) призначений деканом медичного факультету і професором хірургії. З 1811 р. - почесний член Петербурзької медико-хірургічної академії.

Яворський Григорій Іванович (1770-1834). Родом з Чернігівщини. Закінчив Петербурзьке медико-хірургічне училище. З 1803 р. послідовно обіймав посади лікаря Гренадерського полку, лікаря 5-ої дивізії, головного лікаря Молдавської академії. За кваліфіковане надання медичної допомоги в битві при Каргані нагороджений ордемом Анни з діамантами. З 1813 р. - генерал-штаб-лікар російської закордонної армії. Автор низки наукових праць.

Ягельський Касян Йосипович (1736-1774) - доктор медицини. Родом з Києва. Закінчив медичну школу при Петербурзькому адміралтейському госпіталі. Працював лікарем Валдайського лазарету, викладав у петербурзькій та московській госпітальних школах "матерію медици", фізіологію та патологію. Першим розпізнав епідемію чуми у Москві в 1770 р. Написав "Наставление о предохранительных средствах от моровой язвы".

Принципи гуманного ставлення до жертв війни та короткий зміст Женевських конвенцій 1949 р. [9; 70]

Перші формулювання організаційних принципів військово-медичної етики можна віднести до періоду революційних воєн, які велись військами Французької республіки. Під час цих воєн солдати супротивника діставали таку саму допомогу, як і солдати французьких військ.

Переломними для військово-медичної служби стали 1853 і 1859 роки. Вони пов'язані з іменами творців сучасної концепції гуманної військової медицини - Анрі Дюнан та Флоренс Найтінгейл. Саме завдяки їм став можливим значний етичний перелом у свідомості лікарів і військових діячів: вперше в історії воєн був запроваджений принцип, що ставив вище за все врятування життя та здоров'я людини.

Безпосереднім ініціатором розробки міжнародних угод про полегшення долі поранених і хворих, а також військовополонених, був прогресивний суспільний діяч, швейцарський письменник-публіцист, перший лауреат Нобелівської премії миру 1901 р. Анрі Дюнан.

Перша міжнародна конференція, яка ухвалила Конвенцію про полегшення долі поранених та хворих воїнів, відбулася в Женеві 26 серпня 1864 р.

Росія приєдналася до Женевської конвенції у 1867 р.

У 1867 р. в Парижі відбулася нова конференція. На ній було висловлено бажання розширити Женевську угоду 1864 р.

При договорі сторони зобов'язалися внести у свої військові законодавчі акти пункти про необхідність суворо дотримуватися Женевської конвенції. Паризька конференція постановила:

1. Недоторканість, забезпечену заступництвом конвенції, всіх лазаретів, госпіталів і всієї матеріальної частини.
2. Право нейтральності на суші й на морі особового складу госпіталів та похідних лазаретів.
3. Дозвіл медичному персоналові виконувати обов'язки з надання допомоги пораненим і хворим і в той час, коли вони потрапляють у полон.
4. Нейтральність членів товариства надання допомоги пораненим і хворим.
5. Недоторканість місцевих жителів, що присвятили себе наданню допомоги пораненим та хворим.

6. Обов'язок армій, що здобули перемогу, оберігати полеглих на полі бою від пограбування, поганого поводження з ними та хоронити мертвих.

З 5 по 20 жовтня 1868 р. з ініціативи французької імператриці Євгенії у Женеві зібралася друга міжнародна конференція, яка поставила поширити права та переваги, визнані Женевською конференцією 1864 р. за сухопутними військами, і на морські; прийняла доповнення Паризької (1867 р.) конференції як додаткові пункти.

На Берлінській конференції, що відбулася 22-27 квітня 1869 р., була ухвалена постанова про те, що держави, які не беруть участі у війні, зобов'язуються висилати лікарів та допоміжні засоби, що будуть визнані можливими, на допомогу воюючим арміям.

У 1874 р. у Брюсселі (Бельгія) відбулася чергова конференція. Матеріали цієї конференції були взяті за основу ухваленого в 1899 р. на міжнародній конференції у Гаазі "Положення про закони та звичаї сухопутної війни". Гаазька конференція прийняла дуже важливе положення - про обов'язкову урядову організацію обліку та надання воюючими сторонами даних про військовополонених, які перебувають під їх владою, а також про організацію надання їм необхідної допомоги. З цією метою воюючі держави повинні заснувати довідкові бюро про військовополонених від моменту початку воєнних дій. Бюро призначається для того, щоб відповісти на всі запитання, які стосуються військовополонених, у тому числі і про надходження їх до іюспіталів, а також про смерть військовополонених.

Гаазька конвенція 1899 р. надала кожній державі право самостійно вирішувати питання про організацію товариств надання допомоги військовополоненим і не диктувала ніяких конкретних вказівок щодо заснування таких товариств, а обмежилась лише тим, що встановила досить пільгові умови діяльності всіх товариств, які можуть виникнути.

Кардинальний перегляд Женевської конвенції 1864 р. про покращання долі поранених та хворих воїнів зроблений на Женевській дипломатичній конференції 1906 р., де 6 липня була підписана нова конвенція "Про покращання долі поранених та хворих воїнів у діючій армії". Цей документ набрав чинності в російській армії згідно з наказом по військовому відомству № 415 від 1908 р.

Через рік після Женевської конференції відбулася нова міжнародна конференція в Гаазі. Ухвалена на ній конвенція 1907 р. "Про закони та звичаї сухопутної війни" вперше проголосила: "Особа та честь військовополонених повинні поважатися".

Великі можливості для реалізації Женевських та Гаазьких конференцій багатьом європейським країнам надала Перша світова вій-

на 1914-1918 рр. Слід зазначити, що в Росії окрім вже згаданих конвенцій з 1914 р. діяло "Положення про військовополонених", яким регламентувалися правила поведінки з пораненими ворожої сторони.

Перша світова війна 1914-1918 рр. виявила і цілу низку недоліків в ухвалених раніше міжнародних конвенціях про захист жертв війни. Численні порушення положень Женевської 1906 р. та Гаазької 1907 р. конвенцій поставили знову на порядок денний питання про перегляд Конвенції щодо жертв війни.

8 червня 1918 р. уряд РРСФР підтвердив визнання Женевської конвенції 1906 р.

У 1929 р. в Женеві відбулася конференція, де була ухвалена нова Конвенція "Про полегшення долі поранених та хворих діючої армії". Радянський Союз приєднався до цієї конвенції у 1930 році.

У жовтні 1939 р. Генеральний штаб РСЧА розробив проект інструкції про порядок прийому, передачі та лікування військовополонених, де були розглянуті основні питання надання медичної допомоги пораненим та хворим, порядок їх прийому, евакуації, реєстрації та передачі з лікувальних закладів до приймально-передавальних пунктів. Однак до війни, під час війни і після Великої Вітчизняної війни 1941-1945 рр. цей цінний документ залишився у вигляді проекту, а його важливі положення не були введені в дію.

Під час Другої світової війни, як відомо, були численні порушення загальноприйнятих етичних принципів ведення бойових дій. Щоб у майбутньому назавжди виключити подібне, якщо все-таки не пощастить уникнути нової війни, 12 серпня 1949 р. в Женеві були підписані нові міжнародні документи правового регулювання міждержавних відносин. Це були:

1. Конвенція про покращання долі поранених та хворих у діючих арміях.
2. Конвенція про покращання долі поранених і хворих та осіб із складу збройних сил на морі, що зазнали корабельної аварії.
3. Конвенція про поведіння з військовополоненими.
4. Конвенція про захист цивільного населення під час війни.

Короткий зміст Женевських конвенцій 1949 р.

Женевська конвенція 1949 р. "Про покращання долі поранених і хворих у діючих арміях" зобов'язує учасників підбирати на полі бою та надавати допомогу пораненим і хворим противника.

Конвенція забороняє застосування репресій до поранених та хворих противника, будь-яке посягання на життя і здоров'я поранених та хворих противника, зокрема забороняє добивати їх, знищувати та піддавати катуванню.

Конвенція зобов'язує країни-учасниці гуманно поводитися з пораненими і хворими та надавати їм допомогу без будь-якої дискримінації за такими ознаками, як стать, раса, національність, релігія, політичні переконання або з інших політичних міркувань.

Усі поранені та хворі, що опинилися під владою противника, повинні бути зареєстровані, а дані про них повідомлені тій державі, на стороні якої вони боролися.

Ще під час воєнних дій воюючі держави (сторони) повинні відправити на батьківщину тяжкопоранених та хворих, а певні їх категорії - в нейтральні держави.

Воюючі сторони повинні вжити всіх заходів, щоб забезпечити можливість розшуку поранених та вбитих, зобов'язані інформувати одна одну про хворих, поранених та померлих; скласти списки померлих та списки могил для передачі іншій стороні після укладення миру. Воююча сторона, яка змушена залишити поранених та хворих під владою іншої воюючої сторони, повинна залишати частину свого санітарного персоналу та спорядження для допомоги та догляду за залишеними.

Військова влада повинна дозволяти населенню та благодійним товариствам, навіть у районах бойових дій, за власним почином підбирати поранених та хворих, а також осіб, що зазнали корабельної аварії, незалежно від їх національності та доглядати за ними. Ніхто не повинен зазнавати переслідувань або бути засудженим за те, що він доглядав за пораненими чи хворими.

Відповідні статті конвенції, зокрема, уточнюють поняття "поранені та хворі", на яких поширюється дія. Так, у ст. 13 зазначається: "Ця Конвенція буде застосовуватися до поранених та хворих, що належать до категорій:

1. Особовий склад збройних сил сторони, що перебуває у конфлікті, а також склад ополчення та добровільних загонів, що входять до складу цих збройних сил.

2. Особовий склад інших військових та добровільних загонів, включаючи особовий склад організованих рухів, що належать стороні, яка перебуває у конфлікті, та діють на їх власній території або поза нею, навіть якщо ця територія окупована, - то ці ополчення та добровільні загони, включаючи рухи опору, відповідають поданим нижче правилам:

- мають на чолі особу, що відповідає за своїх підлеглих;
- мають певний розпізнавальний знак, який добре видно здалеку;
- відкрито носять зброю;
- дотримуються у своїх діях законів та звичаїв війни.

3. Особовий склад регулярних збройних сил, що вважають себе в підпорядкуванні уряду чи влади, не визнаних державою, яка тримає їх у полоні.

4. Особи, що йдуть за збройними силами, але не належать до їх складу безпосередньо, як, наприклад, цивільні особи, що входять в екіпажі військових літаків, військові кореспонденти, особовий склад робітничих команд або служб, на які покладено побутове обслуговування збройних сил, за умови, що вони отримують на це дозвіл від тих збройних сил, які вони супроводжують.

5. Члени екіпажів суден торгового флоту, включаючи капітанів, лоцманів, юнг, та екіпажів цивільної авіації сторін, що перебувають у конфлікті, які не користуються більше пільговим режимом з огляду на будь-які інші положення міжнародного права.

6. Населення неокупованої території, яке при наближенні ворога стихійно береться за зброю для боротьби із військами, якщо вони відкрито носять зброю та дотримуються звичаїв і законів війни.

Згідно з положеннями попередньої статті поранені та хворі воюючої сторони, що опинилися під владою противника, вважатимуться військовополоненими, і до них будуть застосовуватися норми міжнародного права, що стосуються військовополонених (ст. 14).

Важливі положення містить ст. 14 конвенції: “В різний час, а особливо після битви, сторони, що перебувають у конфлікті, негайно вживатимуть всіх заходів для того, щоб розшукати та підібрати поранених і хворих, щоб захистити їх від пограбування та поганого поводження, забезпечити їм необхідний догляд, а також для того, щоб розшукати мертвих та перешкодити їх пограбуванню.

Щоразу, коли цьому сприятимуть обставини, укладатимуться угоди про перемир'я або припинення вогню, або ж місцеві угоди, щоб дозволити підібрати поранених, що залишилися на полі бою, транспортувати їх, а також здійснити обмін ними. Таким чином, між сторонами, що перебувають у конфлікті, можуть бути укладені місцеві угоди про евакуацію поранених та хворих із обложеної чи оточеної зони, про обмін ними та пропуск у цю зону санітарного... персоналу і майна”.

Конвенція передбачає захист медичних установ, їх персоналу та транспортних засобів, призначених для перевезення поранених, хворих та медичного майна. Вона категорично забороняє нападати на постійні санітарні установи та рухомі санітарні формування медичної служби, госпітальні судна, санітарний транспорт та санітарний персонал. Ні за яких обставин вони не повинні зазнавати нападу. Навпаки, за них завжди мусять заступатися та охороняти сторони, що конфліктують. Потрапивши до рук протилежної сторони, вони повинні мати можливість функціонувати до того часу, поки держава,

що захопила їх, не забезпечить сама необхідний догляд за пораненими і хворими, які перебувають у тих установах та формуваннях.

Медичні установи та формування можуть бути позбавлені захисту Женевської конвенції лише в тому випадку, якщо вони будуть використані не для виконання їх гуманних обов'язків, а для дій, спрямованих проти супротивника.

При цьому захист, що забезпечується конвенцією, припиняється тільки після відповідного попередження, встановлюючи в усіх необхідних випадках розумний термін, та після того, як це попередження не дало результатів.

Однак не вважаються обставинами, що позбавляють медичні установи та формування захисту конвенції, якщо особовий склад цих установ та формувань користується своєю зброєю для самозахисту або захисту своїх поранених та хворих, якщо за відсутності озброєних санітарів формування чи установа охороняється озброєними солдатами, якщо у формуванні або установі буде знайдено ручну зброю та боєприпаси, зняті з поранених та хворих і не здані за належністю.

Санітарний особовий склад, призначений для розшуку і збору, транспортування й лікування поранених і хворих або для попередження захворювань, що належить до адміністрації санітарних формувань та установ, повинен користуватися повагою та заступництвом за різних обставин. Так само повинен користуватися захистом, наданим конвенцією, і особовий склад збройних сил, спеціально навчений для використання його в разі потреби як допоміжних санітарів, санітарок або носіїв для розшуку, збору та перевезення або для лікування поранених і хворих, для виконання своїх обов'язків у момент, коли вони зіткнулися з противником або потраплять під його владу.

“... сторона, що конфліктує, носитиме на лівій руці нарукавну пов'язку, яка не псується вологою і забезпечена відповідним знаком. Цей особовий склад матиме також при собі спеціальне посвідчення особи. Це посвідчення не повинно псуватися вологою і повинно бути такого розміру, щоб його можна було покласти в кишеню. Воно має бути укладено мовою відповідної країни, і в ньому повинні вказуватися, в крайньому випадку, прізвище та ім'я, дата народження, військово-ве звання і військовий номер власника...”

Санітарний персонал, що потрапив під владу супротивної сторони, не вважається військовополоненим і може бути затриманий лише на час, необхідний для надання допомоги пораненим та хворим із числа військовополонених, а потім його повинні повернути на батьківщину. Для виконання своїх обов'язків під час перебування під владою супротивника санітарному складові повинні надати право періодично відвідувати військовополонених, що перебувають у робочих

командах або госпіталях, розміщених поза табором; його не повинні примушуватися виконувати роботи, не пов'язані з медичними обов'язками.

Майно рухомих санітарних формувань збройних сил, що потрапили до рук супротивника, повинно залишатися для догляду за пораненими та хворими. На майно і склади постійних санітарних установ збройних сил поширюється дія законів війни. Ці об'єкти не можуть використовуватися для іншого призначення, поки вони будуть потрібні для поранених та хворих. Майно і склади не повинні навмисне знищуватися.

Транспорт з пораненими та хворими або санітарним майном користується заступництвом та охороною так само, як і рухомі санітарні формування.

Санітарні формування та установи, санітарний транспорт та медичний персонал мають бути позначені спеціальним знаком (Червоний Хрест, Червоний Півмісяць або Червоний Лев та Сонце на білому фоні).

Права щодо захисту санітарних формувань, установ та їх персоналу належать також товариствам Червоного Хреста, які беруть участь в організації допомоги пораненим та хворим.

Женевська конвенція 1949 р. *“Про покращання долі поранених, хворих та осіб, що зазнали корабельної аварії, із складу збройних сил на морі”* встановлює правила поведінки з пораненими і хворими під час війни на морі, аналогічні до правил, що їх встановлює конвенція про покращання долі поранених та хворих.

Всі підібрані поранені та хворі, які зазнали корабельної аварії, мають бути зареєстровані, а дані про них повідомлені державі, на стороні якої вони воювали. Сторона, під владою якої ці особи опинилися, повинна забезпечити гуманне ставлення до них та догляд без будь-якої дискримінації. Суворо забороняється посягання на їх життя.

Конвенція передбачає: якщо поранені, хворі та особи, що зазнали корабельної аварії, були підібрані нейтральним військовим судном або військовим літаком, то слід подбати про те, щоб у тих випадках, коли цього вимагатиме міжнародне право, вони не могли знову брати участь у воєнних діях.

Конфліктуючі сторони можуть звертатися із закликом про гуманність і людинолюбство до капітанів нейтральних суден і просити їх брати на борт поранених, хворих та осіб, що зазнали корабельної аварії, доглядати за ними, а також підбирати померлих. Судна всіх родів, які відповідатимуть на цей заклик, а також ті, що з власної ініціативи підберуть поранених та осіб, що зазнали корабельної аварії, повинні користуватися спеціальним заступництвом та допомогою для

виконання місії надання допомоги; в жодному разі вони не можуть бути захоплені.

Конвенція встановлює захист госпітальних суден, збудованих або спеціально обладнаних для надання допомоги пораненим, хворим та особам, що зазнали корабельної аварії, здійснення їх лікування та перевезення.

Назви та характеристики військових госпітальних суден мають бути повідомлені конфліктуючими сторонами за 10 днів до їх використання.

Конвенція передбачає також, що всякому госпітальному судну, яке перебуває в порту, що потрапив під владу супротивника, надається дозвіл залишити цей порт.

Медичний персонал госпітальних суден та їх екіпажі користуються тим самим захистом, що й персонал сухопутних медичних закладів. Вони не можуть бути захоплені під час своєї служби на госпітальних суднах незалежно від того, чи є на кораблі поранені та хворі, чи їх там немає. На випадок, якщо медичний персонал потрапить до рук супротивника, він повинен користуватися повагою та заступництвом, мати можливість продовжувати виконання своїх професійних обов'язків до того часу, поки це буде необхідно для догляду за хворими та пораненими. Його відправляють назад, щойно з'являється для цього нагода.

Особовий склад повинен мати при собі спеціальне особисте посвідчення, забезпечене відповідним знаком, вологостійке, кишенькового розміру. Посвідчення укладається мовою відповідної країни, і в ньому вказуються прізвище, ім'я, дата народження, військове звання і військовий номер власника, а також підстава, що дає йому право на заступництво цієї конвенції. На посвідченні повинна бути фотокартка власника, а також його підпис чи відбитки пальців, або і те й друге. Крім того, повинна бути рельєфна печатка військової влади.

Особисті посвідчення впроваджуються однакові в кожній армії та однотипні. На початку воєнних дій конфліктуючі сторони повідомляють одна одну про прийнятий зразок. Кожне посвідчення виготовляється по можливості не менше як у двох екземплярах, один з яких зберігатиме держава, до якої належить особа - власник посвідчення.

Женевська конвенція 1949 р. *(Про поводження з військовополоненими)* встановлює правила, яких повинні дотримуватися воюючі держави при поводженні з військовополоненими.

Забороняється будь-який незаконний акт або бездіяльність з боку держави, яка утримує полонених, що призводить до смерті або ставить їх здоров'я під серйозну загрозу.

Поранених або хворих військовополонених забороняється добивати або знищувати, навмисно створювати умови для їх зараження. Заборонено використовувати військовополонених, у тому числі поранених і хворих, для біологічних дослідів.

Жоден військовополонений не може бути скалічений або ж підданий науковому чи медичному дослідженню будь-якого характеру, що не виправдовується міркуваннями лікування військовополоненого та його інтересами.

Країна, що утримує військовополонених, зобов'язана безкоштовно забезпечити їх утримування, а також надання медичної допомоги відповідно до стану здоров'я. Умови розміщення військовополонених у таборах повинні бути не менш сприятливими, ніж умови, якими користуються війська цієї країни, що розміщені у тій самій місцевості.

Основний добовий раціон харчування має бути достатнім за кількістю, якістю та різноманітністю для того, щоб підтримувати добрий стан здоров'я військовополонених.

Країна, яка утримує в полоні, зобов'язана щомісячно виплачувати всім військовополоненим аванс за рахунок грошового забезпечення, розмір якого визначається шляхом перерахунку на валюту держави військовополоненого.

Категорія 1: полонені у званні нижче сержанта - 8 швейцарських франків.

Категорія 2: сержанти та інші унтер-офіцери або полонені відповідного звання - 12 швейцарських франків.

Категорія 3: офіцери до звання капітана включно або полонені відповідного звання - 50 швейцарських франків.

Категорія 4: майори, підполковники, полковники або полонені відповідного звання - 60 швейцарських франків.

Категорія 5: генерали або полонені відповідного звання - 75 швейцарських франків.

Кожен військовополонений з моменту його полонення або не пізніше як через тиждень після прибуття в табір, навіть якщо він транзитний, а також у випадку захворювання або відправки в лазарет чи інший табір повинен мати можливість надіслати, з одного боку, безпосередньо своїй сім'ї, а з другого - центральному агентству у справах військовополонених поштової листівки з повідомленням про взяття у полон, стан свого здоров'я та адресою. Ці листівки повинні пересилатися якнайшвидше, їх передача не може бути затримана жодним чином.

Сторона, що утримує у полоні, може використовувати працездатних військовополонених як робочу силу з урахуванням віку, статі, звання, а також фізичних можливостей.

Військовополонені дотримуються законів, статутів та наказів, що діють у збройних силах держави, під владою якої вони перебувають.

Конвенцією передбачено, що військовополонений може бути покараний тільки раз за той самий проступок або за те саме звинувачення. Забороняються колективні покарання за індивідуальні проступки, різні тілесні покарання, ув'язнення в приміщення без денного світла і, взагалі, різні види катувань та прояви жорстокості.

Жоден військовополонений не може бути відданий до суду або засуджений за проступок, що не є карним згідно із законодавством цієї країни або за міжнародним правом, яке діє в час здійснення проступку.

Жоден військовополонений не може бути засуджений, якщо він не мав можливості захищатися і якщо йому не було надано кваліфікованого захисника.

Конвенція зобов'язує воюючі сторони організувати довідкове бюро у справах військовополонених, яке повинне відповідати на всі запитання, що стосуються військовополонених.

Женевська конвенція 1949 р. *“Про захист цивільного населення під час війни”* передбачає захист та гуманне поводження з населенням, що перебуває на окупованій території.

Конвенція передбачає, що поранені та хворі, а також інваліди й вагітні жінки повинні користуватися особливим заступництвом і захистом.

Кожна з країн, що конфліктують, повинна допомагати розшуку вбитих та поранених, особам, які зазнали корабельної аварії, та іншим особам, життя яких було у серйозній небезпеці, а також захищати їх від пограбування та поганого поводження.

Особи, що перебувають під заступництвом, мають право за будь-яких обставин на повагу їх честі, сімейних прав, релігійних переконань та обрядів, звичок та звичаїв. З ними завжди повинні поводитися гуманно, зокрема захищати від будь-яких актів насильства чи залюкування.

Враховуючи положення стосовно стану здоров'я, віку та статі, країна - учасниця конфлікту повинна з усіма особами, що мають право на заступництво, поводитися однаково, без будь-якої дискримінації за расовими ознаками, релігійними чи політичними переконаннями.

Забороняється вимагати від місцевого населення відомостей про армію своєї країни, засоби охорони держави, присягати на вірність окупанту, примушувати до участі у воєнних діях проти армії своєї держави або виконувати роботи для армії окупанта.

Ст. 27 конвенції містить особливі положення стосовно охорони жінок: “Жінки будуть спеціально оберігатися від усяких посягань на їх честь і, зокрема, від звалтування, примушування до проституції чи будь-якої іншої форми посягання на їх моральність”.

Ст. 33 і 34 конвенції категорично забороняють колективні покарання, будь-які заходи залякування чи терору, взяття заручників. “Арешт та знищення ні в чому не винних людей - це найгрубіше порушення прав людини”.

Сторона, що окупує відповідну територію, повинна забезпечити цивільне населення продовольчими та санітарними матеріалами; підтримати за допомогою національних та місцевих влад діяльність санітарних і лікарняних установ та служб, охорону здоров'я, колективну гігієну на окупованій території, зокрема, вживати та застосовувати профілактичні і протиепідемічні заходи, необхідні для боротьби з поширенням різних хвороб та епідемій.

Військові лікарі України - керівники військово-медичної служби в роки Великої Вітчизняної війни 1941-1945 рр.

У великий подвиг радянського народу в роки Великої Вітчизняної війни належний внесок зробили медичні працівники України. Разом з лікарями, медичними сестрами та фельдшерами інших республік вони взяли на свої плечі всю відповідальність за життя поранених і хворих захисників Батьківщини.

Велика роль у цій щоденній тяжкій роботі належала керівникам і головним спеціалістам медичної служби фронтів, флотів і армії, серед яких було чимало представників України. На основі досягнень медичної науки, аналізу та узагальнення досвіду роботи медичної служби вони знаходили і впроваджували в практику медичного забезпечення військ найефективніші методи лікування поранених і хворих.

Одними з перших у зв'язку із швидким просуванням ворожих військ зустріли війну медичні працівники України, і на жаль, через край складну ситуацію створення значної частини медичних формувань було зірвано. Військові госпіталі не могли виконувати всіх завдань, які на них покладалися. Частина гарнізонних госпіталів Західного та Київського особливого військових округів змушена була евакуюватися в тил, залишаючи багато медичного майна, яке призначалося для формування польових лікувальних закладів. У зв'язку з цим у липні 1941 р. на Західному та Південно-Західному фронтах було розгорнуто лише 15 відсотків запланованих частин, установ і органів управління медичної служби військової та армійської ланок.

У таких надзвичайно складних умовах основна частина медичного забезпечення військ лягла на медичні пункти, окремі медичні батальйони дивізій та на невелику кількість польових рухомих і гарнізонних госпіталів. Їм довелося виконувати велику роботу, яка, зазвичай, перевищувала штатні можливості багатьох госпіталів.

Під час Великої Вітчизняної війни військовим лікарям, і особливо керівникам військово-санітарних управлінь фронтів, кажучи словами видатного російського хірурга М.О. Вільямінова, доводилося "...менше боротися зі смертністю, аніж з тими перешкодами, які ставлять адміністратори не лікарі..." Щоб підтвердити сказане, наведу лише один приклад.

У вересні 1941 р. у бойові порядки 106-ї стрілецької дивізії 24-ї армії прибув заступник народного комісара оборони, армійський ко-

місар 1-го рангу Є. Щаденко. Спостерігаючи винесення поранених з-під вогню противника на шинелях і плащ-накидках, він назвав це варварством стосовно поранених і наказав за це судити і розстріляти начальника медичної служби дивізії. Наказ був відданий по армії, дивізійного лікаря посадили на гауптвахту. Військовий лікар 1-го рангу В. Герасименко - начальник військово-санітарного управління Резервного фронту, до складу якого входила 24-а армія, доповів телеграфом про цей випадок по команді, і у зв'язку з тим, що винесення поранених на ношах, як цього вимагав замнаркома, неможливе, просив вказівок старшого начальника. Через тиждень надійшла відповідь. Начальник Головного військово-санітарного управління Червоної Армії зазначав: "...на відкритій місцевості, під вогнем противника відтягування поранених у сховища на шинелях або плащ-накидках залишити як єдиний спосіб збереження життя". Під час слідства військового трибунал не пред'явив звинувачення дивізійному лікареві через відсутність вини... Можна собі уявити, які ускладнення внесла команда високого начальства у роботу медичної служби і що пережив начальник медичної служби дивізії, перебуваючи під слідством з вирокom, винесеним заступником наркома оборони: "Засудити і розстріляти..."

Під час Великої Вітчизняної війни військово-санітарні управління Ленінградського, 4-го Українського фронтів і Чорноморського флоту відповідно очолювали генерал-майор медичної служби Давид Верховський, полковник Василь Герасименко, генерал-лейтенант Олександр Песіс, генерал-майор Йосип Ставицький, полковник Сергій Золотухін. Начальником медичної служби 62-ї армії був син коваля із Сумщини, військовий лікар М.П. Бойко.

Начальником військово-санітарного управління 3-го Українського фронту був Петро Бялик. Він народився 24 березня 1893 р. у містечку Сміла Київської губернії. В 1919 р. закінчив медичний факультет Університету св. Володимира. З червня 1919 р. П. Бялик - старший лікар перев'язувального загону бригади стрілецької дивізії. У липні 1941 р. П. Бялик - в діючій армії на посаді заступника начальника і начальника санітарного управління 3-го Українського фронту (листопад 1943 - серпень 1945). З 1947 р. і до звільнення із Збройних Сил у 1955 р. він - начальник окружних курсів удосконалення офіцерів медичної служби Київського військового округу. П. Бялик був нагороджений багатьма ордепами і медалями. Помер 2 червня 1986 року.

У плеяді відомих вітчизняних хірургів чільне місце посідає один з найавторитетніших клініцистів, талановитий військово-польовий хірург, член-кореспондент АН України, заслужений діяч науки

України, професор, генерал-майор медичної служби Іван Миколайович Іщенко.

Народився І.М. Іщенко 5 липня 1891 р. в с. Пустоварівці Сквирського повіту Київської губернії. Вже в студентські роки, навчаючись на медичному факультеті Київського університету, він виявив великі здібності та зацікавленість до різних проблем хірургії. Саме це дало можливість Раді професорів університету рекомендувати молодого лікаря для наукової роботи.

У 1924 р. І.М. Іщенко був обраний старшим асистентом урологічної клініки, а в 1927 р. - приват-доцентом факультетської хірургічної клініки Київського медичного інституту. В 1937 р. він очолив кафедру загальної хірургії інституту, одночасно виконуючи обов'язки наукового керівника Київського інституту певідкладної хірургії переливання крові (1937-1941) і хірурга-консультанта Київського особливого військового округу (1939-1941).

У 1941 р. І.М. Іщенко успішно захистив дисертацію на ступінь доктора медичних наук на тему "Матеріали до патогенезу і лікування синдромів мозкового тиску травматичного походження", яку він виконав під керівництвом академіка О.О. Богомольця.

У червні 1941 р. його призначають головним хірургом спочатку Південно-Західного, а потім - Сталінградського та Донського фронтів. З 1943 р. і до переможного травня 1945 р. І.М. Іщенко - головний хірург Київського військового округу.

Після закінчення війни І.М. Іщенко повертається в Київський медичний інститут і до 1955 р. очолює кафедру загальної хірургії, одночасно залишаючись головним хірургом Київського військового округу. В 1955 р. він був обраний завідуючим кафедрою факультетської хірургії, яку до цього очолювали такі видатні хірурги, як В.О. Караваєв, М.М. Волкович, О.П. Кримов.

В доробку І.М. Іщенка понад 100 наукових праць, серед яких три монографії. Під його керівництвом виконано 25 дисертацій.

Помер І.М. Іщенко 1 вересня 1975 р.

На відповідальних постах головних хірургів ряду фронтів і Чорноморського флоту в роки Великої Вітчизняної війни були професори Григорій Гуревич, Борис Добичін, Іван Житнюк. Армійським хірургом 62-ї (пізніше - 8-ї гвардійської) армії був професор Київського медичного інституту М.С. Коломійченко. Начальник Головного військово-санітарного управління Червоної Армії Ю.І. Смирнов відзначав великі заслуги професора М.С. Коломійченка в організації хірургічної допомоги пораненим у Сталінграді: "Я повинен ще і ще раз підкреслити грамотне у медичному відношенні керівництво служ-

бою з боку начмедарма М.П. Бойка і армійського хірурга М.С. Коломійченка. Вони та їх підлеглі ще під час Сталінградської битви показали зразки мужності, стійкості, відваги і хоробрості, надаючи під вогнем медичну допомогу бійцям легендарної 62-ї армії. Вони пронесли ці традиції до Берлінської операції.

Серед головних терапевтів фронтів чільне місце належить видатному українському вченому, новатору вітчизняної терапії, засновнику великої наукової школи, лауреату Державної премії СРСР, академіку АМН СРСР Володимирові Харитоновичу Василенку.

Він народився 7 червня 1897 р. в Кисві. Медичний факультет Київського університету закінчив у 1922 р. З 1935 по 1941 р. Володимир Харитонович очолював кафедру терапії Київського інституту вдосконалення лікарів. У 1940 р. захистив дисертацію на ступінь доктора медичних наук на тему "Матеріали про обмін речовин при хронічній недостатності кровообігу".

У роки Великої Вітчизняної війни В.Х. Василенко був головним терапевтом Північно-Кавказького, а потім - І-го Українського фронту.

Після закінчення війни і до 1948 р. він очолював кафедру факультетської терапії Львівського медичного інституту, одночасно виконуючи обов'язки головного терапевта Львівського, а потім Прикарпатського військового округу. Починаючи з 1948 р. В.Х. Василенко був завідуючим кафедрою пропедевтики внутрішніх хвороб першого Московського медичного інституту ім. І.М. Сеченова.

В.Х. Василенко - автор понад 150 наукових праць, серед яких 15 монографій. Помер у 1987 р.

Одним із засновників вітчизняної військово-морської терапії був видатний учений, академік АМН СРСР, заслужений діяч науки України, полковник медичної служби М.О. Ясиновський.

Михайло Олександрович народився 13 травня 1899 р. в Одесі. Після закінчення Одеського медичного інституту М.О. Ясиновський майже 40 років працював у терапевтичних клініках рідного інституту, де пройшов шлях від ординатора до завідуючого кафедрою.

У період Великої Вітчизняної війни М.О. Ясиновський був консультантом-терапевтом Кисловодської госпітальної бази і начальником медчастини клінічного госпіталю. З 9 січня 1943 р. і до кінця війни М.О. Ясиновський - головний терапевт Чорноморського флоту.

У науковому доробку М.О. Ясиновського понад 240 робіт, у тому числі 10 монографій і посібників.

Помер М.О. Ясиновський 29 серпня 1972 р. Клініка факультетської терапії Одеського медичного інституту і одна з вулиць Одеси названі його ім'ям.

Головними терапевтами фронтів у грізні роки війни також були академік Борис Євгенович Вотчал, професор Давид Наумович Яновський. В одній з атестацій Б.Є. Вотчала відзначено: "...терапевт тов. Б.Є. Вотчал - лікар високої загальної культури і великих медичних знань, тонкий діагност, досвідчений клініцист, має високі організаторські здібності та великий досвід... Володіє великою працездатністю і педагогічними здібностями. Багато працює над питаннями військово-польової терапії.

Незважаючи на незаперечну роль військових лікарів - вихідців з України в керівництві медичним забезпеченням радянських військ у роки Великої Вітчизняної війни, їх діяльність, на превеликий жаль, до цього часу не знайшла належного відображення в історико-медичній літературі, не стала добре відомою для широких кіл української громадськості. Мета цієї публікації - відновити справедливість і ще раз сказати добре слово про цих людей, які, безсумнівно, мають право на нашу вдячну пам'ять.

Ціна війни (медичний аспект)

Історики на основі вивчення письмових джерел стверджують, що 33 століття тому на Землі відбулася перша війна: єгипетський фараон Рамзес II воював з царем хетів Хатасаром. Незабаром між ними був укладений договір, який встановлював "вічний мир". Але після того на нашій планеті відбулося майже 15 тис. великих і малих воєн, жертвами яких стали майже 4 млрд чол. Таким чином, історію людства можна вважати історією воєн, адже на кожне сторіччя, прожите народами землі, припадає лише тиждень мирного часу [66; 80].

Війни, як правило, починали політики, продовжували армії, а закінчували народи. І чим ширшого розмаху набувала збройна боротьба, тим більше народних мас втягувалося в неї.

За час Першої світової війни було мобілізовано 73 млн чол., а за час Другої світової війни - понад 110 млн чол. При цьому в Другій світовій війні військовослужбовців і цивільних осіб сторін протидоборства загинуло понад 54 млн чол. та близько 300 млн було поранено.

Останні десятиріччя - це період майже безперервних локальних воєн, руйнівний характер яких значно перевищує попередні війни.

Загальна кількість бойових втрат російської армії в період з 1700 до 1918 р. подана в табл. Д. 4.1 [19; 80; 104].

Таблиця Д. 4.1

Бойові втрати російської армії у війнах 1700-1918 рр.

Період, ст.	Втрати, тис. чол.
XVIII	534
XIX	432
Початок XX	4267
ВСЬОГО (за 1700-1918 рр.)	5233

Радянський Союз за 72 роки своєї історії брав участь у багатьох війнах. У табл. Д. 4.2 подано підсумкові дані щодо людських втрат ЗС СРСР у війнах, бойових діях і воєнних конфліктах за період з 1918 до 1989 р. [19].

В усіх цих війнах і збройних конфліктах Російської імперії та СРСР безпосередню і активну участь брали й українці як найбільша

після росіян нація, що входила до складу обох імперій Відомості щодо точних даних з приводу втрат серед українців, які служили в російській і радянській арміях, на сьогодні залишаються фрагментарними і далеко неповними та погребують подальшого вивчення Особливо це стосується втрат українських ЗС періоду 1917-1921 рр [98, 100]

Таблиця Д 4 2

Підсумкові дані про людські втрати ЗС СРСР у війнах, бойових діях та збройних конфліктах (1918-1989 рр.)

Війни, бойові дії, збройні конфлікти	Безповоротні втрати	Санітарні втрати
Громадянська війна (1918-1922 рр)	939755	6791783
Війни в Середній Азії (1923 1931 рр)	626	867
Радянсько-китайський військовий конфлікт (конфлікт на КСЗК ' 1929 р)	187	665
Надання військової допомоги Іспанській республіці (1936 1939 рр) та Китаю (1937-1938 рр)	353	Даних немає
Відбиття японської агресії в районі озера Хасан (1938 р)	989	3279
Бойові дії в районі річки Халхин-Гол (1939 р)	8931	14952
Похід у Західну Україну та Західну Білорусію (1939 р)	1139	2383
Радянсько-фінська війна (1939-1940 рр)	126875	264908
Велика Вітчизняна війна (1941 1945 рр)	8668400	22326905
Війна в Кореї (1950 1953 рр)	299	Даних немає
Події в Угорщині (1956 р)	720	1540
Введення військ до Чехословаччини (1968 р)	96	87
Прикордонні військові конфлікти на Далекому Сході та в Казахстані (1969 р)	60	99
Надання військово технічної допомоги країнам Азії Близького Сходу та Африки (1962 1979 рр)	145	Даних немає
Надання військової допомоги уряду Республіки Афганістан (1979-1989 рр)	14751	469685
Всього	9763326	29878153

Можна, правда, більш-менш точно говорити про втрати серед українців під час ВВВ Так, за даними В Косика та авторів трьохтомної праці "Украинская ССР в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг", вони складають понад 5,5 млн серед цивільного населення та 2,5 млн загиблих на фронті, що разом становить 8 млн загиблих,

тобто 19,0% від усього населення України та 44,0% від загальних втрат СРСР [36, 103]

Таблиця Д 4 3

Порівняльні дані щодо жертв України та інших головних країн (без Росії) у Другій світовій війні

Країна	Число втрат (в тисячах)			% населення
	Військові	Цивільні	Разом	
Україна	2500	5500	8000	19,1
Німеччина	4500	2000	6500	9,1
Польща	123	4877	5000	19,6
Японія	2000	350	2350	3,4
Югославія	300	1400	1700	10,6
Франція	250	350	600	1,5
Іспанія	400	100	500	1,1
Румунія	300	200	500	3,7
Греція	100	350	450	6,2
Угорщина	136	294	430	4,6
Велика Британія	290	60	350	0,7
Чехословаччина	46	294	340	3,0
Австрія	270	104	374	5,6
США	300		300	0,2
Голландія	12	198	210	2,4
Фінляндія	84	16	100	2,7
Бельгія	13	75	88	1,1
Канада	42	-	42	0,4
Болгарія	25	10	35	0,3
Австралія	35		35	0,5

Демографічні втрати України за роки війни ще більші. У січні 1941 р. в Українській РСР проживало 41,9 млн. чоловік, з них 14 млн. - у містах. У 1945 р. в Україні проживало лише 27,4 млн., з них 7,6 млн. - у містах. Отже, загальні демографічні втрати серед українського населення становлять приблизно 14,5 млн. (убиті, померли від хвороб і голоду, евакуйовані, депортовані, мобілізовані, емігранти, втрати у природному прирості) [103]. У табл. Д 4 3 подані дані щодо кількості жертв України та інших країн (без Росії) за роки Другої світової війни [103].

У літературі, що присвячена аналізу медичного забезпечення Радянської Армії в операціях ВВВ, недостатньо висвітлена проблема управління медичною службою. Як стверджують автори монографії [49], серед причин, що пояснюють такий стан, велике значення мала не прийнятна в роки культу особи і застою критична оцінка дій "вищої ланки" керівництва військами, в тому числі й медичною службою. А. Ю. І. Смирнов проблему управління медичним забезпеченням під час

ВВВ у своїй фундаментальній праці "Війна і військова медицина" [93] скромно називає "нагальними організаційно-методичними питаннями".

Одним із показників неефективного управління медичним забезпеченням у цей період, на нашу думку, є дані щодо втрат, яких зазнала медична служба Радянської Армії під час ВВВ. У табл. Д. 4.4 подані показники втрат особового складу медичної служби, отримані за останні роки співробітниками Військово-медичного музею МО Російської Федерації.

Таблиця Д. 4.4

**Втрати медичної служби Радянської Армії у ВВВ
(дані до чисельності медичного складу 29 фронтів
за всі роки війни)**

Категорія медичного складу	Втрати					
	Безповоротні		Санітарні		Загальні, чол.	За категоріями медичного складу, %
	Кількість, чол.	% до загальних втрат	Кількість, чол.	% до загальних втрат		
Лікари	5319	67,3	2584	32,7	7903	3,8
Середній медичний персонал	9198	53,7	7943	46,3	17141	8,0
Санітарні інструктори	22723	38,9	35736	61,1	58459	27,8
Санітарі, санітарні-несії	47553	37,4	79545	62,6	127098	60,4
Всього	84793	40,3	125808	59,7	210601	100,0

Як стверджують автори використаних нами літературних джерел [120-121], загальні втрати серед особового складу медичної служби Радянської Армії в роки ВВВ (210601 чол.) в 10,5 раза перевищують втрати медичної служби США (19898 чол.) за Другу світову війну, а санітарні - в 7,7 раза (відповідно 125808 і 16248).

Як видно з табл. Д. 4.4, 88,2% втрат припадає на рядовий і сержантський склад медичної служби, тобто на її передню ланку, що діяла на полі бою. Ці дані підтверджують думку про те, що були випадки, коли лише протягом одного бою санітарних інструкторів та санітарів міняли тричі у зв'язку з бойовими втратами серед їх попередників. Величезний вплив на величину втрат серед зазначеної категорії особового складу медичної служби справляло й те, що військові медики Радянської Армії в роки війни не користувалися захистом Міжнародних Женевських конвенцій. Хоча саме наші співвітчизник П.А. Загорський ще в 1794-1795 рр. під час бойових дій у Галіччині вперше, за 17 років до Ж.Д. Ларрея (головний хірург Наполеона Бонапарта) та на 70 років випередивши офіційне прийняття Міжнародних

конвенцій про захист жертв війни, пропагував гуманне ставлення до жертв війни і сам надавав медичну допомогу військовослужбовцям противника.

Начальник ГВСУ Ю.І. Смирнов, аналізуючи результати медичного забезпечення радянських військ у першій період війни, виділяє три групи помилок, які відчутно знижували ефективність медичного забезпечення радянських військ.

У першій групі - помилки, пов'язані зі здійсненням стапного лікування з евакуацією за призначенням. Найслабкішою стороною цієї форми медичного забезпечення, як стверджує Ю.І. Смирнов, була багатостадійність. Вона подовжувала терміни лікування поранених і, головне, зменшувала ефективність та своєчасність надання спеціалізованої хірургічної допомоги.

До другої і третьої груп віднесені помилки, пов'язані з керівництвом військово-медичною службою в організації маневру силами, засобами та плануванням медичного забезпечення наступальних операцій.

Але всі зазначені причини неефективності управління медичним забезпеченням пояснюються підпорядкованістю військово-медичної служби.

Як відомо, в роки Великої Вітчизняної війни 1941-1945 рр. медична служба була підпорядкована тилу РСЧА. Досвід показує, що наявність проміжної і такої, що практично нічого не вирішує, ланки (тилу) в системі управління між командуючими (командирами) і медичною службою не сприяє в досягненні успіху.

Саме тому у важкі роки війни, коли медична служба РСЧА була організаційно і матеріально дуже тісно пов'язана з тилом ЗС в єдиній системі постачання і мала надзвичайно обмежені можливості щодо автономної роботи, тодішній начальник ГВСУ Ю.І. Смирнов, розуміючи недосконалість системи управління силами і засобами медичної служби, у 1943 р. запропонував вивести медичну службу з підпорядкування органам управління тилом "...з метою покращення лікувально-евакуаційного забезпечення військ в наступних літніх операціях". Але на відповідний запит секретаря ЦК ВКП (б) А.А. Андреева начальник тилу Червоної Армії А.В. Хрульов відповів, що останнє виключено, адже "...це питання вирішене постановою Державного комітету оборони № 3543 від 9 червня 1943 р. "Про управління Тилом Червоної Армії", і санітарні органи залишилися в системі тилу"⁷¹.

⁷¹ *Циж І.М.* Организационные основы построения современной системы медицинского обеспечения вооруженных сил // Воен.- мед. журн. - 1996. - № 1. - С. 4-20.

Цікавий, на нашу думку, документ у 1992 р. відшукав в архіві Військово-медичного музею МО СРСР викладач кафедри ОТМС ВМедА ім. С.М. Кірова (м. Санкт-Петербург), полковник медичної служби Ю.М. Шевяков і копію якого передав авторові даної монографії. Вважаємо, що повний виклад цього документа мовою та в орфографії оригіналу буде цікавим для тих, хто вивчає історію медичного забезпечення радянських військ у роки Великої Вітчизняної війни 1941-1945 рр. При цьому слід підкреслити, що наказ військам першої гвардійської армії від 22 січня 1945 р. за № 011, а саме про цей документ йде мова, через п'ятдесят сім років відкрито публікується вперше.

Содержание: О привлечении к ответственности медицинских работников 271 СД за преступное отношение к эвакуации раненых из ПМП 867 СП.

18.1.45 г. ст. врач 867 СП майор ТАРАСЕНКО на месте прежней дислокации ПМП в с. БДЖАНЫ оставил 12 человек раненых красноармейцев, не приняв мер к их своевременной эвакуации и обеспечению на месте необходимым врачебным наблюдением и питанием. Раненые были брошены на попечение двух санитаров. Только 20.1. - вечером раненые в тяжелом состоянии были доставлены в ППГ 250 с. ГИРАЛЬГОВЦЕ

В результате преступной бездеятельности, проявленной со стороны ст. врача полка майора м/с ТАРАСЕНКО и ком. санроты ст. лейтенанта м/с ЕРМОЛАЕВА, бросивших раненых без врачебного наблюдения, не принявших мер к своевременной доставке раненых в МСБ, в с. БДЖАНЫ умер раненый красноармеец СЛИЧКО ИВАН ИВАНОВИЧ.

В числе 14 человек, доставленных в госпиталь, три человека поступило с выраженными явлениями газовой инфекции, из них - раненый красноармеец т. АПАТСКИЙ АЛЕКСАНДР АППОЛОНОВИЧ вскоре после операции скончался.

П Р И К А З Ы В А Ю :

1. Начальника санслужбы 271 СД майора м/с СМОЛИНА за слабое руководство санслужбой дивизии, допустившего бесконтрольность за работой ПМП 867 СП, ОТСТРАНИТЬ ОТ ЗАНИМАЕМОЙ ДОЛЖНОСТИ и назначить старшим врачом 867 СП.

2. Командира МСБ 271 СД майора м/с НЕВКИПИЛОГО, не обеспечившего постоянного дежурства транспорта на ПМП 867 СП для вывоза раненых, не проявившего должной заботы по эвакуации раненых с ПМП, АРЕСТОВАТЬ НА 10 СУТОК домашним арестом с удержанием 50 процентов зарплаты за каждый день ареста.

3. Военному прокурору Армии в 3 - дневный срок провести следствие в отношении старшего врача 867 СП майора м/с ТАРАСЕНКО и других для привлечения к суду Военного Трибунала как непосредственных виновников, оставивших раненых без врачебного наблюдения и не принявших мер к их своевременной эвакуации.

4. Обращаю внимание командира 271 СД полковника ХОМИЧ и Начальника Политотдела дивизии полковника ГОРЧАКОВА на плохое внимание и заботу с их стороны о своих бойцах, проливших кровь за Родину.

5 Указать Начальнику Санитарной службы 11 СК гвардии майору м/с МЕТЕЛЬСКОМУ на слабый контроль за работой полковых медицинских пунктов. Требую обратить особое внимание Начальника Санитарного отдела Армии на работу санитарной службы 271 СД и навести должный порядок в обслуживании и эвакуации раненых.

Приказ объявить всему офицерскому составу медицинской службы Армии.

Підписаний цей наказ командувачем 1-ї Гвардійської армії генерал-полковником А.А. Гречком, членом Військової Ради 1-ї Гвардійської армії гвардії полковником Шевяковим та начальником штабу 1-ї Гвардійської армії генерал-лейтенантом Батюнею.

Не станемо коментувати цей документ. Адже накази, як відомо, не обговорюються...

Спеціальні анкети для відбору управлінських кадрів для охорони здоров'я України

Опис типів управління

Оцініть висловлювання, які характеризують тип управління, починаючи з найбільш типового (6) до найменш типового (1) таким чином, щоб вони віддзеркалювали Ваш підхід до процесу управління.

Проранжуйте наступні абзаци у відповідності з тим, наскільки точно вони описують Ваш особистий стиль управління. Ранг 6 відповідає найхарактернішому для Вас опису, 5 - дещо менш характерний і т.д. аж до 1, який є найменш характерним для Вас. Кожна з цифр від 6 до 1 повинна зустрічатися тільки один раз. Збіги не допускаються.

А ___ Я викладаюся рівно настільки, щоб справи йшли нормально. Я оперую фактами, думками і позиціями, які мені повідомляють. Я ні з ким не раджуся. Однак, якщо мене запитують, даю поради іншим. Я уникаю приймати будь-яку сторону, не роблячи свої думки, ставлення та ідеї надбанням інших. Я зберігаю нейтралітет або шукаю спосіб уникнути конфлікту. Хоч би що трапилось, я даю можливість іншим приймати рішення або досягати згоди. Я намагаюся не демонструвати свою реакцію на те, що відбувається.

В ___ Я виступаю ініціатором заходів з надання допомоги й підтримки іншим. Я шукаю факти, думки й переконання, які підтверджують, що все добре. Для збереження загальної гармонії я не схильний кидати виклик іншим. Я беру до уваги думки, ставлення та ідеї інших навіть у тому випадку, якщо ставлюся до них з недовірою. Я уникаю виступати ініціатором конфлікту. Однак, якщо він все ж виникає, намагаюся подавити емоції для того, щоб не викликати роз'єднання людей. Я шукаю такі рішення, які дозволяють зберігати хороші стосунки і, наскільки це можливо, стимулюю інших до прийняття самостійних рішень. Я заохочую співробітників за хороші результати, однак уникаю негативних відгуків.

С ___ Я намагаюся підтримувати постійний темп роботи. Я сприймаю те, що відбувається, більш-менш об'єктивно, а у випадку явних невідповідностей піддаю факти, думки і позиції перевірки. Я не категоричний у висловлюванні своїх думок, ставлень та ідей і намагаюся йти іншим назустріч. При виникненні конфлікту намагаюся зайняти

розумну позицію, яка б задовольняла інших. Я намагаюся знайти рішення, які були б прийнятними для інших. Розглядаючи пропозиції, які потребують доопрацювання, я висловлююся толерантно.

Д ___ Я стимулюю до дій себе та інших. Я аналізую факти, думки і позиції для того, щоб контролювати будь-яку ситуацію та переконатися в тому, що інші не припускаються помилок. Я відстоюю свої переконання, позиції та ідеї навіть у тому випадку, коли це не збігається з точкою зору інших. При виникненні конфлікту я намагаюся припинити його або наполягти на своєму. Я високо ціную можливість приймати рішення і рідко потрапляю під чужий вплив. Я вказую на слабості та невдачі для того, щоб спонукати підлеглих до їх подолання.

Е ___ Я підкреслено лояльно та особливо доброзичливо ставлюся до тих, хто підтримує мої починання. Я перепроверяю дані, які мені повідомляють інші, й захожую їх, якщо мені випадає нагода переконатися в їх правоті. Я дотримуюся стійких переконань, однак даю можливість іншим висловлювати свої думки. При виникненні конфлікту я припиняю його і дякую людям за те, що вони висловили свою точку зору. Останнє слово залишається за мною, і я щиро намагаюся переконатися в тому, що мої рішення сприйняті іншими. Я відкрито висловлюю свою думку і сподіваюся, що її сприймуть підлегли, оскільки це робиться для їх же користі.

Ф ___ Я розвиваю бурхливу діяльність, а інші з ентузіазмом підтримують мене. Я зайнятий пошуком і перевіркою інформації. Я пропоную людям висловлювати думки, позиції та ідеї, які відрізняються від моїх власних і вислуховую їх. Я постійно перевіряю й оцінюю ступінь достовірності відомих мені та іншим фактів, свої та чужі думки і позиції. Я переконаний, що необхідно відкрито висловлювати свої думки й переконання. Я жваво реаую на появу ідей, кращих, ніж мої власні, змінюючи свою думку в цьому питанні. При виникненні конфлікту я намагаюся з'ясувати його причини для того, щоб відкрити глибинні фактори, які призвели до його виникнення. Я дуже високо ціную здібності приймати здорові рішення. Я прагну до розуміння і згоди. Я стимулюю двосторонній обмін думками на користь справі.

Проаналізуйте твердження, які включені в елемент 1 (тобто А, В, С, D, Е, F). Відзначте те з них, яке найбільш точно Вас характеризує. Аналогічним чином проаналізуйте елементи 2, 3, 4, 5 і 6.

* * *

Виберіть по одному твердженню з кожного із шести елементів. Ваш вибір буде характеризувати Вас найбільш повно.

Елемент 1. *Ініціативність*

A _____ Я викладаюся рівно настільки, щоб справи йшли нормально.

B _____ Я виступаю як ініціатор заходів щодо надання допомоги та підтримки іншим.

C _____ Я стараюся підтримувати постійний темп роботи.

D _____ Я стимулюю до дій себе та інших.

E _____ Я підкреслено лояльно та особливо доброзичливо ставлюся до тих, хто підтримує мої починання.

F _____ Я розвиваю бурхливу діяльність, а інші з ентузіазмом підтримують мене.

Елемент 2. *Вміння працювати з інформацією, яка повідомляється підлеглим*

A _____ Я оперую фактами, думками й позиціями, які мені повідомляють.

B _____ Я шукаю факти, думки та позиції, які підтверджують, що все йде добре. Для збереження загальної гармонії я не схильний кидати виклик іншим.

C _____ Я сприймаю те, що відбувається, більш-менш об'єктивно, а у випадку явної невідповідності піддаю факти, думки та позиції перевірі.

D _____ Я аналізую факти, думки та позиції для того, щоб тримати під контролем будь-яку ситуацію і переконатися в тому, що інші не припускаються помилок.

E _____ Я перепроверяю відомості, які мені повідомляють інші, та захожую їх, якщо мені перепадає можливість переконатися в їх правоті.

F _____ Я зайнятий пошуком та перевіркою інформації. Я пропоную людям висловлювати думки, переконання та ідеї, які відрізняються від моїх власних, і вислуховую їх. Я постійно піддаю перевірці та оцінюю ступінь достовірності відомих мені та іншим думок і позицій.

Елемент 3. Пропаганда поглядів (висловлювання переконань)

А _____ Я ні з ким не раджуся, якщо мене просять - даю поради іншим. Я не стаю на будь-яку сторону, не роблю свої думки, переконання та ідеї надбанням інших.

В _____ Я беру до уваги думки, позиції та ідеї інших навіть у тому випадку, якщо ставлося до них з недовірою.

С _____ Я не категоричний у висловлюванні своїх думок, позицій та ідей і намагаюся йти назустріч іншим.

Д _____ Я відстоюю свої переконання, позиції та ідеї навіть у тому випадку, коли доводиться відхилити інші точки зору.

Е _____ Я дотримуюся стійких переконань, однак даю можливість іншим висловлювати свої думки.

Ф _____ Я впевнений, що необхідно відкрито висловлювати свої думки й переконання. Я жваво реауюю на появу ідей, більш вдалих, ніж мої власні, змінюючи думку з цього питання.

Елемент 4. Вирішення конфліктів

А _____ Я зберігаю нейтралітет або намагаюся залишитися осторонь конфлікту.

В _____ Я не виступаю ініціатором конфлікту, однак якщо він усе ж виникає, намагаюся приборкати емоції для того, щоб не роз'єднувати людей.

С _____ У випадку виникнення конфлікту я намагаюся зайняти розумну позицію, яка б задовольняла інших.

Д _____ У випадку виникнення конфлікту я намагаюся припинити його або наполягаю на своєму.

Е _____ У випадку виникнення конфлікту я припиняю його і дякую людям за те, що вони висловили свої думки.

Ф _____ У випадку виникнення конфлікту я намагаюся відкрити глибинні причини, які його викликали.

Елемент 5. Прийняття рішень

А _____ Хоч би що трапилось, я даю можливість іншим приймати рішення або досягати згоди.

В _____ Я шукаю такі рішення, які дозволяють зберегти хороші стосунки, і, наскільки це можливо, стимулюю інших до прийняття самостійних рішень.

С _____ Я намагаюся знайти такі рішення, які були б здійсненними і прийнятними для інших.

D _____ Я високо ціную можливість приймати рішення і рідко потрапляю під чужий вплив.

E _____ Останнє слово залишається за мною. Я щиро намагаюся переконатися в тому, що мої рішення сприйняті іншими.

F _____ Я дуже високо ціную здатність приймати зважені рішення. Я прагну до розуміння і згоди.

Елемент 6. Критика

A _____ Я не схильний демонструвати свою реакцію на те, що відбувається.

B _____ Я захожую співробітників за хороші результати, однак уникаю негативних відгуків.

C _____ Розглядаючи пропозиції, які потребують доопрацювання, я висловлюю свою думку толерантно.

D _____ Я вказую на слабості та невдачі для того, щоб заохотити підлеглих до їх подолання.

E _____ Я відкрито висловлюю свої думки і сподіваюся, що їх правильно сприймуть підлегли, оскільки це робиться для їх же користі.

F _____ Я стимулюю двосторонній обмін думками на користь справи.

Порівняльний аналіз “управлінських цінностей”

Кожен з наступних 60 пунктів супроводжується двома альтернативними відповідями, які віддзеркалюють орієнтацію на різні “управлінські цінності”. Назвіть, якій з альтернатив Ви віддасте перевагу, використовуючи відповідні бали. Деякі з альтернатив можуть здатися Вам однаково привабливими або непривабливими. Просимо вибрати варіант, який більше відповідає Вашому способу мислення в даний момент.

Кожний пункт Ви можете оцінювати, використовуючи 3 бали в будь-якій з перелічених нижче комбінацій.

1	Якщо Ви рішуче віддасте перевагу альтернативі А перед альтернативою В, запишіть 3 на рядку А і 0 на рядку В:	<table border="1"><tr><td>A</td><td>3</td></tr><tr><td>B</td><td>0</td></tr></table>	A	3	B	0
A	3					
B	0					
2	Якщо Ви рішуче віддасте перевагу альтернативі В перед альтернативою А, то запишіть:	<table border="1"><tr><td>A</td><td>0</td></tr><tr><td>B</td><td>3</td></tr></table>	A	0	B	3
A	0					
B	3					
3	Якщо Ви віддасте невелику перевагу альтернативі А перед альтернативою В, то запишіть:	<table border="1"><tr><td>A</td><td>2</td></tr><tr><td>B</td><td>1</td></tr></table>	A	2	B	1
A	2					
B	1					
4	Якщо Ви віддасте незначну перевагу альтернативі В перед альтернативою А, то запишіть:	<table border="1"><tr><td>A</td><td>1</td></tr><tr><td>B</td><td>2</td></tr></table>	A	1	B	2
A	1					
B	2					

* * *

Використовуйте тільки ті комбінації, які наведені у викладених вище прикладах. Намагайтеся співвідносити кожне протиставлення з тим підходом до вирішення проблем управління, який у даний час реалізується Вами і розглядається як найбільш ефективний метод управління.

Зробіть вибір з кожної пари альтернатив

1. Якщо підлеглий не згодний з керівником, то керівник повинен:

А ___ перейти до розгляду наступної позиції для того, щоб підтримати діалог з метою співробітництва.

В ___ простежити, щоб підлеглий виконав наказ.

2. Якщо керівник планує будь-який захід, спираючись на ідеї, висунуті підлеглими, керівник повинен включити в план:

А ___ пропозиції, які він вважає прийнятними, не забуваючи, однак, подякувати всім, хто подав свої думки з цього приводу.

В ___ усі пропозиції, дещо модифікувавши їх, незалежно від того, хороші вони чи погані.

3. Якщо підлеглий подає ідею, яка йде врозріз з переконанням керівника, то керівник повинен:

А ___ вислухати її, але наполягати на своїх переконаннях.

В ___ дати зрозуміти підлеглому, що в разі потреби його ідеям буде надана підтримка.

4. Якщо у підлеглого при виконанні робочого завдання виникнуть труднощі, то керівник повинен:

А ___ підтримати і схвалити роботу підлеглого; підлеглий повинен знати, що на керівника можна покластися.

В ___ опрацювати проблему з підлеглим для того, щоб дійти єдиної думки з даного питання, скоректувати й усунути всі складнощі на майбутнє.

5. Найкращих результатів досягає той керівник, який говорить підлеглим, чого він від них очікує:

А ___ і підтримує того, хто сказав.

В ___ однак розуміє, що люди є люди, а тому вони не зможуть повністю виправдати його очікування.

6. Для того, щоб не вийти за рамки бюджету, керівник повинен:

А ___ намагатися підтримувати баланс між прагненням до мінімізації витрат і задоволенням очікувань підлеглих.

В ___ постійно нагадувати підлеглим про завдання мінімізації і дякувати їм за поступливість.

7. При виникненні розбіжностей між керівником і підлеглим керівник повинен:

А ___ не намагатися вирішити конфлікт з позицій сили, тому що він переросте в кризу.

В ___ винести конфлікт на загальний розгляд і намагатися вирішити проблеми, які виникли у підлеглому для того, щоб досягти взаєморозуміння і згоди.

8. Керівник, який дійсно допомагає людям, плануючи роботу:

А ___ характеризує підлеглим загальну картину, таким чином стимулюючи їх вирішувати поставлене перед ними завдання найбільш зручним для них способом.

В ___ перевіряє, як працює кожен з підлеглих, і отримує у процесі перевірки ідеї, які в узагальненому вигляді будуть включені до плану.

9. У процесі планування керівник повинен:

А ___ затвердити план, доклавши зусиль, спрямованих на те, щоб сформувані у підлеглих позитивне ставлення до цього плану.

В ___ стимулювати співпрацю підлеглих з метою затвердження плану, який забезпечує виконання робіт на рівні, що не суперечить добрій волі всіх підлеглих.

10. Коли люди висувають свої ідеї, то керівник повинен:

А ___ вислухати їх, але наполягати на своїх переконаннях.

В ___ дати зрозуміти підлеглим, що в разі потреби їх ідеї дістануть підтримку.

11. Для того, щоб проявити себе якнайкраще під час доповіді керівникові, підлеглий повинен сповістити йому:

А ___ факти, які характеризують проблему в усій її повноті, незалежно від того, добре чи погано йдуть справи.

В ___ тільки ті факти, які характеризують відхилення ситуації від норми і потребують безпосереднього втручання керівника.

12. Керівник повинен здійснювати контроль таким чином, щоб:

А ___ підлеглі працювали більш або менш самостійно, за винятком тих випадків, коли хронічна проблема переростає в кризу.

В ___ підлеглі докладно доповідали про виконану роботу і заохочувалися за прагнення до співробітництва.

13. Продуктивність повинна бути:

А ___ високою навіть у тому випадку, якщо це передбачає посилення вимог до підлеглих.

В ___ такою, щоб не допускати перебоїв у роботі.

14. Якщо підлеглий не погоджується з керівником, то керівник повинен вислухати його з тим, щоб:

А ___ з'ясувати проблеми, з яких їх думки збігаються або не збігаються; потім досягти розумної згоди з підлеглим з тією метою, щоб накреслити оптимальний курс для досягнення поставленої мети.

В ___ з'ясувати проблеми, з яких їх думки не збігаються, і шляхом роз'яснень переконати підлеглого в доцільності підходу для досягнення мети, вибраної керівником.

15. Для того, щоб здобути авторитет, керівник повинен:

А ___ бути прямим, але не прямолінійним, уміти переконувати всіх, хто сумнівається, що вищі ешелони управління все вже продумали і знають, яке рішення принесе найбільшу користь організації.

В ___ залучати до прийняття рішень співробітників, діяльність яких може впливати на процес його реалізації або якість досягнутих результатів.

16. Керівник може уникнути неприємностей:

А ___ прийнявши без коментарів темп роботи, який його підлеглі встановили для себе.

В ___ запропонувавши підлеглим встановити для себе такий темп роботи, який буде формувати в них позитивне ставлення до роботи.

17. Для того, щоб зусилля давали оптимальні результати, необхідно, щоб важливі рішення приймалися:

А ___ в колективі, сформованому з керівника і підлеглих, що забезпечує можливість координації зусиль.

В ___ на базі особистих контактів між керівником і підлеглим, що забезпечує їх ефективність і можливість контролю.

18. Даючи підлеглому спеціальне завдання, керівник повинен:

А ___ охарактеризувати роботу, яку необхідно виконати за встановленим графіком, не допускати відхилень від графіка і не приймати жодних відмов.

В ___ розбити завдання на кілька етапів, щоб можна було стежити за ходом його виконання і заохочувати підлеглого за успіхи, а також у разі потреби вносити корективи.

19. При виникненні конфлікту керівник повинен:

А ___ запропонувати допомогу для того, щоб зняти "вибухонебезпечну" напруженість.

В ___ по можливості не втручатися в нього.

20. Якщо передбачається приступити до реалізації нового проекту, керівник повинен:

А ___ накопичувати відповідну інформацію та ідеї, висунуті тими, хто буде займатися реалізацією проекту.

В ___ проаналізувавши факти та оцінивши рекомендації підлеглих, винести своє рішення на суд підлеглих для того, щоб здобути таким чином підтримку і показати підлеглим, що їх ідеї взяті до уваги.

21. Оцінюючи результати роботи підлеглих, керівник повинен:

А ___ постійно контролювати підлеглих з позиції охорони їх інтересів з тим, щоб допомогти їм уникнути повторення помилок.

В ___ заохочувати за добрі результати, утримуючись, однак, від деморалізуючої критики.

22. Після виконання складного завдання керівник повинен:

А ___ допускаючи деякі поблажки для розрядки напруженості, яка може виникнути, показати підлеглим, що їх зусилля не залишилися непоміченими.

В ___ скласти план виконання наступного завдання і залучити до його виконання людей, коли вони впораються з попереднім завданням.

23. Що робити з пропозиціями, висунутими Вашими підлеглими?

А ___ уникати давати якісь - як позитивні, так і негативні - коментарі до того часу, поки з цього приводу не висловиться Ваш керівник, потім передати його коментарі Вашому підлеглому.

В ___ доброзичливо вислухати їх і передати своєму керівникові ті пропозиції, які не викликають серйозних заперечень; усе інше притримати.

24. Спілкуючись з підлеглими, керівник повинен:

А ___ стежити за тим, щоб офіційна інформація проходила офіційними каналами, і використовувати неофіційні канали для повідомлення інформації, яка має неофіційний характер.

В ___ передавати офіційними каналами інформацію, що становить інтерес для всіх без винятку, а для передачі всього іншого використовувати неофіційні канали.

25. Плануючи роботу, керівник повинен залучати до неї людей, яких ці плани стосуються:

А ___ але дозволяти їм підключатися до неї відповідно до їх власного плану, оскільки так зручніше.

В ___ і разом з ними працювати до того часу, поки не буде складений оптимальний план.

26. Якщо у керівника і підлеглого виникають розбіжності з приводу будь-якого рішення, то керівник повинен:

А ___ пояснити причини, з яких приймається дане рішення, і наполягати на ньому, висловивши при цьому своє співчуття підлеглому.

В ___ повідомити підлеглому, що рішення залишається в силі.

27. Якщо керівник не в змозі “побороти” незгоду підлеглого з рішенням, то він повинен:

А ___ припинити дискусію.

В ___ прийняти рішення і дати зрозуміти підлеглому, що його згода з ним буде належним чином оцінена.

28. Ефективним чином скоординувати роботу підлеглих можна:

А ___ активно залучаючи їх до вирішення проблем, які виникають під час роботи.

В ___ повідомляючи їх, що окремі співробітники вже виконали завдання.

29. Оцінюючи результати праці підлеглого, керівник повинен усвідомлювати, що:

А ___ підлеглому важливо знати, чи він користується певною вагою в організації.

В ___ оскільки здебільшого ситуації, пов'язані з офіційним визнанням, можуть викликати сильні емоції, то досвід роботи є найкращим вчителем у плані підвищення результативності роботи.

30. Проводячи збори, керівник повинен:

А ___ вислуховувати підлеглих для того, щоб заручитися їх підтримкою, але право остаточного рішення залишати за собою.

В ___ прагнути до того, щоб рішення, які приймаються, базувалися на взаєморозумінні.

31. Залишаючись тими, хто вони є насправді, люди однак:

А ___ працюватимуть краще, якщо керівник буде турбуватися про їх емоційний стан, схвалюючи їх дії і створюючи доброзичливу атмосферу.

В ___ намагатимуться працювати краще, якщо їх будуть стимулювати до цього, враховуючи всі задіяні фактори.

32. Якщо між підлеглими виник конфлікт, керівник повинен:

А ___ поговорити з кожним окремо для того, щоб розібратися у фактах, і запропонувати рішення, яке влаштовуватиме всіх.

В ___ зберігати нейтралітет, оскільки люди, як правило, виступають проти того, хто втручається в конфлікт.

33. Працюючи з постачальниками або замовниками, керівник повинен:

А ___ висловлювати вдячність за послуги, уникаючи оголошення інформації, яка стосується внутрішніх справ організації.

В ___ основну увагу приділяти висвітленню сильних сторін свого підприємства, применшуючи його недоліки.

34. У випадку виникнення перебоїв у реалізації ділової політики фірми керівник повинен:

А ___ чітко і швидко вжити заходів для виправлення ситуації та простежити за тим, щоб аналогічні ситуації не виникали.

В ___ простежити за розвитком подій: найефективніший спосіб навчання - навчання на власних помилках.

35. При проведенні нарад з підлеглими основною метою керівника є:

А ___ формулювання мети та завдань, визначення загального характеру роботи і прийняття рішень щодо способів і методів виконання завдань.

В ___ надання підлеглим можливості брати участь в управлінні, вносити пропозиції паралельно з формуванням у них впевненості в тому,

що завданням керівника є врівноваження тиску, який чинять на робочий колектив.

36. Стикаючись із скаргами, які виходять ззовні його підрозділу, керівник повинен:

А ___ запевнити в тому, що проблема має не надто серйозний характер і може бути успішно вирішена.

В ___ здійснити коригуючі впливи всередині підрозділу, однак показати ситуацію в найбільш вигідному вигляді як усередині, так і поза межами підрозділу.

37. Плануючи роботу, керівник повинен:

А ___ охарактеризувати кожному підлеглому коло його обов'язків і розповісти, яким чином слід виконувати робоче завдання.

В ___ провести бесіду про роботу з кожним підлеглим і надати їм можливість виконувати її так, як це їм вигідно.

38. Оцінюючи результати індивідуальної діяльності, керівник повинен:

А ___ дати зрозуміти підлеглому, що його зусилля щодо задоволення висунутих до нього вимог належним чином оцінені, і переконатися в тому, що підлеглий усвідомлює, чого від нього очікують у майбутньому.

В ___ провести процедуру спокійно, навіть буднічно, обговорюючи супутні проблеми.

39. Керівник повинен:

А ___ усвідомити, що люди не хочуть працювати надто інтенсивно, а намагаються викладатися рівно настільки, щоб усе йшло нормально.

В ___ добитися високої продуктивності, роблячи працю підлеглих осмисленою.

40. Цілі повинні висуватися:

А ___ не надто високі, але й не занижені, оскільки саме в цьому випадку підлегли усвідомлюють їх справедливість.

В ___ саме на такому рівні, на якому підлеглий буде із задоволенням прагнути їх досягти

41. Щоб не змінювати свої рішення, керівник повинен приймати їх:

А ___ на основі роздумів, з урахуванням доступної інформації для того, щоб не виникало потреби змінювати їх у випадку спротиву їм з боку підлеглих.

В ___ дотримуючись лінії, яку проводить начальник, щоб у разі відмови підлеглого виконувати рішення не виникало сумнівів у тому, що він має рацію.

42. Накладаючи дисциплінарні стягнення, керівник повинен:

А ___ вести себе дипломатично, звертаючи увагу підлеглого на його переваги.

В ___ демонструвати своє розчарування, стежити за тим, щоб підлеглий відновив лояльне ставлення до роботи і з новими силами взявся за неї.

43. Оцінюючи результати діяльності підлеглого, керівник повинен:

А ___ зважено ставитися до недоліків і переваг підлеглого, вказуючи на слабкі місця, які потребують доопрацювання, і визнавати його успіхи.

В ___ переконатися в тому, що підлеглий розуміє, наскільки його робота ціниться, виходячи з фактів, які віддзеркалюють причини успіхів і недоліків, а потім спільно накреслити план заходів щодо підвищення віддачі від праці.

44. Стежачи за успіхами підлеглого в роботі, керівник повинен:

А ___ залишити його сам на сам; при виникненні труднощів керівник дізнається про це офіційними каналами.

В ___ постійно цікавитися тим, як ідуть справи, за допомогою особистих контактів переконатися в тому, що підлеглі знають, - керівник бере в них участь і зацікавлений в їх благополуччі.

45. Уводячи підлеглого в курс справ, які є для нього новими, керівник повинен:

А ___ проілюструвати підлеглого - що, коли і як слід зробити, з численними схвальними коментарями і позитивними оцінками перспектив швидкого навчання.

В ___ опрацювати завдання з підлеглим з метою спільної оцінки очікуваної віддачі, принагідно підтримуючи ініціативу підлеглого і знайомлячи його з ідеєю критики як мірила успіху.

46. Єдиний метод домогтися результатів від підлеглих - це поставити перед ними мету:

А ___ і звернутися до них по допомогу, якщо ця мета не досягнута.

В ___ з самого початку переконатися в тому, що вони не підведуть і виправдають його очікування.

47. Після того, як робота завершена, керівник повинен обговорити її з виконавцями:

А ___ з метою підвищення їх професійного рівня, вказуючи на вдалі рішення, які були прийняті колективом, а також аналізуючи помилки і вносячи пропозиції, що стосуються їх виправлення; окремих виконавців необхідно стимулювати до внесення пропозицій щодо вдосконалення виробництва.

В ___ щоб ознайомитися з ходом робіт, відзначити групу або окремих працівників за значний внесок у справу.

48. У разі виникнення труднощів при координуванні діяльності підрозділів керівник повинен:

А ___ урегулювати питання, використовуючи офіційні канали.

В ___ знайти основу для співробітництва таким чином, щоб це задовольняло всі зацікавлені сторони.

49. Якщо керівник побачить, що підлеглі йдуть з роботи раніше, то найкращим виходом буде:

А ___ згадати, що передусім мають бути хороші стосунки і не робити з цього проблеми.

В ___ попросити кожного зокрема, щоб вони намагалися затриматись на роботі ще трохи.

50. Збирати підлеглих разом корисно, якщо такі зустрічі використовуються для того, щоб:

А ___ отримати інформацію для прийняття оптимального рішення стосовно методу виконання робіт.

В ___ повідомити рішення, яке стосується ходу виконання робіт.

51. Здійснюючи зміни в апараті, керівник повинен:

А ___ переконати співробітників у необхідності беззастережно підтримати ці зміни, вказавши на переваги, які приносить підприємству атмосфера співробітництва.

В ___ продемонструвати, як високо він цінує підтримку, що надається його починанням, і як він цінує співробітників, котрих можуть торкнутися зміни.

52. Якщо підлеглий відмовляється виконувати завдання за прийнятою методикою, керівник повинен:

А ___ зачекати деякий час, нічого не робити, сподіваючись, що підлеглий піде на поступки, оскільки люди здебільшого роблять те, чого від них очікують.

В ___ дати зрозуміти підлеглому, що правила встановлюються для загальної вигоди, і вимагати поступок від підлеглого заради спільного блага.

53. Керівник повинен нести відповідальність за:

А ___ підтримку у підлеглих позитивного ставлення до роботи, оскільки це позначиться на продуктивності.

В ___ забезпечення найвищої продуктивності, оскільки люди на це відреагують належним чином.

54. При виникненні конфлікту між підлеглими керівник повинен:

А ___ не займати позицію, яка може поглибити конфлікт.

В ___ “закрити” конфлікт, подякувавши підлеглим за те, що вони висловили свою точку зору.

55. Після того, як план роботи складений, керівник повинен:

А ___ слідкувати за виконанням основних пунктів і при потребі внесення змін приймати рішення про це спільно з основними виконавцями.

В ___ надати підлеглим можливість виявити ініціативу, оскільки це дозволить з’ясувати важливі проблеми.

56. Поставши перед проблемою, керівник повинен:

А ___ проаналізувати, яким чином вирішувалися аналогічні проблеми, і вчинити у відповідності з прецедентом.

В ___ залучити свої аналітичні можливості, щоб самому вирішити, що слід робити.

57. Плануючи трудову діяльність, керівник повинен:

А ___ залучати підлеглих до попереднього вивчення плану для того, щоб у них був час прийняти запропонований стиль роботи.

В ___ врахувати максимальну кількість пропозицій, висунутих підлеглими, залишивши незмінним стиль роботи, прийнятий за основу.

58. Керівник може зменшити опір змінам:

А ___ розкриваючи людям їх позитивні аспекти.

В ___ використовуючи для їх здійснення зручний момент, коли це не порушує встановленого порядку.

59. У випадку виникнення розбіжностей між керівником і підлеглим:

А ___ вони повинні відкрито обговорити причину розбіжностей і вирішити їх.

В ___ за керівником повинно залишатися останнє слово.

60. Здійснюючи необхідні зміни, керівнику бажано:

А ___ переконатися в тому, що підлегли розуміють суть змін і те, як вони позначаться на них, і будуть працювати, незважаючи на внутрішній опір.

В ___ попередньо описати характер змін і пояснити підлеглим, яким чином їх підтримка піде на користь усім зацікавленим особам.

* * *

Кількість балів, які Ви поставите проти позицій А і В під кожним із 60 пунктів, у сумі має давати 3. Відповівши на запитання тесту, Ви переконаєтеся в тому, що використовували тільки цифри 0, 1, 2 або 3.

Ваші відповіді повинні бути продубльовані у формулярі 1.

Оцінка рівня організаційної культури

Наведені нижче позиції дозволять порівняти методи роботи, які є основою для досягнення найкращих результатів, з методами, характерними для Вашої організації.

Посада, яку Ви обіймаєте, і масштаб організації визначатиме Вашу точку зору на організаційну структуру. Присвоюючи порядковий номер альтернативам, оцініть той компонент організаційної структури, з яким Вам доводилося стикатися і про який Ви маєте уявлення.

Етап 1. Оцінка оптимального рівня організаційної культури

Спочатку необхідно присвоїти пропонованим позиціям ранги таким чином, щоб уявити картину, яка відповідає оптимальній організаційній структурі.

Розглянемо шість альтернатив, які включені в кожну позицію. Зліва від кожної позиції поставте 6 проти тієї альтернативи, яка відповідає оптимальному рівню управління організацією. Поставте 5

навпроти тієї альтернативи, яка за перевагою йде за попередньою і може використовуватися як запасний варіант, тобто тоді, коли оптимально альтернатива недосяжна. Поставте 4 проти тієї альтернативи, яка буде на третьому місці, 2 - проти альтернативи, яка посідає п'яте місце, і 1 - проти тієї альтернативи, яка буде найменш характерною для оптимального управління організацією. Однакові оцінки різних альтернатив не допускаються.

Етап 2. Оцінка фактичного рівня організаційної культури

Тепер присвойте порядкові номери альтернативам, щоб охарактеризувати фактичну роботу Вашої організації з точки зору того, як ідуть справи на даний момент, а не з точки зору того, краще чи гірше вони йдуть порівняно з минулим. Проставте присвоєні альтернативам ранги праворуч. Оцінюйте альтернативи з огляду на найбільш характерні для Вашої організації, типові, повсякденні операції, а не на реакцію на одну або кілька специфічних криз, незвичних навантажень або виняткових подій. Кризи або виняткові події можуть слугувати ключем для визначення запасного типу управління.

Ви можете запропонувати й інші параметри, за якими можна було б оцінити Вашу організацію. Однак Вам необхідно зробити вибір з наявних альтернатив і присвоїти їм ранг таким чином, щоб він відображав ступінь типовості характеристик організаційної культури, властивої Вашому підприємству, в порядку зменшення від найбільш (6) до найменш (1) типової.

Збіг оцінок не допускається.

1. Авторитет керівника

Оптимальний рівень		Фактичний рівень
A ____	Накази віддаються підлеглим без наступного контролю за їх виконанням	A ____
B ____	Подвала і схвальні коментарі є основним методом управління. Від стигівень і доган слід по можливості утримуватися	B ____
C ____	Особи, які займають більш високе службове становище, знають, що принесе найбільшу вигоду організації, а підлегли повинні з розумінням ставитися до їх починань	C ____
D ____	Необхідність використовувати авторитет і проявляти свою владу є суто номінальною, оскільки люди поділяють думки керівництва про те, що необхідно зробити, і готові докладати необхідних зусиль	D ____
E ____	Управління здійснюється через накази і постанови при повідомленні мінімуму інформації для їх обґрунтування; від підлеглих очікують повного підпорядкування	E ____
F ____	Доброзичлива атмосфера взаємних поступок забезпечує керівництву симпатії підлеглих	F ____

2. Цілі, що ставляться перед підлеглими

Оптимальний рівень		Фактичний рівень
A ___	Керівник шире намагається переконатися в тому, що підлеглі розуміють цілі, які ставляться перед ними	A ___
B ___	Цілі, що ставляться, базуються на прогнозах або на екстраполяції досягнутих у минулому результатів, або ставляться у відповідь на очікувані зміни	B ___
C ___	Цілі "спускаються" згори, причому власне виконавці мають дуже обмежену можливість їх перегляду, опитки або висунення пропозицій, що стосуються зміни або коригуючих дій	C ___
D ___	Довготермінові цілі відсутні і діяльність підлеглих зводиться до виконання одного завдання в кожній конкретній моменті	D ___
E ___	Цілі обговорюються, але це мало впливає на діяльність людей, найважливіше вважається завоювати або зберегти схвалення інших	E ___
F ___	Співробітники залучаються до вироблення, перегляду й оцінки тих цілей, на досягнення яких їх робота може вичинити	F ___

3. Зв'язок з підлеглими

Оптимальний рівень		Фактичний рівень
A ___	Зв'язок має односторонній характер і зводиться в основному до повідомлення того, що відлеглим необхідно знати, зворотний зв'язок з підлеглими або іншими людьми майже не потрібен	A ___
B ___	Підлеглі спускаються з керівництвом за допомогою "методу донесень"; глибоке обговорення виробничої діяльності майже відсутнє	B ___
C ___	Підлеглі добре інформовані і беруть участь в аналізі проблем і прийнятті рішень; необхідна інформація циркулює від керівника до підлеглих, від підлеглих до керівника і між підлеглими	C ___
D ___	Підлеглі схиляються за тим, щоб те, що вони говорять, не суперечило очікуванню керівника організації. Негагані емоції проявляються у вигляді інсинуацій і пліток	D ___
E ___	Світські розмови на теми, які не мають відношення до роботи, є типовими в робочий час; робочі проблеми обговорюються в другу чергу	E ___
F ___	Робочі завдання видаються підлеглим у такій формі, щоб заохочувати їх мовчазну згоду	F ___

4. Вирішення конфліктів

Оптимальний рівень		Фактичний рівень
A ___	Розглядом конфліктів приділяється значна увага, оскільки від підлеглих очікують не тільки слухняності, але й лояльності	A ___
B ___	Люди відчувають, коли вони зайшли надто далеко, і готові відступити, настільки це необхідно, для того щоб піти назустріч одне одному	B ___
C ___	Службове становище використовується для того, щоб припинити конфлікт і вирішити, яку з точок зору обрати	C ___
D ___	Конфлікт вирішується за допомогою поступок, спроб знайти позитивний вклад з ситуації	D ___
E ___	Люди уникають займати позицію, яка веде до конфлікту, або втручати в конфлікт, що наразі	E ___
F ___	Чітко формулюються пункти, що породили суперечності, і розкриваються причини останніх, передбачаючи їх усунення	F ___

5. Координація роботи компонентів системи

Оптимальний рівень		Фактичний рівень
A ___	Основи співробітництва складають традиції прецедент і особистість, а не характер завдань як необхідно виконати	A ___
B ___	Координація здійснюється в основному через ланцюг команд	B ___
C ___	Часті та дружні контакти між людьми приводять до того, що кожний знає, на чю допомогу і на допомогу якого роду можна розраховувати	C ___
D ___	Координація здійснюється згорі однак докладають певних зусиль, щоб переконатися, що трудові угоди приймаються тими на кого вони поширюються	D ___
E ___	Координація між компонентами організації зводиться до мінімуму	E ___
F ___	Координація залежить від характеру виробничих завдань і здійснюється таким чином, щоб досягти максимуму ефективності співробітництва	F ___

6. Критика

Оптимальний рівень		Фактичний рівень
A ___	Критика результатів роботи здійснюється з метою перегляду й удосконалення методів управління	A ___
B ___	Критичні зауваження, висловлені в процесі контролю результатів роботи, дозволяють розкрити й оцінити "слабкі" сторони та упущення, плануються досягти прийнятних результатів як рідко обговорюються	B ___
C ___	Критика майже не приносить користі	C ___
D ___	Людей спонукають працювати з усіх сил і хвалять їх за це, однак невдачі рідко обговорюються	D ___
E ___	За хороші результати належить винагорода, за погані стягнення	E ___
F ___	Здійняти перевірку на неофіційному рівні, потім дайте людям можливість розібратися в їх напружених відносинах, однак це не повинно мати для них ніяких наслідків у майбутньому	F ___

7. Відданість організації

Оптимальний рівень		Фактичний рівень
A ___	Позитивні емоції з приводу свого підприємства виходять від задоволення людини тим, що у неї є робота	A ___
B ___	Поряд з особистою відданістю, в основі якої лежить сприйняття цілей організації, люди відчувають мовчазне несприхеття за відсутності можливості залишити її	B ___
C ___	Люди знають, що коли вони будуть сумлінно ставитися до виконання своїх обов'язків, то організація про них потурбується	C ___
D ___	Відчуття задоволення виникає у людей від усвідомлення того, що вони роблять посильний внесок у розвиток організації	D ___
E ___	Люди не йдуть з організації, оскільки вважають, що краще і менш боляче буде залишитися	E ___
F ___	В основі відданості організації лежить висновок про те, що бути членом "хорошої" організації престижно	F ___

8. Продуктивність

Оптимальний рівень		Фактичний рівень
A	Навіть співробітники, які не працюють з повною віддачею, зберігають за собою робочі місця (або переводяться на інші посади в межах організації) з метою уникнення незапланованих настроїв	A
B	Передбачається, що люди будуть працювати з більшою віддачею, і ті, хто відповідає вимогам, які висуваються, заохочуються	B
C	Підтримується належний рівень продуктивності, для досягнення якого не потрібно людей невинувато навантажувати	C
D	Більш або менш постійно на людей чиниться тиск з метою підвищення продуктивності їх праці	D
E	Люди особисто зацікавлені в тому щоб працювати з більшою віддачею	E
F	Звичною є практика мінімальних зусиль	F

9. Прагнення до скорочення витрат виробництва

Оптимальний рівень		Фактичний рівень
A	Людей примушують дяти таким чином що їх рішення і дії відштовхують на <u>собівартість продукції</u>	A
B	Є небагато доказів свідомого прагнення до зниження витрат виробництва	B
C	Прагнення створити дружню атмосферу переважає над прагненням знизити витрати виробництва	C
D	Люди виражають питання про те, як знизити витрати виробництва на їх ділянці. Прагнення до мінімізації витрат виробництва - це спосіб вижити	D
E	У прагненні до скорочення витрат виробництва організація справляє певний тиск на працюючих, який, однак, зрівноважується турботою про створення для них певних зручностей	E
F	Проблеми скорочення витрат виробництва приділяється велика увага, а люди, які досягають успіхів на цій ділянці, заохочуються	F

10. Творчий потенціал

Оптимальний рівень		Фактичний рівень
A	Творчий підхід і прагнення до інновацій заохочуються в атмосфері відкритості й готовності до експерименту	A
B	Навіть при отриманні позитивної оцінки нові методи особливо не схвалюються	B
C	Нові ідеї вважаються прийнятними в тому випадку, коли вони відображають думку більшості і слугують продовженням те вдосконаленням варіантом політики, процедур і методів, які реалізуються організацією	C
D	Ідеї сприймаються прихильно однак з малою ймовірністю їх реалізації	D
E	Нові ідеї, методи або нові підходи рідко реалізуються	E
F	Пропозиції як ідеї нові ідеї, зустрічають спротив, який можна подолати лише в результаті наполегливих зусиль	F

**Порівняльний аналіз управлінських цінностей
(етап попередньої підготовки)**

	9,9	9+9	9,1	5,5	1,9	1,1
1.			B		A	
2.				A	B	
3.		A	B			
4.	B				A	
5.			A	B		
6.		B		A		
7.	B					A
8.				B	A	
9.		A			B	
10.			A			B
11.	A		B			
12.		B				A
13.			A			B
14.	A			B		
15.	B	A				
16.					B	A
17.	A		B			
18.		B	A			
19.					A	B
20.	A			B		
21.		A			B	
22.			B		A	
23.				B		A
24.		B		A		
25.	B					A
26.			B	A		
27.		B				A
28.	A				B	
29.					A	B
30.	B	A				

=90

Загальна сума балів
по кожному стовпчику

	9,9	9+9	9,1	5,5	1,9	1,1
31.	B				A	
32.				A		B
33.		A	B			
34.			A			B
35.	A			B		
36.		B			A	
37.			A		B	
38.		B				A
39.		A				B
40.				A	B	
41.			A			B
42.		B		A		
43.	B			A		
44.					B	A
45.	B	A				
46.			B	A		
47.	A				B	
48.		B	A			
49.				B	A	
50.	A		B			
51.		A			B	
52.				B		A
53.			B		A	
54.		B				A
55.	A					B
56.			B	A		
57.		A		B		
58.					A	B
59.	A		B			
60.	A	B				

=90

=180

Оптимальний рівень організаційної культури

	9,9	9+9	9,1	5,5	1,9	1,1
1.	D__	C__	B__	F__	B__	A__
2.	F__	A__	C__	B__	E__	D__
3.	C__	F__	A__	D__	E__	B__
4.	F__	A__	C__	B__	D__	E__
5.	F__	D__	B__	A__	C__	E__
6.	A__	E__	B__	F__	D__	C__
7.	D__	C__	B__	F__	A__	E__
8.	E__	B__	D__	C__	A__	F__
9.	D__	F__	A__	E__	C__	B__
10.	A__	B__	F__	C__	D__	E__

=210

Фактичний рівень організаційної культури

	9,9	9+9	91	55	1,9	11
1	D__	C__	E__	F__	B__	A__
2	F__	A__	C__	B__	E__	D__
3	C__	F__	A__	D__	E__	B__
4	F__	A__	C__	B__	D__	E__
5	F__	D__	B__	A__	C__	E__
6	A__	E__	B__	F__	D__	C__
7	D__	C__	B__	F__	A__	E__
8	B__	B__	D__	C__	A__	F__
9	D__	F__	A__	B__	C__	B__
10.	A__	B__	F__	C__	D__	E__

=210

--	--	--	--	--	--	--	--

Організаційно-функціональні цикли (стадії) розвитку систем [21]

Життєдіяльність будь-якої керованої системи проходить низку циклів або стадій, кожна з яких має свої особливості.

“Народження” (організації) - пов’язане з цільовим призначенням системи щодо задоволення попиту населення, зокрема, в медичній допомозі. Тоді потрібні такі якості, як віра в успіх, готовність до ризику, велика працездатність і т.д., що характерні для цього періоду, потрібні сміливі і підприємливі люди.

“Дитинство” - вік небезпечний. Це період незрівнянного, у зіставленні з наявним управлінським потенціалом і можливостями, росту системи. Головною метою і завданнями на цій стадії є досягнення хоча б короткотермінового успіху і забезпечення зростання системи, тобто збалансування її діяльності.

“Юність”. У цей період розвитку системи ризик замінюється розрахунком, пошуком, зваженістю варіантів рішень. В апараті управління з’являються нові спеціалісти з вузькоспеціалізованими знаннями: юрист, психолог-соціолог, методист, інженер-програміст тощо.

Спостерігається метаморфоза в управлінні (керівництві), коли розпорядження та дії з важливих питань від першої особи, тобто індивідуальні, відступають на другий план, а на перший виходять колективні обговорення проблем і спільний пошук рішень.

У зв’язку з цим доцільно буде нагадати про **“Ефект Рінгельмана”** та його роль у прийнятті рішень⁷².

При підготовці і прийнятті рішень, особливо коли в їх ухваленні беруть участь кілька осіб (група людей), обов’язково слід враховувати можливу дію **“Ефекту Рінгельмана”**.

Суть останнього, згідно з твердженням проф. В. Троя і Є. Нужного, полягає в наступному. В міру збільшення кількості членів у групі встановлюється досить статична математична залежність між кількістю працюючих і кількістю виконаної кожним із членів групи роботи: $R = 100 - 7(n - 1)$, де R - середній груповий результат у відсотках від ідеального, що дорівнює 100%; n - кількість членів групи, згідно з якою груповий внесок при спільній роботі не збігається з сумою

⁷² Радши Я Ф. Основи менеджменту: методичні рекомендації та курс лекцій - К., 1997. - С 55.

середніх внесків окремих членів групи. Так, якщо вважати внесок одного індивіда при вирішенні якоїсь проблеми за 100%, то при вирішенні цієї самої проблеми групою з 5 осіб внесок кожного становитиме тільки $R = 100 - 7(5 - 1) = 72\%$ від своїх можливостей, а коли членів групи буде 15, то $R = 100 - 7(15 - 1) = 2\%$!

Наука про групи та колективи, яка до цього часу була статичною і майже завершеною, неспроможна відповісти на просте запитання: "Чи перевершує досягнення групи сума досягнень кожного її члена, коли вони працюють незалежно один від одного?" Дослідники поки що не відповіли і на таке каверзне запитання: "За яких умов група як єдине ціле здатна перевищувати суму досягнень індивідів, що працюють незалежно один від одного, і кількість яких така сама, як у групі?". Зусилля, затрачені на з'ясування відповіді, не дали задовільних результатів. Усім відомо, що розумну голову нічим, крім іншої розумнішої голови, замінити не можна. Чим же можна пояснити зниження працездатності індивіда під час роботи в колективі при збільшенні групи або, інакше кажучи, чому не хочуть розумні люди "працювати в колгоспі"?

Може вся справа в тому, що зростання кількості фізично присутніх людей призводить до зниження відповідальності кожного з них і зниження, у зв'язку з цим, докладених кожним зусиль?

"Зрілість". Інтенсивно впроваджуються нові знання, методи, методики і технології у сфері діяльності, розширюються і диференціюються. Але на цій стадії діяльності системи все відчутніше окреслюється небезпека, яка наближається: активно народжується бюрократія. До влади приходять керівники-адміністратори, талановитих спеціалістів замінюють на послухних. Керівники до апаратів управління добирають співробітників за принципом: "Чим темніше небо, тим яскравіше світить його (начальника!) зірка". Народжується самозадоволення, усвідомлення цілковитого благополуччя, завершення поступу вперед, безгрішності й незамінності.

"Старіння". Цей етап організаційно-функціонального циклу "життя" системи характеризується процвітанням бюрократів, консерватизмом і глухістю громіздких структур до нових ідей. Функціонування системи не ритмічне, все частіше виникають неполадки. Поступово зникають попередні якості й ознаки, що були характерними до перших двох стадій циклу. Справи йдуть ще гірше. Організація (система) повинна боротися за виживання. Якщо для запобігання не впроваджувати щось нове, сучасне, обґрунтоване - це обов'язково призведе до розвалу такої системи.

Тому керівникові та апарату управління потрібно терміново діяти, у противному разі це зроблять інші.

“Відродження”. Характерним є використання знань і навичок нової команди, специфічні погляди членів якої дозволяють здійснити програму внутрішньої і зовнішньої перебудови, а характер їх прагнень і дій за своєю суттю нагадує стадію “народження” системи.

І все розпочинається спочатку.

Таким чином, будь-яка керована система переживає - і це закономірно - злсти й падіння, тобто спостерігається тенденція проходження через усі природні цикли її функціонування, життєдіяльності. Якщо це розуміти, то при входженні системи в цикл спаду необхідно терміново приступити до змін, реорганізації в управлінні. Дієвість управлінських впливів зумовлюється наявністю чіткої, оперативно-регулюючої системи сигналізації, яка забезпечує не тільки своєчасну подачу сигналів про наявність спаду, але й дозволяє (допомагає) знаходити його причини.

У К А З
ПРЕЗИДЕНТА УКРАЇНИ
Про концепцію розвитку охорони здоров'я
населення України

З метою визначення шляхів розвитку охорони здоров'я населення України **п о с т а н о в л я ю** :

1. Затвердити Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України (додається).
2. Кабінету Міністрів України затвердити до 1 лютого 2001 року заходи щодо виконання Концепції розвитку охорони здоров'я населення України.

Президент України Л. КУЧМА
м. Київ
7 грудня 2000 року
№ 1313/2000

ЗАТВЕРДЖЕНО

Указом Президента України

від 7 грудня 2000 року

№ 1313/2000

К О Н Ц Е П Ц І Я **розвитку охорони здоров'я населення України**

1. Вступ

Концепція розвитку охорони здоров'я населення України (далі - Концепція) спрямована на реалізацію положень Конституції та законів України щодо забезпечення доступної кваліфікованої медичної допомоги кожному громадянину України, запровадження нових ефективних механізмів фінансування та управління у сфері охорони здоров'я, створення умов для формування здорового способу життя.

Необхідність визначення основних напрямків розвитку охорони здоров'я населення України зумовлюється реальними політичними та соціально-економічними процесами, зокрема:

- демократизацією суспільства, інтеграцією України у світове співтовариство;
- глобальними структурними процесами в економіці;
- зниженням рівня і погіршенням якості життя більшості громадян;
- критичною демографічною ситуацією;
- незадовільним станом здоров'я населення;
- низькою економічною ефективністю використання ресурсів охорони здоров'я, недосконалою системою оплати праці лікарів та інших працівників сфери охорони здоров'я;
- диспропорціями у розвитку амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної медичної допомоги;
- незадовільною екологічною ситуацією, ускладненою наслідками Чорнобильської катастрофи.

Кінцевою метою реалізації Концепції є досягнення таких цілей:

- збереження та зміцнення здоров'я населення, продовження періоду активного довголіття і тривалості життя людей;
- створення правових, економічних та управлінських механізмів реалізації конституційних прав громадян України на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування;
- забезпечення гарантованого рівня надання безоплатної кваліфікованої медичкої допомоги у визначеному законодавством обсязі;

- формування керованого ринку платних медичних послуг, сприяння діяльності закладів охорони здоров'я всіх форм власності;
- створення умов для задоволення потреб населення в медичних послугах;
- ефективне використання наявних кадрових, фінансових і матеріальних ресурсів;
- солідарна участь держави, роботодавців, територіальних громад та окремих юридичних і фізичних осіб у фінансуванні послуг з надання громадянам медичної допомоги.

2. Державна політика у сфері охорони здоров'я

Державна політика у сфері охорони здоров'я спрямовується на підвищення рівня здоров'я, поліпшення якості життя і збереження генофонду Українського народу.

Реалізація цієї політики потребує здійснення комплексу державних і галузевих заходів.

Державні заходи мають передбачати:

- поетапне збільшення державних асигнувань у сферу охорони здоров'я, їх ефективне використання;
- забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення, переорієнтацію охорони здоров'я на суттєве посилення заходів з попередження захворювань, запобігання інфекційним захворюванням, зниження ризиків для здоров'я людини, що пов'язані з забрудненням та шкідливим впливом факторів довкілля;
- вирішення проблеми гігієни та безпеки праці, профілактики виробничого травматизму та професійних захворювань;
- створення умов для формування та стимулювання здорового способу життя, вдосконалення гігієнічного виховання і навчання населення, особливо дітей та молоді; посилення боротьби із шкідливими звичками; розвиток фізичної культури і спорту; забезпечення раціонального збалансованого харчування населення;
- здійснення активної демографічної політики, спрямованої на стимулювання народжуваності і зниження смертності, збереження та зміцнення репродуктивного здоров'я населення, а також соціальної політики підтримки молоді та захисту інвалідів і людей похилого віку;
- забезпечення всебічного гармонійного фізичного та психічного розвитку дитини, починаючи з народження, її раціонального харчування, оптимальних умов побуту, виховання і навчання;
- запровадження ефективної системи багатоканального фінансування сфери охорони здоров'я;

- удосконалення системи соціального та правового захисту медичних і фармацевтичних працівників та пацієнтів;

- визначення критеріїв щодо диференціації розміру оплати праці медичних та фармацевтичних працівників залежно від рівня їх кваліфікації, обсягів, якості, складності, ефективності та умов виконуваної роботи;

- інтенсивний розвиток медичної та фармацевтичної промисловості, в тому числі медичного приладобудування, виробництва лікарських засобів та виробів медичного призначення, здешевлення їх вартості.

Галузеві заходи мають передбачати:

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

- визначення пріоритетів медичної допомоги та обґрунтування переліку і обсягу гарантованого рівня безоплатної медичної допомоги громадянам у державних і комунальних закладах охорони здоров'я;

- розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини;

- проведення реструктуризації галузі з метою ліквідації диспропорцій у розвитку різних видів медичної допомоги, раціоналізації амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги;

- удосконалення системи інформаційного забезпечення галузі охорони здоров'я на основі широкого розвитку інформаційних мереж, реорганізації медико-статистичної служби;

- створення системи забезпечення і контролю якості надання медичної допомоги на основі розроблених показників якості;

- запровадження системи ліцензійних інтегрованих іспитів у вищих медичних навчальних закладах, незалежно від їх підпорядкування, для сфери охорони здоров'я;

- удосконалення порядку акредитації закладів охорони здоров'я та атестації медичних і фармацевтичних працівників.

3. Реформування економічних засад системи охорони здоров'я

Реформування економічних засад системи охорони здоров'я спрямовуватиметься на створення прозорих фінансово-економічних механізмів цільового накопичення та адресного використання коштів, необхідних для реалізації в повному обсязі конституційних прав гро-

мадян на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування.

З метою досягнення належного рівня здоров'я населення держава зберігатиме контроль за механізмами забезпечення обсягу та якості медичної допомоги, які поступово збільшуватимуться за рахунок бюджетного фінансування та залучення додаткових джерел фінансування.

Джерелами фінансування охорони здоров'я мають бути кошти державного та місцевих бюджетів, кошти загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування та добровільного медичного страхування, кошти накопичувальних фондів територіальних громад і благодійних фондів, благодійні внески та пожертвування юридичних і фізичних осіб, кошти, одержані за падання платних медичних послуг, а також з інших джерел, не заборонених законодавством.

Кошти державного та місцевих бюджетів, кошти загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування будуть фінансовим підґрунтям забезпечення населення загальнодоступною медичною допомогою в межах визначеного організаційного рівня надання медичної допомоги та гарантованого обсягу його медикаментозного і технологічного забезпечення (далі - базовий стандарт якості загальнодоступної медичної допомоги).

Кошти добровільного медичного страхування, накопичувальних фондів територіальних громад спрямовуватимуться на задоволення індивідуальних потреб населення у медичних послугах понад базовий стандарт якості загальнодоступної медичної допомоги.

Кошти державного та місцевих бюджетів мають бути основним джерелом фінансування державних цільових програм охорони здоров'я населення.

Заклади охорони здоров'я всіх форм власності в обов'язковому порядку повинні дотримуватися державних соціальних нормативів у сфері охорони здоров'я та забезпечувати їх належне фінансування.

4. Реорганізація системи управління у сфері охорони здоров'я

Реорганізація системи управління у сфері охорони здоров'я є одним із основних напрямків її розвитку.

Управління у сфері охорони здоров'я має забезпечуватися:

- Міністерством охорони здоров'я України - головним (провідним) органом у системі центральних органів виконавчої влади із забезпечення реалізації державної політики у сферах охорони здоров'я, санітарного та епідемічного благополуччя населення, створення,

виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів і виробів медичного призначення;

- Міністерством охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, управліннями охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій;

- на районному та міському рівні управлінські функції виконують районні та міські лікарні (або інші заклади охорони здоров'я), які визначені центральними для району, міста.

Міністерство охорони здоров'я України та його територіальні органи мають планувати і провадити свою діяльність на основі показників сукупної тривалості активного життя і здоров'я населення. Зростатиме роль громадських медичних об'єднань у розв'язанні проблем охорони здоров'я, що сприятиме демократизації управління у сфері охорони здоров'я.

У системі управління у сфері охорони здоров'я реалізується принцип децентралізації зі збереженням відповідальності за результати діяльності на кожному рівні системи.

Водночас передбачається збереження управлінської вертикалі для забезпечення реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я, дотримання державних соціальних нормативів у цій сфері та єдиних галузевих норм.

Передбачається розвиток державно-комунальної моделі надання медичної допомоги.

Держава реалізуватиме єдину політику у сфері охорони здоров'я, встановлюватиме базовий стандарт якості загальнодоступної медичної допомоги.

Територіальна громада забезпечуватиме контроль за наданням та фінансуванням медичної допомоги понад гарантований державою базовий стандарт якості загальнодоступної медичної допомоги. Створення фондів, які акумулюватимуть кошти для оплати медичної допомоги, що надаватиметься комунальними закладами охорони здоров'я, стане підставою для участі населення у розподілі ресурсів і контролі якості медичного обслуговування.

Державно-комунальна модель передбачає створення двох секторів медичної допомоги: сектора загальнодоступної медичної допомоги та сектора додаткових можливостей у сфері охорони здоров'я.

Сектор загальнодоступної медичної допомоги забезпечуватиме охорону, зміцнення та відновлення здоров'я населення з використанням технологій, що визначаються базовим стандартом якості загальнодоступної медичної допомоги, постачання населенню найнеобхідніших лікарських засобів та виробів медичного призначення, перебування у стаціонарі. У межах сектора надаватиметься

достатня для забезпечення базового стандарту якості загальнодоступна медична допомога усім категоріям населення за всіма видами захворювань, травм, під час вагітності та пологів.

Сектор додаткових можливостей сприятиме задоволенню потреб громадян в охороні здоров'я, що передбачає використання технологій, рівень яких перевищує загальнодоступні стандарти.

Водночас надання медичної допомоги у межах сектора додаткових можливостей не підмінятиме допомоги, яка надається в межах сектора загальнодоступної медичної допомоги.

Держава зберігатиме за собою зобов'язання щодо захисту конституційних прав громадян на охорону здоров'я та медичну допомогу, контролюватиме якість надання медичних послуг закладами охорони здоров'я всіх форм власності.

Для більш раціонального розподілу коштів, оптимального використання матеріальних ресурсів сфери охорони здоров'я, підвищення ефективності медичного обслуговування в межах державно-комунальної моделі буде чітко розмежовано первинний, вторинний і третинний рівні надання медичної допомоги.

Медична допомога на первинному рівні включатиме профілактичні заходи, амбулаторне лікування та стаціонарну допомогу за основними спеціальностями, на вторинному - спеціалізовану, технологічно складнішу, на третинному - високотехнологічну допомогу та лікування найбільш складних і рідкісних захворювань.

Разом з тим передбачається, що основна частина медичних послуг населенню повинна надаватися на первинному рівні.

Фінансово-економічний механізм забезпечення медичної допомоги на первинному, вторинному і третинному рівнях може істотно відрізнитися.

Розмежування різних рівнів буде визначено медико-технологічними стандартами надання медичної допомоги. Здійснюватиметься державний контроль за дотриманням зазначених стандартів на кожному рівні.

5. Створення умов для здорового способу життя

Створення умов для здорового способу життя, активізація профілактичної діяльності у системі охорони здоров'я передбачає вдосконалення нормативно-правової бази, формування державної політики, направленої на збереження та зміцнення здоров'я населення.

Запроваджуватиметься система соціально-економічного стимулювання здорового способу життя, обмеження тютюнопаління та реклами алкоголю, тютюну й інших шкідливих для здоров'я речовин.

Гігієнічне виховання населення буде трансформовано у державну систему безперервного навчання і здійснюватиметься на всіх етапах соціалізації особистості.

Широке впровадження профілактичних технологій потребує серйозних змін у роботі амбулаторно-поліклінічних закладів. Ключовою фігурою має стати сімейний лікар - лікар загальної практики.

6. Оптимізація діяльності галузі охорони здоров'я

Реформуванню підлягають структура, кадрове, матеріально-технічне, інформаційно-аналітичне забезпечення діяльності державної санітарно-епідеміологічної служби з урахуванням медико-демографічних тенденцій та соціально-економічних і екологічних особливостей регіонів.

Підвищенню ефективності державного санітарно-епідеміологічного нагляду сприятиме вдосконалення правового регулювання діяльності органів, установ і закладів санітарно-епідеміологічної служби.

Планується створення оптимальної системи надання лікувально-профілактичної допомоги, що забезпечить доступність і якість основних видів медичних послуг відповідно до базового стандарту якості загальнодоступної медичної допомоги.

З цією метою необхідно здійснити реструктуризацію галузі на основі науково обгрунтованих потреб міського та сільського населення у різних видах медичної допомоги, пріоритетного розвитку такої допомоги на засадах сімейної медицини (загальної практики), а також реструктуризацію стаціонарної та спеціалізованої допомоги, упорядкування мережі лікувально-профілактичних закладів.

Буде розроблено нові технології профілактичної діяльності фельдшерсько-акушерських пунктів, розширено форми лікування, які змінюють перебування у стаціонарі, запроваджено пересувні види спеціалізованої медичної допомоги на селі, збільшено обсяги планової стаціонарної та спеціалізованої допомоги в районних лікувально-профілактичних закладах.

Метою реформування системи надання стаціонарної та спеціалізованої медичної допомоги є:

- упорядкування мережі центрів спеціалізованої медичної допомоги;

- забезпечення на основі багатоканального фінансування функціонування мережі лікувально-профілактичних закладів для надання безоплатної медико-соціальної допомоги хронічним хворим, які потребують тривалого лікування і догляду, інвалідам, людям похилого віку тощо;

- раціоналізація використання ліжкового фонду на основі вдосконалення ресурсно-нормативної бази лікувально-профілактичних закладів, впровадження сучасних ресурсозберігаючих медичних технологій, стандартів діагностики і лікування, диференційованих залежно від рівня лікувально-діагностичного процесу та етапу надання медичної допомоги;

- поліпшення якості надання стаціонарної та спеціалізованої медичної допомоги у лікувально-профілактичних закладах різних форм власності.

Медична допомога, яка замінює перебування у стаціонарі, розвиватиметься шляхом розширення мережі економічно ефективних організаційних форм медичного обслуговування: денних стаціонарів, стаціонарів удома, центрів амбулаторної хірургії тощо; розширення діапазону таких медичних послуг та вдосконалення ресурсно-нормативної бази в умовах реорганізації надання первинної медичної допомоги та її переходу на засади загальної лікарської практики (сімейної медицини); широкого застосування зазначених форм для профілактики та діагностики захворювань, лікування і реабілітації хворих.

Політика держави у сфері охорони материнства і дитинства, зміцнення генофонду базуватиметься на основі забезпечення визначених законодавством прав жінок і дітей у всіх сферах життєдіяльності, здійснення заходів, спрямованих на надання соціальної допомоги молодим сім'ям, охорону праці жінок репродуктивного віку, створення умов, сприятливих для зміцнення фізичного, психічного здоров'я та соціального благополуччя дітей і підлітків, розширення їх доступу до спортивних, оздоровчих закладів, молодіжних клубів, розвиток індустрії дитячого харчування, забезпечення рівного доступу населення до служб репродуктивного здоров'я, планування сім'ї, медико-генетичного консультування, медичної допомоги жінкам під час вагітності та пологів.

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

- розширення профілактичних, лікувально-діагностичних і реабілітаційно-відновних заходів, спрямованих на оздоровлення жінок;

- дальший розвиток служб планування сім'ї, безпечного материнства, медико-генетичного консультування, запровадження багату-ступеневої системи перинатальної допомоги;

- розвиток медико-організаційних технологій, що сприятимуть забезпеченню народження здорових дітей, збереженню та зміцненню їхнього здоров'я, профілактиці інвалідності;

- удосконалення структури родопомічних і дитячих закладів, першочергове оснащення їх лікувально-діагностичною апаратурою, впровадження у діяльність цих закладів гнучких організаційних систем залежно від регіональних умов і принципу реорганізації високоякісних видів медичної допомоги.

Реформування фармацевтичної галузі передбачає створення та виробництво нових вітчизняних лікарських засобів; забезпечення закладів охорони здоров'я і населення якісними лікарськими засобами та виробами медичного призначення, підвищення ефективності діяльності аптечних закладів, вдосконалення матеріально-технічної бази галузі, істотне збільшення та оновлення існуючих основних фондів охорони здоров'я, зокрема за рахунок оптимізації ресурсного забезпечення, капітального будівництва, модернізації та заміни морально застарілого технічного обладнання тощо.

З метою забезпечення населення доступними і якісними лікарськими засобами необхідно вдосконалити:

- порядок державної реєстрації лікарських засобів та контролю їх якості;

- механізм державного регулювання цін на лікарські засоби;

- забезпечення державних і комунальних закладів охорони здоров'я довідниками з рецептурного та безрецептурного переліків лікарських засобів, зареєстрованих в Україні, забезпечення безумовного їх додержання лікарями під час призначення пацієнтам лікарських засобів тощо.

7. Інноваційна і кадрова політика у системі охорони здоров'я

У процесі реформування системи охорони здоров'я медична наука розглядається як рушійна сила, що забезпечує всебічне наукове обґрунтування необхідності перебудови галузі, визначає прогностичні тенденції здоров'я населення та розробляє науково обґрунтовані заходи щодо його поліпшення.

Потенціал медичної науки становитимуть науково-дослідні установи, підпорядковані Міністерству охорони здоров'я України та Академії медичних наук України, а також наукові підрозділи вищих медичних і фармацевтичних навчальних закладів та закладів післядипломної освіти.

Удосконалення інноваційної політики з метою підвищення ефективності використання наукового потенціалу у сфері охорони здоров'я передбачає:

- оптимізацію і реструктуризацію мережі, структури та основних напрямів діяльності науково-дослідних установ;
- посилення ролі Академії медичних наук України у провадженні пріоритетних фундаментальних і прикладних досліджень;
- забезпечення розв'язання науково-практичних проблем охорони здоров'я шляхом формування відповідних державних, галузевих, міжгалузевих, регіональних програм;
- запровадження багатоканальності фінансування медичної науки за рахунок бюджетних та позабюджетних коштів, забезпечення їх раціонального використання для першочергового фінансування конкурентоспроможних наукових розробок фундаментального та прикладного характеру;
- планування наукових досліджень на конкурсних засадах та спрямування їх на отримання конкретних результатів, впровадження принципів незалежної експертизи наукових проєктів та їх результатів, виділення спеціальних грантів під реалізацію проєктів - переможців конкурсу;
- забезпечення підтримки визнаних вітчизняних наукових шкіл, підвищення вимог до підготовки наукових кадрів, раціональне використання науково-інформаційних ресурсів;
- активізацію роботи, спрямованої на забезпечення розвитку міжнародного науково-технічного співробітництва, яке сприятиме підвищенню авторитету вітчизняної медичної науки та її інтеграції у світову спільноту.

Реформування кадрової політики в системі охорони здоров'я має бути спрямовано на:

- удосконалення системи кадрового забезпечення галузі з урахуванням сучасних соціально-економічних умов та реальних потреб;
- запровадження в установленому порядку укладення трудового договору на умовах контракту з керівниками закладів охорони здоров'я, а в подальшому - з усіма медичними працівниками;
- реорганізацію системи планування і розподілу кадрового потенціалу у співвідношенні "лікар - медичний працівник середньої ланки" шляхом збільшення кількості працівників середньої ланки;
- реформування ступеневої медичної і фармацевтичної освіти;
- здійснення підготовки фахівців за новими спеціальностями: медичний психолог, клінічний фармацевт, економіст охорони здоров'я, спеціаліст з інформатики охорони здоров'я, спеціаліст з експлуатації

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

- розроблення нових державних стандартів вищої медичної та фармацевтичної освіти, освітньо-кваліфікаційних характеристик фахівців, освітньо-професійних програм та засобів уніфікованої оцінки рівня знань медичних і фармацевтичних працівників;

- удосконалення системи підготовки медичних сестер, розроблення та реалізацію програми розвитку сестринства, розширення функцій медичних сестер відповідно до світового досвіду, що знизить потребу в лікарях у державі.

Глава Адміністрації
Президента України

В. ЛИТВИН

ЗАКОН УКРАЇНИ

Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування

Цей Закон відповідно до Конституції України та Основ законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування визначає правову основу, економічний механізм та організаційну структуру загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування.

Закон спрямований на посилення правової та економічної заінтересованості держави, підприємств, установ, організацій та населення в охороні здоров'я.

Розділ I ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

Стаття 1. Поняття та мета загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування.

1. Загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування є складовою частиною системи загальнообов'язкового державного соціального страхування і формою соціального забезпечення населення у сфері охорони здоров'я.

2. Метою загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування є встановлення гарантій щодо захисту прав громадян на отримання безоплатної медичної допомоги на засадах соціальної рівності і доступності, незалежно від віку, статі, стану здоров'я, за рахунок коштів загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування в обсягах відповідно до програм загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування.

3. Загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування спрямоване на:

- забезпечення рівного права громадян у доступності медичної допомоги;

- створення умов безоплатності медичної допомоги в момент її отримання;
- забезпечення сталого гарантованого фінансування медичної допомоги;
- підтримання стану здоров'я населення на рівні обсягів, передбачених Базовою програмою загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування.

Стаття 2. Принципи здійснення загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування.

Здійснення загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування ґрунтується на таких принципах:

- законодавче визначення умов і порядку здійснення загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування;
- обов'язковість загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування усіх осіб, перелічених у статті 5;
- соціальна солідарність та субсидування: умови загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування не залежать від стану здоров'я і доходів застрахованих осіб;
- гарантування державою можливості реалізації застрахованими особами своїх прав на безоплатну медичну допомогу в системі загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування;
- виключно цільове використання коштів загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування;
- забезпечення достатності необхідної медичної допомоги в разі настання страхового випадку, відповідно до стандартів медичних технологій;
- обов'язковість фінансування Фондом загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування витрат, пов'язаних із наданням медичної допомоги, в обсягах, передбачених цим Законом;
- паритетність в управлінні системою загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування представників держави, застрахованих осіб та роботодавців.

Стаття 3. Держава в системі загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування.

Держава через уповноважені органи забезпечує в системі загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування надходження страхових внесків та встановлених бюджетних асигнувань.

Бюджетні асигнування на охорону здоров'я виділяються на такі цілі:

1. Медико-санітарні та оздоровчо-профілактичні цільові програми і види медичної допомоги особливої соціальної ваги, імунізацію, забезпечення ліками пільгових категорій населення згідно з чинним законодавством, надзвичайні заходи щодо боротьби з епідеміями тощо за переліком, який встановлюється Кабінетом Міністрів України.

2. Внески на загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування громадян за відповідними категоріями, встановленими у статті 5 цього Закону.

3. Цільові витрати на капітальні вкладення.

4. Цільові дотації на підготовку і перепідготовку медичних кадрів тощо.

Розділ II **СИСТЕМА ЗАГАЛЬНООБОВ'ЯЗКОВОГО** **ДЕРЖАВНОГО СОЦІАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО** **СТРАХУВАННЯ**

Стаття 4. Суб'єкти загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування.

1. Суб'єктами загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування є застраховані особи, страхувальники, страховики.

2. Застрахованими є особи, на користь яких здійснюється загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування.

3. Страхувальниками загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування є:

1) роботодавці - для осіб, перелічених у пунктах 1-5, 8, 17, 18 статті 5, крім осіб, яким надано відпустку по догляду за дитиною;

2) навчальні заклади, в яких навчаються особи, перелічені у пунктах 7, 19 статті 5;

3) особи, перелічені у пункті 12 статті 5;

4) органи місцевого самоврядування - для осіб, перелічених у пунктах 6, 9, 10, 11, 13-15, 16 статті 5;

5) Фонд соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України - для осіб, зазначених у пункті 15 статті 5 цього Закону, які стали інвалідами внаслідок нещасного випадку на виробництві або професійного захворювання України.

4. Страховиком загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування є Фонд загальнообов'язкового державно-

го соціального медичного страхування України (далі - Фонд медичного страхування), який провадить страхову діяльність згідно з цим Законом.

5 Заклади охорони здоров'я в системі загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування - це заклади охорони здоров'я, незалежно від форм власності, акредитовані та ліцензовані в установленому законом порядку.

6. Об'єктом загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування є страховий випадок, з настанням якого застрахований має право на отримання медичної допомоги в обсягах, передбачених Базовою або територіальною програмами загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування.

7. Страховим випадком у системі загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування є подія, з настанням якої виникає необхідність надання медичної допомоги у зв'язку з профілактикою, діагностикою, лікуванням і реабілітацією захворювань, невиробничих травм, а також у зв'язку з вагітністю і пологами в обсягах, передбачених Базовою програмою загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування (далі - Базовою програмою) або територіальними програмами загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування (далі - територіальними програмами).

Стаття 5. Особи, які підлягають загальнообов'язковому державному соціальному медичному страхуванню.

Загальнообов'язковому державному соціальному медичному страхуванню підлягають:

1) особи, які працюють на умовах трудового договору (контракту) на підприємствах, в організаціях і установах, незалежно від форм власності, господарювання, виду діяльності, в об'єднаннях громадян та у фізичних осіб, а також особи, які постійно виконують свої службові обов'язки на інших передбачених законодавством умовах, та особи, які виконують роботи за договорами цивільно-правового характеру;

2) члени колективних підприємств;

3) особи, які згідно із законодавством України працюють на іноземних підприємствах, в установах та організаціях, у міжнародних організаціях, філіях і представництвах та інших відокремлених підрозділах, які здійснюють діяльність на території України;

4) громадяни України, які працюють в іноземних дипломатичних представництвах та консульських установах, розташованих на території України;

5) особи, обрані на виборні посади до органів державної влади, органів місцевого самоврядування та громадських організацій, які отримують заробітну плату (винагороду) за роботу на виборній посаді;

6) особи, які проходять професійну підготовку, перепідготовку або підвищують кваліфікацію з відривом від виробництва у разі, коли вони отримують матеріальну допомогу відповідно до Закону України "Про зайнятість населення";

7) клінічні ординатори, магістранти, аспіранти, докторанти;

8) особи, трудовий договір з якими розірвано у зв'язку із змінами в організації виробництва і праці та за якими на визначений законодавством термін на період працевлаштування зберігається середня заробітна плата за попереднім місцем роботи;

9) безробітні в період одержання допомоги по безробіттю;

10) особи, яким надано відпустку по догляду за дитиною;

11) непрацюючі працездатні особи, які здійснюють догляд за інвалідом першої групи або дитиною-інвалідом віком до 16 років, а також за пенсіонером, який за експертним медичним висновком потребує постійного стороннього догляду;

12) особи, які забезпечують себе роботою самостійно (особи, які займаються підприємницькою, адвокатською, нотаріальною, творчою та іншою діяльністю, пов'язаною з одержанням доходу безпосередньо від цієї діяльності);

13) непрацюючі пенсіонери;

14) непрацюючі діти та молодь до 18 років;

15) непрацюючі інваліди;

16) непрацюючі багатодітні матері, які мають трьох та більше дітей віком до 18 років;

17) особи, які проходять альтернативну (невійськову) службу;

18) працівники воєнізованих формувань, особи начальницького і рядового складу фельд'єгерської служби Міністерства зв'язку України, гірничорядувальних частин, незалежно від підпорядкованості;

19) особи, які навчаються у вищих навчальних закладах з денною формою навчання та в професійно-технічних навчальних закладах.

Зміни та доповнення до переліку категорій громадян, які підлягають загальнообов'язковому державному соціальному медичному страхуванню, визначаються законодавчими актами України.

Усі застраховані є членами Фонду медичного страхування.

Громадяни, що не увійшли до наведеного вище переліку, отримують медичну допомогу в межах гарантованого рівня медичної допомоги, який надається в державних та комунальних закладах охорони здоров'я за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів.

Громадяни, які не увійшли до наведеного вище переліку, можуть добровільно застрахуватися в системі загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування.

Медичне страхування громадян України, які постійно або тимчасово проживають за межами України, здійснюється на підставі двосторонніх угод України із країнами, в яких перебувають громадяни.

Іноземці та особи без громадянства, які постійно проживають в Україні, підлягають загальнообов'язковому державному соціальному медичному страхуванню на тих же умовах, що і громадяни України, якщо інше не передбачено законодавством України, а також міжнародними договорами України, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України.

Стаття 6. Програми загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування.

1. Базова програма передбачає гарантований державою обсяг, рівень і умови надання медичної допомоги у системі загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування.

Базова програма щороку розробляється Міністерством охорони здоров'я України разом з Фондом медичного страхування за участю профспілок та їх об'єднань і затверджується Кабінетом Міністрів України.

2. На основі Базової програми Рада міністрів Автономної Республіки Крим, обласні, Київська та Севастопольська міські державні адміністрації розробляють і затверджують територіальні програми. Обсяг, рівень і умови надання медичної допомоги, згідно з територіальними програмами, не можуть бути нижчими, ніж у Базовій програмі.

3. Економічним гарантом надання медичної допомоги в обсягах, передбачених Базовою та територіальними програмами, виступає Фонд медичного страхування.

Розділ III

УПРАВЛІННЯ ЗАГАЛЬНООБОВ'ЯЗКОВИМ ДЕРЖАВНИМ СОЦІАЛЬНИМ МЕДИЧНИМ СТРАХУВАННЯМ

Стаття 7. Фонд медичного страхування.

Загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування здійснює Фонд медичного страхування - некомерційна самоврядна організація, що діє на підставі статуту, який затверджується її правлінням.

Фонд медичного страхування є юридичною особою, має печатку із своїм найменуванням, а також емблему, яка затверджується його правлінням.

Фонд медичного страхування не може здійснювати будь-яку іншу діяльність, крім тієї, для якої він створений, і використовувати кошти Фонду медичного страхування на цілі, не пов'язані з зазначеною діяльністю.

Кошти Фонду медичного страхування не включаються до складу Державного бюджету України.

Фонд медичного страхування розміщується у місті Києві.

Стаття 8. Управління Фондом медичного страхування.

Управління Фондом медичного страхування здійснюється на паритетній основі державою, представниками застрахованих осіб та роботодавців.

Безпосереднє управління Фондом медичного страхування здійснюють його правління та виконавча дирекція.

Стаття 9. Правління Фонду медичного страхування.

До складу правління Фонду медичного страхування включаються представники держави, застрахованих осіб, роботодавців.

Представники держави призначаються Кабінетом Міністрів України. Представники застрахованих осіб і роботодавців обираються (делегуються) відповідно об'єднанням професілок та роботодавців, які мають статус всеукраїнських. Порядок виборів (делегування) представників визначається кожним об'єднанням самостійно.

Від кожної з трьох представницьких сторін, зазначених у частині першій цієї статті, призначається і обирається (делегується) по 15 членів правління Фонду медичного страхування з вирішальним голосом та по 5 їх дублерів, які за тимчасової відсутності членів правління Фонду медичного страхування за рішенням голови правління Фонду виконують їх обов'язки.

Правління Фонду медичного страхування обирається на шестирічний строк.

Термін повноважень членів правління Фонду закінчується в день першого засідання новоствореного правління Фонду медичного страхування.

Правління Фонду медичного страхування проводить свої засідання у разі потреби, але не рідше одного разу на квартал. Засідання правління є правочинними, якщо на них присутні не менше двох третин його членів і не менше половини членів від кожної із сторін. Рішення вважається прийнятим, якщо за нього проголосувала більшість присутніх членів правління. У разі рівності голосів голос голови правління Фонду медичного страхування є вирішальним.

Правління Фонду медичного страхування:

1) обирає на своєму закритому засіданні з членів правління Фонду медичного страхування строком на два роки голову правління

Фонду медичного страхування та двох його заступників. При цьому забезпечується почергове представництво на цих посадах кожної з представницьких сторін, зазначених вище;

2) спрямовує і контролює діяльність виконавчої дирекції Фонду медичного страхування та її робочих органів. Щорічно, а також при необхідності, заслуховує звіти директора виконавчої дирекції Фонду медичного страхування про її діяльність;

3) визначає кадрову політику;

4) подає у встановленому порядку пропозиції щодо визначення розміру страхових внесків;

5) затверджує:

- статут Фонду медичного страхування, зміни та доповнення до нього;

- регламент роботи правління Фонду медичного страхування;

- директора виконавчої дирекції Фонду медичного страхування та його заступників;

- річні бюджети Фонду медичного страхування, звіт про їх виконання, порядок використання коштів з окремих видатків бюджету та коштів резерву Фонду медичного страхування;

- положення про виконавчу дирекцію Фонду медичного страхування та її структуру;

- чисельність, посадові оклади працівників виконавчої дирекції Фонду медичного страхування та адміністративні витрати Фонду медичного страхування (за погодженням з відповідними спеціально уповноваженими центральними органами виконавчої влади);

6) розпоряджається майном, яке перебуває у власності Фонду медичного страхування;

7) створює резерви коштів для забезпечення виконання завдань загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування та затверджує порядок їх використання;

8) виконує інші функції, передбачені статутом Фонду медичного страхування та цим Законом.

Правління Фонду медичного страхування діє на громадських засадах.

Рішення правління Фонду медичного страхування, прийняте в межах його компетенції, обов'язкове для виконання всіма страхувальниками і застрахованими.

Стаття 10. Виконавча дирекція Фонду медичного страхування.

Виконавча дирекція Фонду медичного страхування є постійно діючим виконавчим органом правління Фонду.

Виконавча дирекція є підзвітною правлінню Фонду медичного страхування, здійснює діяльність від імені Фонду медичного страхування у межах та в порядку, що визначається його статутом та Положенням про виконавчу дирекцію Фонду медичного страхування.

Директор виконавчої дирекції Фонду медичного страхування входить до складу правління Фонду медичного страхування з правом дорадчого голосу.

Робочими органами виконавчої дирекції Фонду медичного страхування є її управління в Автономній Республіці Крим, областях, містах Києві і Севастополі, відділення в районах та містах обласного підпорядкування.

Управління та відділення виконавчої дирекції Фонду медичного страхування (далі - управління та відділення Фонду медичного страхування) є юридичними особами, мають самостійні кошториси видатків, печатку із своїм найменуванням.

Керівників управлінь і відділень Фонду призначає директор виконавчої дирекції Фонду медичного страхування за погодженням з правлінням Фонду медичного страхування.

Управління та відділення Фонду вирішують покладені на них завдання у тісній взаємодії з місцевими органами виконавчої влади.

Основними функціями виконавчої дирекції Фонду медичного страхування та її робочих органів є:

- 1) забезпечення фінансової стабільності та вирівнювання фінансових можливостей територіальних систем загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування;
- 2) ведення реєстру платників страхових внесків;
- 3) ведення обліку застрахованих осіб у системі загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування;
- 4) збір страхових внесків, облік та здійснення контролю за їх надходженням;
- 5) розробка базових розмірів страхових внесків;
- 6) укладання із закладами охорони здоров'я договорів про надання медичної допомоги по загальнообов'язковому державному соціальному медичному страхуванню;
- 7) проведення розрахунків із закладами охорони здоров'я за надану медичну допомогу застрахованим згідно з договорами, зазначеними у пункті 6 цієї статті;
- 8) контроль за якістю, достатністю та доцільністю медичної допомоги;
- 9) взаємодія з іншими страховими фондами, що здійснюють загальнообов'язкове державне соціальне страхування;

10) прогнозування потреби в коштах для покриття витрат за надану медичну допомогу в системі загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування.

Стаття 11. Нагляд за діяльністю Фонду медичного страхування.

Нагляд за діяльністю Фонду медичного страхування здійснює Наглядова рада.

Метою нагляду є забезпечення Фондом медичного страхування статутних завдань і цільового використання коштів Фонду медичного страхування.

Члени Наглядової ради працюють на громадських засадах і не можуть бути одночасно членами правління Фонду медичного страхування та працівниками виконавчої дирекції зазначеного Фонду або її робочих органів.

До Наглядової ради, склад якої становить 12 осіб, входять в однаковій кількості представники від держави, застрахованих осіб, роботодавців.

Наглядова рада здійснює контроль за виконанням поточної діяльності та цільовим використанням коштів Фондом.

Участь держави у Наглядовій раді здійснюється представниками Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства фінансів України, Міністерства економіки України, Міністерства праці та соціальної політики України.

Представники застрахованих осіб делегуються об'єднаннями профспілок, представники роботодавців - об'єднаннями роботодавців.

Строк повноважень членів Наглядової ради становить 6 років.

Роботу Наглядової ради очолює її голова, який обирається на два роки із складу членів Наглядової ради. При цьому забезпечується почергове голосування представника кожної з трьох представницьких сторін, зазначених у частині четвертій цієї статті.

Головою Наглядової ради та головою правління Фонду медичного страхування одночасно не можуть бути представники однієї й тієї ж представницької сторони.

Наглядова рада:

- 1) перевіряє діяльність Фонду медичного страхування;
- 2) заслуховує звіти правління та виконавчої дирекції Фонду медичного страхування з питань виконання його статутних завдань та цільового використання коштів Фонду медичного страхування;
- 3) при потребі призначає аудиторську перевірку використання страхових коштів або окремих напрямків роботи Фонду медичного

страхування, робочих органів виконавчої дирекції Фонду медичного страхування;

4) одержує потрібну інформацію про роботу Фонду медичного страхування;

5) при потребі вимагає скликання засідання правління Фонду медичного страхування;

6) у разі виявлення грубих порушень Фондом медичного страхування законодавства про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування ставить питання про відповідальність посадових осіб Фонду медичного страхування згідно з чинним законодавством;

7) щорічно інформує Кабінет Міністрів України про свою діяльність;

8) здійснює інші функції, передбачені Положенням про Наглядову раду Фонду медичного страхування.

Наглядова рада Фонду проводить свої засідання не рідше одного разу на півріччя. Позачергові засідання скликаються головою Наглядової ради, а також на вимогу однієї третини її членів або за рішенням правління Фонду медичного страхування.

Засідання Наглядової ради є правомочними за наявності не менше двох третин її складу і не менше половини кожної із сторін.

Рішення приймається більшістю голосів від загальної кількості присутніх на засіданні членів Наглядової ради. У разі однакової кількості голосів вирішальним є голос голови Наглядової ради.

У засіданні Наглядової ради з правом дорадчого голосу можуть брати участь голова правління та директор виконавчої дирекції Фонду медичного страхування або їх заступники.

Члени Наглядової ради можуть брати участь у засіданні правління Фонду медичного страхування з правом дорадчого голосу.

Наглядова рада здійснює свою діяльність на принципах рівноправності сторін та їх відповідальності за прийняті нею рішення.

Положення про Наглядову раду Фонду медичного страхування затверджується Кабінетом Міністрів України.

Стаття 12. Державний нагляд у сфері загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування.

Державний нагляд за діяльністю Фонду медичного страхування здійснюють Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство фінансів України та уповноважені місцеві органи виконавчої влади у сфері охорони здоров'я і фінансів Автономної Республіки Крим, обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій.

Спрямовує та координує роботу зазначених органів з цих питань Кабінет Міністрів України.

Метою нагляду є контроль за дотриманням страхувальниками та Фондом медичного страхування законодавства про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування.

Якщо в результаті дій з боку страхувальника або страховика сталось порушення законодавства про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування, органи державного нагляду вказують на допущені порушення та встановлюють термін їх усунення.

Якщо протягом строку, встановленого органами державного нагляду, порушення не було усунено, органи державного нагляду скасовують незаконні рішення з наступним відшкодуванням збитків за рахунок Фонду медичного страхування або страхувальника.

Невиконання цієї вимоги тягне за собою встановлену законодавством відповідальність посадових осіб Фонду медичного страхування або страхувальника.

У двотижневий термін Фонд медичного страхування або страхувальник можуть оскаржити рішення органів державного нагляду в суді.

Органи державного нагляду можуть у разі потреби вимагати скликання засідання правління Фонду медичного страхування. Якщо ця вимога не буде виконана, органи державного нагляду можуть самі скликати та провести засідання правління Фонду медичного страхування.

За невиконання своїх обов'язків члени правління Фонду медичного страхування можуть бути позбавлені своїх повноважень за рішенням органів державного нагляду.

Страхувальники та страховики зобов'язані подавати органам державного нагляду або їх уповноваженим усі документи і довідки, необхідні для виконання ними функцій контролю у сфері загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування.

Стаття 13. Свідоцтво про соціальне страхування.

Особам, які підлягають загальнообов'язковому державному соціальному медичному страхуванню, видається свідоцтво про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування, яке є єдиним для всіх видів загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування та документом суворої звітності.

Порядок видачі та зразок свідоцтва про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування затверджується Кабінетом Міністрів України.

Застраховані особи у системі загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування зобов'язані пред'являти свідоцтво про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування у разі кожного звернення по медичну допомогу.

Розділ IV
КОШТИ ЗАГАЛЬНООБОВ'ЯЗКОВОГО ДЕРЖАВНОГО
СОЦІАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

Стаття 14. Джерела коштів на загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування та їх використання.

1. Коштами Фонду медичного страхування, які надходять до робочих органів виконавчої дирекції Фонду медичного страхування, є:

- страхові внески страхувальників відповідно до пункту 3 статті 4 цього Закону;

- суми фінансових санкцій, застосованих відповідно до чинного законодавства до підприємств, установ, організацій та фізичних осіб за порушення встановленого порядку сплати страхових внесків і використання коштів Фонду медичного страхування, а також суми адміністративних штрафів, накладених відповідно до законодавства на службових осіб та громадян за такі порушення.

2. Коштами Фонду медичного страхування, які надходять до виконавчої дирекції Фонду медичного страхування, є:

- відрахування 10 відсотків від суми базових страхових внесків, які надійшли до робочих органів виконавчої дирекції Фонду медичного страхування;

- суми адміністративних стягнень, накладених відповідно до чинного законодавства на службових осіб за порушення порядку використання коштів Фонду медичного страхування;

- добровільні внески та інші надходження, не заборонені законодавством.

3. Кошти Фонду медичного страхування використовуються на:

- оплату медичної допомоги, наданої застрахованим особам в обсягах, відповідно до пунктів 1 та 2 статті 6 цього Закону;

- фінансування витрат на утримання та забезпечення діяльності виконавчої дирекції Фонду медичного страхування та її робочих органів, управління Фондом, розвиток його матеріальної та інформаційної бази;

- вирівнювання фінансових можливостей територіальних систем загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування в порядку, що затверджується правлінням Фонду медичного страхування за рахунок 10 відсотків відрахувань від суми базових внесків, які надійшли до робочих органів виконавчої дирекції Фонду медичного страхування;

- створення резерву коштів Фонду.

4. Кошти Фонду медичного страхування не входять до складу бюджетів, не підлягають вилученню та використовуються виключно

за своїм призначенням і зберігаються в установах банків, визначених Кабінетом Міністрів України для обслуговування коштів Державного бюджету України, або в спеціалізованому банку, який обслуговує фонди соціального страхування.

Стаття 15. Резерви коштів загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування.

1. З метою забезпечення фінансової стабільності Фонду за рахунок страхових внесків утворюється резерв коштів Фонду у розмірі, який дорівнює двомісячному бюджету Фонду медичного страхування.

2. Резерв коштів Фонду медичного страхування зберігається на спеціальному рахунку в уповноваженому банку України, визначеному для зберігання коштів Фонду медичного страхування відповідно до пункту 4 статті 14 цього Закону.

3. Резерв коштів Фонду медичного страхування використовується за цільовим призначенням на оплату медичної допомоги, наданої застрахованим громадянам, в обсягах, передбачених Базовою програмою, в порядку, визначеному правлінням Фонду медичного страхування.

4. Створення резерву коштів Фонду медичного страхування провадиться рівними частками в перші два роки роботи Фонду медичного страхування.

Стаття 16. Платники страхових внесків.

1. Платниками страхових внесків є:

1) страхувальники-роботодавці:

- підприємства, організації та установи, створені відповідно до законодавства України, незалежно від форм власності, господарювання, виду діяльності, об'єднання громадян, громадяни-підприємці, які на умовах трудового договору (контракту), договору цивільно-правового характеру або на будь-яких інших умовах використовують за винагороду працю фізичних осіб;

- іноземні підприємства, установи, організації, міжнародні організації, їх філії, представництва та інші відокремлені підрозділи, іноземці, особи без громадянства, які здійснюють діяльність на території України та на будь-яких умовах використовують за винагороду працю громадян України;

- громадяни України, які не є суб'єктами підприємництва і які на будь-яких підставах використовують за винагороду працю інших фізичних осіб;

2) застраховані особи, зазначені у пунктах 1-5, 7, 8, 12, 17, 18 статті 5.

2. За застрахованих осіб, зазначених у пунктах 6, 9, 10, 11, 13-16, 19 статті 5 цього Закону, страхові внески сплачують органи місцевого самоврядування.

3. За застрахованих осіб, зазначених у пункті 15 статті 5 цього Закону, які стали інвалідами внаслідок нещасного випадку на виробництві або професійного захворювання, страхові внески сплачує Фонд соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України.

Стаття 17. Розміри страхових внесків

1. Страховий внесок - це щомісячна плата за страхування, яку страхувальник зобов'язаний внести страховику.

2. Розміри страхових внесків повинні забезпечувати:

- оплату медичної допомоги, наданої застрахованим громадянам, в обсягах, передбачених програмами загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування;

- створення резерву коштів для забезпечення стабільного функціонування системи загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування;

- покриття витрат Фонду медичного страхування, пов'язаних із здійсненням загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування.

3. Розмір страхових внесків встановлюється у відсотках:

- для роботодавців - до сум фактичних витрат на оплату праці та інших виплат найманим працівникам, які підлягають обкладанню прибутковим податком з громадян;

- для застрахованих - працюючих, за винятком осіб, зазначених у пункті 10 статті 5, а також для осіб, перелічених в пункті 7 статті 5 цього Закону - до сум оподаткованого доходу (прибутку).

4. Розмір страхових внесків за осіб, зазначених в пунктах 6, 9-11, 13-16, 19 статті 5 цього Закону, встановлюється фіксованою сумою в розмірі середньодушових витрат на охорону здоров'я, які забезпечують виконання програм загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування.

5. Страховий внесок встановлюється як базовий або територіальний.

6. Розміри базових страхових внесків відповідно до пунктів 3 та 4 цієї статті забезпечують виконання Базової програми і встановлюються за поданням Фонду медичного страхування, Міністерства охорони здоров'я України як мінімальні для всієї держави.

Розмір базових внесків щорічно встановлюється Верховною Радою за поданням Кабінету Міністрів України відповідно для платників

страхових внесків та застрахованих осіб, визначених статтею 16 цього Закону, одночасно із затвердженням Державного бюджету на наступний рік.

7. Розміри територіальних страхових внесків забезпечують виконання територіальних програм і встановлюються за поданням Фонду медичного страхування в розмірі не менше базових страхових внесків.

Розміри територіальних страхових внесків затверджують: Верховна Рада Автономної Республіки Крим, обласні, Київська та Севастопольська міські ради.

Ініціаторами зміни розміру територіальних страхових внесків можуть виступати страховики, страхувальники, органи місцевого самоврядування, громадські організації.

У випадку неповного збору територіальних страхових внесків відповідні зміни вносяться до територіальних програм. Дефіцит розподіляється за типами закладів охорони здоров'я і видами допомоги відповідно до пріоритетів територіальної програми.

Стаття 18. Нарахування страхових внесків.

1. Страхові внески нараховуються на такі види виплат (доходів):

1) усі види основної та додаткової заробітної плати, заохочувальні та компенсаційні виплати (у тому числі в натуральній формі), що відповідно до Закону України "Про оплату праці" та інших законодавчих актів включаються до витрат на оплату праці та підлягають обкладанню прибутковим податком з громадян, незалежно від джерел фінансування;

2) винагороди, що виплачуються (в тому числі в натуральній формі) за виконання робіт (надання послуг) за договорами цивільно-правового характеру, незалежно від джерел фінансування та порядку оподаткування цих виплат;

3) будь-які інші виплати працівникам або громадянам, що виконують роботи (надають послуги) за угодами цивільно-правового характеру або виконують оплачувану роботу на інших підставах - за умови, що зазначені виплати не належать до виплат, зазначених у пунктах 1 і 2 частини першої цієї статті, та підлягають оподаткуванню;

4) стипендії аспірантам, докторантам та клінічним ординаторам;

5) чистий дохід (прибуток), у тому числі в натуральній формі, визначений відповідно до законодавства, отриманий від підприємницької, адвокатської, нотаріальної, творчої та іншої діяльності, пов'язаної з одержанням доходу, незалежно від джерел фінансування та порядку оподаткування цих виплат.

2. Якщо страхувальник отримує (виплачує застрахованій особі) одночасно кілька видів виплат, зазначених у цій статті, то страхові внески нараховуються на суми всіх цих виплат.

Стаття 19. Порядок обчислення та сплати страхових внесків.

Страхові внески обчислюються і сплачуються у грошовій формі лише у валюті України.

У разі нарахування страхових внесків на заробіток (доход), який виплачується в натуральній формі, цей заробіток (доход) оцінюється за вільними ринковими цінами на момент виплати, але не нижче собівартості отриманої продукції.

Сплата страхових внесків здійснюється на підставі відомостей про виплату заробітної плати, декларацій про доходи, бухгалтерських та інших фінансових документів.

Страхові внески сплачуються одночасно з одержанням заробітку (доходу), на який вони нараховуються, в тому числі коли заробіток (доход) виплачується з виручки від реалізації продукції (послуг). У разі здійснення (отримання) виплат у натуральній формі страхувальник зобов'язаний сплатити страхові внески не пізніше ніж через три дні після здійснення (отримання) таких виплат.

Страховальники, зазначені у підпункті 3 пункту 3 статті 4 цього Закону, сплачують страхові внески у строки, в які вони здійснюють сплати податку на доходи.

У разі нестачі у страхувальників коштів для виплати заробітної плати та сплату страхових внесків у повному обсязі нарахування їх на заробітну плату і перерахування страхових внесків до управлінь Фонду медичного страхування провадиться у пропорційних сумах.

Сплата страхових внесків здійснюється до десятого числа кожного наступного місяця.

Сплата страхових внесків здійснюється у такому порядку:

- 1) за працюючих на умовах трудового договору (контракту) страхові внески сплачуються страхувальниками - роботодавцями;
- 2) за решту громадян страхові внески сплачують відповідні страхувальники.

Обчислення та нарахування страхових внесків здійснюється страхувальниками.

У разі ліквідації або реорганізації юридичної особи роботодавець зобов'язаний провести повний розрахунок щодо сплати страхових внесків до Фонду медичного страхування на день ліквідації або реорганізації.

Страховальники, якими є суб'єкти підприємницької діяльності, відносять страхові внески на валові витрати.

Страховальники, якими є бюджетні організації, сплачують страхові внески за рахунок асигнувань, передбачених кошторисом видатків.

Страхувальники - органи місцевого самоврядування - сплачують страхові внески за рахунок коштів, передбачених у відповідних місцевих бюджетах.

Днем сплати страхових внесків вважається:

- у разі перерахування за безготівковими розрахунками - день зарахування суми страхових внесків на рахунок відповідного робочого органу виконавчої дирекції Фонду медичного страхування;

- у разі сплати готівкою - день внесення коштів до банківської установи для перерахування на рахунок відповідного робочого органу виконавчої дирекції Фонду медичного страхування.

Підприємства, установи та організації сплачують страхові внески шляхом безготівкових або готівкових розрахунків через банківські установи.

Стаття 20. Відповідальність за порушення сплати страхових внесків.

1. Роботодавець несе відповідальність за несвоєчасність реєстрації як платник страхових внесків, несвоєчасність сплати та неповну сплату страхових внесків, у тому числі страхових внесків, що сплачують застраховані особи через рахунки роботодавців.

У разі несвоєчасної сплати страхових внесків страхувальниками, у тому числі через ухилення від реєстрації як платника страхових внесків, або неповної їх сплати страхувальники сплачують суму донарахованих контролюючим органом страхових внесків (недоїмки), штраф та пеню.

Штраф накладається у розмірі прихованої суми виплат, на які відповідно до цього Закону нараховуються страхові внески, а в разі повторного порушення - у триразовому розмірі зазначеної суми.

Пеня обчислюється виходячи із 120 відсотків облікової ставки Національного банку України, що діяла на момент сплати, нарахованої на повну суму недоїмки (без урахування штрафів за весь її строк).

За порушення строку реєстрації як платника страхових внесків накладається штраф у розмірі 50 відсотків суми належних до сплати страхових внесків за весь період, який минув із дня, коли страхувальник повинен був зареєструватися.

2. Не сплачені в строк страхові внески, пеня і штраф стягуються в доход Фонду із страхувальника у безспірному порядку.

Строк давності у разі стягнення страхових внесків, пені та фінансових санкцій, передбачених цією статтею, не застосовується.

3. Суми коштів, безпідставно стягнені із страхувальників, підлягають поверненню у триденний строк із дня винесення рішення про безпідставність стягнення цих виплат з відшкодуванням судових витрат.

4. Посадові особи, винні в порушенні строку реєстрації як платника страхових внесків, несвоєчасній та неповній їх сплаті, несуть адміністративну відповідальність згідно із законом.

Право накладати фінансові санкції та адміністративні штрафи від імені Фонду медичного страхування мають керівник виконавчої дирекції Фонду, його заступники, керівники робочих органів виконавчої дирекції Фонду в Автономній Республіці Крим, областях, містах Києві і Севастополі та їх заступники.

Стаття 21. Підстави припинення виплат за надання медичної допомоги.

1. Виплати, які здійснюють робочі органи виконавчої дирекції Фонду медичного страхування закладам охорони здоров'я за надання медичної допомоги застрахованим, можуть бути припинені:

1) якщо медична допомога одержана без направлення лікаря первинної медико-санітарної ланки або у закладах, які не мають договору про надання медичної допомоги з робочими органами виконавчої дирекції Фонду медичного страхування.

Ця підстава не поширюється на невідкладну медичну допомогу:

2) у випадках порушення закладом охорони здоров'я умов договору про надання закладами охорони здоров'я медичної допомоги за загальнообов'язковим державним соціальним медичним страхуванням;

3) в інших випадках, передбачених законодавчими актами або умовами договору про надання закладами охорони здоров'я медичної допомоги за загальнообов'язковим державним соціальним медичним страхуванням.

2. Рішення про відмову в здійсненні виплат за надану медичну допомогу доводиться до відома закладу охорони здоров'я, страхувальника або застрахованого у письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови.

3. Відмова страховика у здійсненні виплат за надану медичну допомогу може бути оскаржена в судовому порядку.

Стаття 22. Бюджет і бухгалтерський облік Фонду медичного страхування.

Фонд медичного страхування з додержанням вимог чинного законодавства за погодженням із спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади розробляє нормативно-правові акти щодо порядку складання та виконання бюджету Фонду, ведення бухгалтерського обліку і звітності та інші документи, що стосуються його діяльності.

Стаття 23. Звіти про діяльність Фонду медичного страхування.

Фонд медичного страхування щорічно складає звіт про результати своєї діяльності і подає його відповідним спеціально уповноваженим центральним органам державної виконавчої влади та публікує у пресі.

Стаття 24. Права та обов'язки застрахованих осіб.

1. Застраховані особи мають право:

1) брати участь в управлінні загальнообов'язковим державним соціальним медичним страхуванням через своїх представників відповідно до цього Закону;

2) на вільне прикріплення до лікаря первинної медико-санітарної ланки, яке на наступний рік провадиться протягом останнього місяця поточного року;

3) на отримання медичної допомоги згідно з Базовою або територіальною програмами;

4) на судовий захист своїх прав та вчинення позову страховику, страхувальнику, закладу охорони здоров'я щодо невиконання договору про надання закладами охорони здоров'я медичної допомоги за загальнообов'язковим державним соціальним медичним страхуванням або відшкодування спричиненої з їх вини шкоди.

2. Застраховані особи зобов'язані:

1) свідомо не створювати ризику для свого здоров'я;

2) повідомляти страховика про інші чинні договори медичного страхування щодо відповідного об'єкта страхування.

Стаття 25. Права та обов'язки страхувальників у системі загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування.

1. Страхувальники мають право:

1) брати участь в управлінні загальнообов'язковим державним соціальним медичним страхуванням через своїх представників відповідно до цього Закону і статуту Фонду медичного страхування;

2) на судовий захист своїх прав.

2. Страхувальники зобов'язані:

1) зареєструватися в робочому органі виконавчої дирекції Фонду медичного страхування у строк, встановлений цим Фондом;

2) своєчасно та в повному обсязі сплачувати страхові внески на загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування;

3) надавати виконавчій дирекції Фонду медичного страхування відомості про:

- сплату страхових внесків, у тому числі застрахованими особами;

- ліквідацію чи реорганізацію підприємства, установи, організації, зміну юридичної адреси;

4) своєчасно повідомляти робочі органи виконавчої дирекції Фонду медичного страхування про припинення трудового договору (контракту) із застрахованою особою або про перехід застрахованої особи до іншої категорії громадян, які підлягають загальнообов'язковому державному соціальному медичному страхуванню.

Стаття 26. Відповідальність суб'єктів загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування.

Відповідальність суб'єктів загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування настає в порядку, встановленому чинним законодавством, у випадках:

1) порушення стандартів медичних технологій закладом охорони здоров'я, допущення помилок в діагностиці та лікуванні, що заподіяли шкоду здоров'ю застрахованого, або у випадку його смерті з вини медичних працівників,

2) надання медичної допомоги застрахованій особі, захворювання або травми якої викликані порушенням нею правил охорони праці, безпеки життєдіяльності, пожежної безпеки, дорожнього руху, поведінки на всіх видах транспорту, правопорядку, а також зловживанням спиртними напоями, прийомом наркотичних і токсичних речовин, а також грубим порушенням режиму лікування;

3) заподіяння роботодавцями шкоди застрахованим особам або страховикам внаслідок невиконання або неналежного виконання своїх обов'язків із загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування;

4) заподіяння шкоди застрахованим особам або страховикам внаслідок фальсифікації закладами охорони здоров'я документів про обсяги та якість наданої медичної допомоги.

Достовірність зазначених у документах даних, передбачених в пункті 4 цієї статті, перевіряється виконавчою дирекцією Фонду медичного страхування та її робочими органами.

Стаття 27. Інформація про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування.

Інформація про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування використовується згідно з вимогами, передбаченими Законом України "Про інформацію".

Забороняється, крім випадків, передбачених законодавством, розголошувати конфіденційну інформацію, пов'язану із страховими випадками.

Страховики через засоби масової інформації зобов'язані роз'яснювати права та обов'язки громадян, передбачені цим Законом.

Страховики надають на безоплатній основі застрахованим особам та страхувальникам консультації з питань загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування.

Розділ V

ДІЯЛЬНІСТЬ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В СИСТЕМІ ЗАГАЛЬНООБОВ'ЯЗКОВОГО ДЕРЖАВНОГО СОЦІАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

Стаття 28. Договір про надання закладами охорони здоров'я медичної допомоги за загальнообов'язковим державним соціальним медичним страхуванням.

1. Договір про надання закладами охорони здоров'я медичної допомоги за загальнообов'язковим державним соціальним медичним страхуванням - це угода між страховиком та закладом охорони здоров'я, згідно з якою заклад охорони здоров'я зобов'язується надавати застрахованим особам медичну допомогу встановленого обсягу та якості відповідно до Базової або територіальної програми.

2. Договір про надання закладами охорони здоров'я медичної допомоги за загальнообов'язковим державним соціальним медичним страхуванням повинен містити:

- 1) реквізити сторін;
- 2) чисельність застрахованих осіб;
- 3) види та обсяг лікувально-профілактичної допомоги відповідно до Базової (територіальної) програми;
- 4) тарифи на медичні послуги та порядок проведення розрахунків за них;
- 5) порядок контролю за якістю наданої медичної допомоги;
- 6) методи оплати за надану медичну допомогу;
- 7) термін дії договору;
- 8) відповідальність сторін та інші умови договору, що не суперечать законодавству України.

3. За встановленими методами оплати за надану медичну допомогу основний обсяг коштів закладам охорони здоров'я авансується з наступним поквартальним дорозрахунком за кількісним та якісним результатами.

Стаття 29. Тарифи на медичну допомогу в системі загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування.

Тарифи на медичну допомогу в системі загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування затверджуються у встановленому порядку за методикою, розробленою Міністерством

охорони здоров'я України спільно з Міністерством економіки України, Міністерством фінансів України та Фондом медичного страхування.

Розділ VI ПРИКІНЦЕВІ ПОЛОЖЕННЯ

Стаття 30. Вирішення спорів.

Спори, що виникають із правовідносин за цим Законом, вирішуються у судовому порядку.

Стаття 31. Набрання чинності цим Законом.

1. Цей Закон набуває чинності з дня його опублікування.

2. До створення Фонду медичного страхування і приведення законодавства України у відповідність із цим Законом законодавчі та інші нормативно-правові акти застосовуються в частині, що не суперечить цьому Закону.

3. Установити, що:

1) страхувальники після створення Фонду медичного страхування та затвердження відповідних нормативних актів повинні зареєструватися в робочому органі виконавчої дирекції Фонду медичного страхування у строк, встановлений Фондом;

2) робочі органи виконавчої дирекції Фонду медичного страхування у тримісячний строк після їх створення та затвердження відповідних нормативних актів повинні укласти договори про надання медичної допомоги за загальнообов'язковим державним соціальним медичним страхуванням із закладами охорони здоров'я.

4. Кабінету Міністрів України:

1) здійснити організаційні заходи для забезпечення функціонування Фонду медичного страхування згідно з цим Законом;

2) разом з Комітетом Верховної Ради України з питань охорони здоров'я, материнства і дитинства підготувати і подати на розгляд Верховної Ради України пропозиції щодо приведення законодавчих актів у відповідність із цим Законом;

3) у тримісячний строк привести свої рішення у відповідність із цим Законом;

4) розробити і затвердити нормативно-правові акти, передбачені цим Законом;

5) забезпечити перегляд і скасування міністерствами та іншими центральними органами виконавчої влади України їх нормативних актів, що суперечать цьому Закону.

Тлумачення окремих термінів [24-27]

Банки даних - системи програмних, мовних, організаційних і технічних засобів, призначених для централізованого накопичення інформації, а також інформації, що зберігається в базах даних.

Безпека джерел водопостачання - відсоток населення, яке має розумний доступ до безпечних джерел водопостачання, включаючи оброблену поверхневу воду або необроблену, але незабруднену воду, таку як джерельна, з санітарно безпечних колодязів та захищених свердловин.

Безперспективна робота - посада, яку номінально обіймають працівники під час адміністративної відпустки на підприємстві, та непродуктивна і неприбуткова робота у неформальному секторі.

Безробіття - безробітні - це всі особи старші певного віку, які не працюють на оплачуваній роботі або не є самозайнятими, але могли бути зайнятими чи самозайнятими з оплатою за працю й робили деякі кроки для того, щоб знайти роботу чи стати самозайнятими з одержанням оплати за роботу.

Бод - величина, за допомогою якої вимірюється швидкість передачі інформації у комп'ютерній чи телефонній мережі. Один бод дорівнює швидкості передачі одного біту інформації за секунду.

Бюджетний надлишок / дефіцит - поточні надходження капіталу та субсидій, мінус від загальних видатків та позик, мінус погашення.

Валовий внутрішній продукт (ВВП) - загальний випуск товарів і послуг для кінцевого використання, вироблених всією економікою, як місцевим населенням, так і нерезидентами, незалежно від розподілу внутрішніх та іноземних вимог.

Валовий національний продукт (ВНП) - загальна вартість внутрішніх та іноземних товарів, поділена на кількість населення. Щорічний ВНП на душу населення виражається у доларах США. ВНП на душу населення - це показник щорічного росту, який обчислюється шляхом добору ліній тренду до логарифмічних значень ВНП на душу населення при сталих ринкових цінах на кожен рік чи пору року.

Витрати на освіту - витрати на забезпечення, управління, інспектування та підтримку дошкільних закладів, початкової та середньої школи, університетів та інститутів, професійно-технічних училищ і технікумів, на загальне управління та на допоміжні служби.

Витрати на охорону здоров'я - витрати на утримання лікарень, поліклінік та клінік, на втілення програм страхування і планування сім'ї.

Військові видатки - витрати Міністерства оборони чи інших відомств на підтримку Збройних Сил, включаючи придбання військової техніки та обладнання, будівництво, набір, підготовку та додаткові програми допомоги.

Внутрішні інвестиції (валові) - інвестиційні витрати на додаток до основного капіталу економіки плюс чисті зміни у рівні запасів.

Внутрішні накопичення - валовий внутрішній продукт без державного та приватного споживання.

Вторинна медико-санітарна допомога - спеціалізована лікувально-профілактична допомога, що надається лікарями, які мають відповідну спеціалізацію і можуть забезпечити більш спеціалізоване консультування, діагностику, профілактику і лікування, ніж лікарі загальної практики.

Вчені - особи, які мають наукову і технічну підготовку, що зазвичай здобувається після закінчення третього рівня навчання у будь-якій галузі науки, та які професійно займаються науковою і розробницькою діяльністю, включаючи адміністраторів та директорів, що керують такою діяльністю.

Гемове залізо - залізо, що як хімічний елемент входить до складу гемоглобіну, міоглобіну, цитохромів та інших елементів крові.

Геостаціонарна орбіта - орбіта супутника, яка забезпечує його розташування практично над однією місцевістю на земній кулі.

Гепатит вірусний - гостре або хронічне запальне захворювання печінки, викликане вірусною інфекцією.

Гіповітаміноз - захворювання, викликане зниженням забезпеченості організму будь-яким вітаміном.

Гіпомікроелементози - зменшення вмісту в організмі життєво необхідних мікроелементів (найдрібніших доз хімічних речовин).

Госпіс (хоспіс) - заклад для догляду за безнадійними хворими, основним завданням якого є полегшення їм останніх днів життя.

Демографічна криза (криза демореальності) - суттєві зміни в демореальності, викликані глибокими деформаціями у житті суспільства, в результаті чого руйнується механізм демовідтворювального процесу, втрачається системна властивість соціального організму - його здатність до самовідтворення населення як суб'єкта суспільного життя у необхідній якості та кількості.

Демографічне навантаження - відсоток населення, визначений як утриманці, віком до 15 років та понад 64 роки, а робочий вік населення - від 15 до 64 років.

Депопуляція - зменшення абсолютної чисельності населення певної території в результаті перевищення кількості померлих над кількістю народжених.

Державні витрати - витрати всіх центральних урядових установ, відділів, закладів та інших органів, що є агенціями чи інструментами центральної влади країни. Сюди входять як поточні, так і капітальні витрати, або витрати на розвиток, але не входять витрати провінційних, місцевих органів та приватних осіб.

Дитяча смертність - щорічна кількість смертей дітей віком до 1 року на 1000 живонароджених. Більш конкретно: це ймовірність смерті від народження дитини до досягнення нею одного року, помножена на 1000.

Доступ до комунальної гігієни - частка населення, яка має реальний доступ до засобів комунальної санітарії - каналізації та обробки відходів, включаючи зовнішні туалети та компостування.

Доступ до послуг охорони здоров'я - частка населення, яка може дістатися до відповідних закладів охорони здоров'я пішки або користуючись місцевими транспортними засобами за час, що не перевищує одну годину.

Економічна активність населення - категорія, яка передбачає розподіл всього населення на зайнятих, безробітних, економічно неактивних.

Економічно активне населення - населення обох статей віком від 15 до 70 років включно, яке впродовж певного періоду часу забезпечує пропозицію робочої сили на ринку праці.

Економічно неактивне населення - особи віком до 15 років та старші 70 років, а також особи віком 15-70 років, які не належать до "зайнятих" та "безробітних": пенсіонери, інваліди, зайняті в домогосподарствах, учні та студенти, сезонні робітники тощо.

Експорт товарів та послуг - ціна всіх товарів та неперопроданих послуг, що надаються решті світу, включаючи товари, фрахт, страхування та інші неперепродувані послуги.

Емітент - державна чи приватна організація (заклад), яка випускає цінні папери для вільного продажу інвесторам.

Живонародження - специфічний радянський термін, який використовується для визначення показників дитячої смертності. При цьому не враховуються всі немовлята, що померли протягом перших 7 днів життя.

Залежність від торгівлі - експорт плюс імпорт як відсоток ВВП.

Запаси води (внутрішні, поновлювані) - середній щорічний дебет води у річках і акваторіях, що надходить від ендегенних опадів.

Заробіток на одного працюючого - заробітки в постійних цінах, виведені через дефлювання номінального заробітку на працюючого за індексом на споживчі товари.

Зовнішній борг - сума гарантованого державного боргу і приватного негарантованого довгострокового боргу, включаючи кредити МВФ та короткотерміновий борг.

Імунізованість - охоплення у середньому дітей віком до 1 року вакцинацією антигенами, що використовуються за Програмою загальної вакцинації дитини (ЗВД).

Індивідуальний пенсійний рахунок - спеціальний рахунок, на зразок банківського, на який особа робить грошові внески протягом періоду трудової діяльності. Ці гроші інвестуються у певні інвестиційні проекти, аж поки особа не досягне пенсійного віку. Заощаджені гроші разом з нарахованими відсотками можуть використовуватися після досягнення пенсійного віку.

Інтранет - мережа, аналогічна Інтернету, але призначена для використання в межах однієї установи (відомства).

Коефіцієнт відтворення втраченого доходу - розмір пенсії у відсотках до попереднього заробітку.

Коефіцієнт демографічного навантаження - відношення чисельності населення дитячого (0 - 15 років) і пенсійного віку до чисельності населення працездатного віку.

Коефіцієнт демографічної залежності пенсійної системи - співвідношення чисельності пенсіонерів і платників страхових внесків.

Ліквідність - ступінь свободи, з якою певний актив можна продати на ринку (перетворити у гроші).

Людські пріоритети - основна освіта, первинна медико-санітарна допомога, безпечна питна вода, адекватна санітарія та гігієна, планування сім'ї та харчування.

Медсестринські заклади для догляду за хронічними хворими - заклади для перебування хронічних хворих, що не потребують постійного лікарського нагляду, в яких надається необхідна соціальна і медична допомога силами середніх медичних працівників та поєднується з періодичними консультаціями лікарів.

Міжнародні валютні резерви (загальні) - запаси монетарного золота, іноземної валюти, депозити, чеки, скарбницькі векселі, ринкові цінні папери, державні та муніципальні облигації.

Неонатальна смертність - показник, що характеризує смертність новонароджених дітей віком від народження до 28-го дня життя включно.

Нетто-коефіцієнт відтворення населення (чистий коефіцієнт відтворення населення) - характеристика режиму відтворення на-

селення, що узагальнює за віком рівні народжуваності та смертності і займає центральне місце в системі коефіцієнтів відтворення населення. Найчастіше обчислюється для населення жіночої статі і є кількісним показником заміщення покоління матерів поколінням дочок, а саме - середнього числа дівчаток, народжених за все життя однією жінкою, яка дожила до дитородного періоду за даних рівнів народжуваності і смертності.

Неформальна економіка - економічна діяльність, яка не вкладається в дозволені законом рамки і не зареєстрована офіційною статистикою.

Неформальний сектор економіки - підприємства, основними ознаками яких є: ринкова спрямованість, обмежене число працівників (до 5 осіб), відсутність державної реєстрації підприємницької діяльності. До нього входять усі особи, зайняті на підприємствах, що характеризуються наведеними ознаками.

Обслуговування боргу - сума виплат за головними боргами у вигляді процента в іноземній валюті, товарах чи послугах іноземним громадянам, що гарантується державою, і за приватними боргами, відшкодування яких не гарантоване державою.

Особи, що мають вчені ступені, - випускники вищих технічних та природничих навчальних закладів, включаючи медичні вузи.

Очікувана тривалість життя при народженні - кількість років, яку може прожити немовля, якщо домінуючі типи смертності залишатимуться незмінними протягом усього його життя.

Паритет купівельної спроможності (ПКС) - див. *"Реальний ВВП на душу населення"*.

Первинна інвалідність - статистичний показник, який враховує цю кількість випадків інвалідності і характеризує їх поширення. Слід відрізнити від поняття "інвалідність" - показника, який характеризує поширення всіх випадків інвалідності.

Первинна медико-санітарна допомога - основна частина лікувально-профілактичної допомоги населенню, що передбачає консультацію лікаря, діагностику і лікування основних найбільш поширених захворювань, травм та отруєнь, профілактичні заходи, направлення пацієнта для отримання вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) допомоги. Надається переважно за територіальною ознакою сімейними лікарями або іншими лікарями загальної практики.

"Перехідні" країни, або країни у перехідному періоді - країни, що зазнають швидкої фундаментальної трансформації політичної та економічної системи.

Перинатальний період - період з 28-го тижня внутрішньоутробного життя плоду до 7-го дня життя після народження включно.

Показник закінчення початкової школи - частка дітей, які вступили до першого класу початкової школи й успішно закінчили цей курс за відповідний проміжок часу.

Показник людського розвитку (ПЛР) - складний вимір людського розвитку, що містить показники трьох однаково важливих вимірів людського розвитку - тривалість життя (очікувану при народженні), освіти (письменність та середню кількість років навчання) і доход (паритет купівельної спроможності в доларах США на душу населення).

Показник материнської смертності - щорічна кількість смертей матерів від причин, пов'язаних з вагітністю, на 100 тис. живонароджень.

Показник письменності (дорослого населення) - відсоток осіб віком від 15 років, які можуть написати і прочитати коротке твердження про їхнє повсякденне життя з розумінням змісту написаного чи прочитаного.

Показник плодючості (загальний) - середня кількість дітей, яких могла б народити живими жінка протягом свого життя, якби вона народжувала їх згідно з характерними для кожної вікової групи показниками плодючості.

Показник смертності дітей віком до 5 років - щорічна кількість смертей дітей віком до 5 років на 1000 живонароджень у середньому за попередні п'ять років. Більш конкретно: це ймовірність смерті у віці від народження до виповнення п'яти років, помножена на 1000.

Пологи (прийняття) - відсоток пологів, прийнятих лікарями, медсестрами, акушерками, підготовленими працівниками первинної медичної допомоги, або тими, хто традиційно приймає пологи.

Початкова освіта - освіта першого рівня (за Міжнародною класифікацією стандартів - рівень I), головна функція якої - забезпечити підготовку до початкової школи, та сама початкова школа.

Працівники - особи, які працюють на постійній роботі, працюючі власники, активні ділові партнери й особи, які працюють у сім'ях, не одержуючи за це платні (за винятком домогосподарок).

Преморбідний стан - кількісні та якісні зміни різних органів і систем, на фоні яких може розвинутих захворювання.

Притримування робочої сили - практика, коли робітників, не зайнятих виробничою діяльністю, не звільняють з підприємств.

Приховане безробіття - безробітні працівники, які не зареєстровані як безробітні, та працівники, яким не платять, або працівники, яким недоплачують у невиробничих галузях.

Провайдер - організація, яка надає послуги у використанні обладнання чи мережі (комп'ютерна, інформаційна, телефонна та ін.).

Проект Глобал Стар - міжнародний проект розвитку космічної телекомунікаційної інфраструктури з використанням низькоорбітальних супутників. Україна має запустити 48 супутників.

Процент прийому (загальний і чистий) - загальний процент прийому - це загальна кількість студентів та учнів, прийнятих до навчальних закладів певного рівня, незалежно від того, до якої вікової групи вони належать; чистий процент прийому - це кількість студентів чи учнів, прийнятих до навчальних закладів певного рівня, що адекватні відповідним віковим характеристикам як процент від населення у цій віковій групі.

Прямий податок - податок, що збирається з фактичного чи очікуваного чистого доходу осіб, з прибутків підприємств і прибутків від капіталу або продажу землі, цінних паперів чи майна.

Реальний ВВП на душу населення (паритет купівельної спроможності) - метод використання офіційних курсів обміну державної валюти на долари США для вимірювання її відносної купівельної спроможності. За Проектом міжнародного порівняння ООН (ПМП) було розроблено методику вимірювання ВВП за міжнародною шкалою зіставлення з використанням паритету купівельної спроможності, а не курсів обміну валюти як коефіцієнта перерахунків, що виражається в доларах ПКС. Поправка на ПКС є спробою порівняння у міжнародному масштабі фінансової спроможності купувати необхідні товари.

Рівень бідності - рівень доходів, нижче якого стає неможливим задовольнити мінімальні потреби у харчуванні та інших нехарчових обов'язкових витратах.

Рівень розвитку інформатизації - показник забезпечення засобами обчислювальної техніки та її використання у різних сферах суспільного життя.

Робоча сила - економічно активне населення, включаючи Збройні Сили і безробітних, за винятком домогосподарок та інших осіб, що займаються обслуговуванням людей, не одержуючи за це платні.

Розрив у відношенні кількості жінок до кількості чоловіків - сукупна оцінка на рівні країни, регіону чи іншої території, в якій

уся кількість жінок виражена через числове співвідношення до кількості чоловіків, що визначається як таке, що дорівнює 100.

Роки життя, втрачені внаслідок передчасної смерті, - сума років життя, втрачених внаслідок передчасної смерті на 1000 осіб, виражена в абсолютних показниках.

Сервер - спеціалізована ЕОМ, що працює як вузол локальної комп'ютерної мережі та виконує певні функції на запит інших вузлів цієї мережі.

Середні медичні працівники - спеціалісти з середньою медичною освітою (медичні сестри, фельдшери, акушерки, лаборанти тощо).

Середня кількість років навчання - середня кількість років навчання осіб віком від 25 років і старших.

Середня освіта - освіта другого рівня (МКС - рівні 2 і 3), що базується на попередньому, принаймні чотирирічному, навчанні на першому рівні і дає загальні або спеціальні знання, або перше й друге, у середніх школах, середніх спеціальних школах, учительських училищах, професійно-технічних училищах та технікумах.

Середня технічна освіта - освіта, яка надається на рівні середньої школи і має на меті підготовку учнів до безпосередньої практичної діяльності, за винятком викладання.

Середня тривалість майбутнього життя (середня очікувана тривалість життя) - узагальнюючий показник рівня смертності, що розраховується за допомогою побудови так званих таблиць смертності і являє собою середнє арифметичне розподілу тих, що доживають до віку X (за тривалістю життя, що залишається) у відповідності з порядком вимирання, зафіксованим у таблицях смертності. Середня тривалість майбутнього життя може бути розрахована для будь-якого віку. Величина показника середньої тривалості майбутнього життя вільна від впливу вікової структури населення, вона залежить лише від рівнів повікової смертності.

Сімейна медицина - форма первинної медико-санітарної допомоги, за якої лікар загальної практики (сімейний лікар) опікується членами прикріплених сімей протягом усього життя і несе повну відповідальність за стан їхнього здоров'я.

Солідарна пенсійна система або система "негайних виплат" (pay-as-you-go) - використання обов'язкових внесків працюючих для забезпечення виплатами пенсіонерів.

Соматична патологія - захворювання, які не викликані інфекційними або іншими зовнішніми агентами (травми, отруєння).

Соціальна допомога - компенсація за втрату доходів через хворобу чи тимчасову непрацездатність, виплати літнім людям, тим, хто постійно непрацездатний та безробітний; допомога сім'ям на дітей та вартість допомоги соціального забезпечення.

Старіння населення - збільшення частки літніх та старих людей у загальній чисельності населення. Причиною старіння населення є зміни у відтворенні населення. Відрізняють "старіння знизу" вікової піраміди, що відбувається через поступове зменшення кількості дітей внаслідок падіння народжуваності, і "старіння зверху", що спричинюється збільшенням кількості старих людей в результаті зниження смертності в літніх вікових групах при відносно повільному збільшенні числа дітей. Для оцінки рівня постаріння населення демографами ООН рекомендована тріступенева шкала: при частці людей віком 65 років і старших меншій 4% - молоде населення, при частці 4-7% - населення на порозі старості, 7% і більше - старе населення. Населення України належить до третьої групи.

Телекомунікація - передача даних між комп'ютером (системою) і віддаленим пристроєм за допомогою засобів, що забезпечують необхідні перетворення формату даних і управління швидкістю передачі.

Темп інфляції - середній щорічний темп інфляції, що вимірюється зростанням внутрішнього дефлятора ВВП за кожний показаний період.

Техніки - особи, які займаються науково-дослідною роботою після здобуття середньої спеціальної освіти не менше ніж протягом трьох років навчання після закінчення першого ступеня другого рівня освіти.

Третинна медико-санітарна допомога - високоспеціалізована лікувально-профілактична допомога, що надається лікарем або групою лікарів, які мають відповідну підготовку в галузі складних для діагностики і лікування захворювань, у разі лікування хвороб, що потребують спеціальних методів діагностики та лікування, а також з метою встановлення діагнозу і проведення лікування захворювань, що рідко зустрічаються.

Умови (зовнішньої) торгівлі - співвідношення індексів середніх імпортерських та експортерських цін.

Уявний або прихований борг (implicit debt) - сукупна сума витрат, яку необхідно було б сплатити всім особам, що вже заробили право на отримання пенсій своєю участю в системі.

Фінансовий ризик - ризик втратити доход через безробіття.

Частка доходу - доход як у вигляді готівки, так і натурою за процентним відношенням груп сімей, розмішених за розміром одержуваного доходу.

Чистий матеріальний прибуток - вимір, який застосовувався у Радянському Союзі для визначення прибутку, куди входить загальна залишкова кількість випущених товарів та "продуктивних послуг", але не входять види діяльності, що не дають матеріальних результатів (напр., охорона здоров'я).

Щільність (густота) населення - загальна кількість населення, поділена на площу території, на якій воно проживає.

Щоденна потреба в калоріях на душу населення - середня кількість калорій, необхідних для підтримання людиною нормального рівня життєдіяльності та здоров'я, беручи до уваги розподіл населення за віком, статтю, масою та температурою тіла.

Щоденне забезпечення калоріями на душу населення - кількість калорій, яка щодня надходить до країни, поділена на кількість населення.

Список використаних джерел

1. Конституція України: Прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 р. - К.: Юрінком, 1996.
2. Воєнна доктрина України, затверджена Верховною Радою України 19 жовтня 1993 р. // Військо України. - 1993. - № 12. - С. 6-12.
3. *Агарков В.І., Дорохова О.Т., Северин Г.К., Коктишев І.В.* Принципи та критерії відбору медичних управлінських кадрів // Укр. мед. вісті. - 1997. - № 1 (56). - С. 5.
4. *Афанасьев В.Г.* Научное управление обществом (Опыт системного исследования).- М.: Политиздат, 1968.- 384 с.
5. *Афанасьев В.Г.* Общество: системность, познание и управление.- М.: Политиздат, 1981.- 432 с.
6. *Бадюк М.І.* Наукове обґрунтування санітарних втрат військ при руйнуванні хімічно небезпечних об'єктів: Дис. ... канд. мед. наук. 14.02.03. - К., 1998. - 173 с.
7. *Бакуменко В.* Державне управління і державно-управлінські рішення: вступ до досліджень // Вісник Укр. Акад. держ. упр. при Президентові України. - 1999. - № 4. - С. 68-79.
8. *Бандурка А.М., Бочарова С.П., Землянская Е.В.* Психология управления. - Харьков: ООО "Фортуна-пресс", 1998. - 464 с.
9. *Білий В.Я., Радши Я.Ф.* Медична служба Збройних Сил України і міжнародне гуманітарне право // Проблемы военного здравоохранения и пути его реформирования / Матер. науч.-практ. конф. / Под ред. проф. В.Я. Белого. - К.: Логос, 1996. - С. 19-23.
10. *Богатирьова Р.* Стан охорони здоров'я в Україні і шляхи подолання кризи / Виступ на II науково-практичній конференції "Охорона здоров'я: Україна і світ" 28 жовтня 1999 р.
11. *Богданович В., Троцько В., Цибуленко М.* Оборонна достатність держави: умови для обґрунтування потрібного рівня // Військо України. - 1997. - № 3-4. - С. 6-7.
12. *Бренар Г.* Французское административное право. - М., 1998. - С. 325-327.
13. *Венедиктов Д.Д.* О научных основах управления здравоохранением: Лекция.- М.: ЦОЛИУВ, 1981.- 39 с.
14. *Гасевський Б.А., Ребкало В.А.* Культура державного управління: організаційний аспект: Монографія. - К.: Вид-во УАДУ, 1998. - 144 с.
15. *Гладун З.* Поняття і зміст державного управління: адміністративно-правовий аспект. - Л., 1996. - 22 с.

16. *Гладун З.С.* Державне управління в галузі охорони здоров'я. - Тернопіль: Укрмедкнига, 1999. - 312 с.
17. *Глушков В., Бобров Г., Терещенко В.* Беседы об управлении. - М.: Наука, 1974. - 224 с.
18. *Голяченко О.М., Середюк А.М., Приходський О.О.* Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я: Підручник для вищих навчальних закладів. - Тернопіль-Київ-Вінниця, 1997.
19. Гриф секретности снят: Потери Вооруженных Сил СССР в войнах, боевых действиях и военных конфликтах: Статистическое исследование / В.М.Адронников, П.Д.Буриков, В.В.Гуркин и др. / Под общ. ред. Г.Ф.Кривошеева. - М.: Воениздат, 1993. - 415 с.
20. *Губский Ю.И., Долго-Сабуров В.Б., Храпак В.В.* Химические катастрофы и экология. - К.: Здоровье, 1993. - 224 с.
21. *Журавель В.И.* Основы менеджмента в системе здравоохранения. - К., 1994. - 336 с.
22. *Журавель В.И., Дейкун Н.П.* Словарь-справочник врача-менеджера. - Киев-Чернигов, 1994. - 60 с.
23. Загальна гігієна: пропедевтична гігієна: Підручник / Є.Г. Гончарук, Ю.І. Кундієв, В.Г. Бардов та ін. / За ред. Є.Г. Гончарука. - К.: Вища школа, 1995. - 552 с.
24. Звіт "Україна. Людський розвиток. 1996" / ПРООН. - К., 1996. - 110 с.
25. Звіт "Україна. Людський розвиток. 1997" / ПРООН. - К., 1997. - 96 с.
26. Звіт "Україна. Людський розвиток. 1998" / ПРООН. - К., 1998. - 94 с.
27. Звіт "Україна. Людський розвиток. 1999" / ПРООН. - К., 1999. - 96 с.
28. *Іванов С.В.* Наукове обґрунтування організації роботи та оснащення підрозділів надання медичної допомоги при масових ураженнях сильнодіючими отруйними речовинами: Дис. ... канд. мед. наук. 14.02.03. - К., 1999. - 129 с.
29. *Кант В.И.* Системный подход в здравоохранении: Лекция. - М.: ЦОЛИУВ, 1983. - С. 5.
30. *Кнорринг В.И.* Искусство управления: Учебник. - М.: Изд-во БЕК, 1997. - 288 с.
31. Концепція адміністративної реформи в Україні / Держ. комісія з проведення в Україні адміністративної реформи. - К., 1998. - 61 с.
32. Концепція (Основи державної політики) національної безпеки України: Затверджена Постановою Верховної Ради України від 16 січня 1997 р. № 3/97-ВР // Уряд. кур'єр. - 1997. - 6 лют.

33. Концепція розвитку військово-медичинської служби / Под ред. проф. В.Я. Белого. - К., 1996. - 18 с.

34. Концепція реформування системи охорони здоров'я України / Проект. - 1996. - 15 с.

35. Концепція створення єдиної державної системи запобігання і реагування на аварії, катастрофи та інші надзвичайні ситуації: Постанова Кабінету Міністрів України від 7 липня 1995 р. № 501.

36. *Косик В.* Україна під час Другої світової війни 1938-1945 рр. / Перекл. з фр. Р.Осадчук. - Київ - Париж - Нью-Йорк - Торонто, 1992. - 730 с.

37. *Костенко Г.* Предмет і зміст воєнної доктрини // Військо України. - 1996. - № 3-4. - С. 6-9.

38. *Крамаренко В.И.* Механизм функционирования экономических отношений в здравоохранении. - Симферополь: Таврида, 1997. - 153 с.

39. *Кредісов А.І., Панченко Є.Г., Кредісов В.А.* Менеджмент для керівників. - К.: Т-во "Знання", КОО, 1999. - 556 с.

40. *Крыштопа Б.П., Андреева И.М.* Менеджер в здравоохранении. - К., 1995. - 118 с.

41. *Ладний О.Я., Ільницький І.Г., Гофман Е.Л., Ердманіс Д.Ф., Няньковський С.Л.* Основні елементи програми реформування системи охорони здоров'я на регіональному рівні // Укр. мед. віст. - 1997. - № 1 (56). - С. 14-15.

42. *Латін В.М.* Безпека життєдіяльності людини: Навч. посіб. - 2-ге вид. - Львів - Київ, 1999. - 186 с.

43. *Левченко Ф.М.* Управління кваліфікованою медичною допомогою в системі лікувально-евакуаційного забезпечення військ: Дис. ... канд. наук з держ. упр. 25.00.05. - К., 1998. - 220 с.

44. *Лісовий А.С., Горбатюк Д.А., Хонда О.М., Лісовий К.А.* Деякі правові аспекти охорони здоров'я в Україні // Укр. мед. віст. - 1997. - № 1 (56). - С. 15-17.

45. *Лобастов О.С.* История становления и развития в Военно-медицинской академии научно-педагогической школы организации медицинского обеспечения войск // Вест. истории воен. мед.-Спб, 1998. - Вып. 2. - С. 7-22.

46. *Луговий В., Князєв В.* Адміністративна реформа в Україні: наукове і кадрове забезпечення // Вісник Укр. Акад. держ. упр. при Президентові України. - 1997. - № 2. - С. 4-8.

47. *Луговий В., Князєв В.* Державне управління як галузь професійної діяльності, академічної підготовки, наукових досліджень // Вісник. Укр. Акад. держ. упр. при Президентові України. - 1997. - № 3-4. - С. 9-12.

48. Адміністративна реформа в Україні: Матеріали міжнар. симпозиуму, 25-28 лист. 1997 р. м. Київ // Вісн. Укр. Акад. держ. упр. при Президентові України. - 1998. - № 1. - С. 3-85.

49. Медицинское обеспечение Советской Армии в операциях Великой Отечественной войны 1941-1945 гг. - М.: Воениздат, 1991. - Т. 1. - С.32-183.

50. Месарович М., Мако Д., Такахара И. Теория нерархических многоуровневых систем. - М.: Мир, 1973. - 344 с.

51. Миколишин Л., Гельнер З. Юрій Дрогобич - видатний вчений, перший український доктор медицини // Медицина і українська культура: Матеріали конф. - К., 1993. - С. 47-50.

52. Надолішній П.І Етнонаціональний аспект адміністративної реформи в Україні (теоретично-методологічний аспект): Дис. д-ра наук з держ. упр. 25. 00. 01. - К., 1999. - 444 с.

53. Про створення робочої групи сприяння реформі охорони здоров'я: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 16.04.1999 р.

54. Нечай С. До питання про формування керівників системи охорони здоров'я // Укр. мед. вісті. - 1997. - № 2-3 (57-58). - С. 39.

55. Нижник Н. Державна влада та державне управління в Україні // Вісн. Укр. Акад. держ. упр. при Президентові України. - 1997. - № 2. - С. 13.

56. Нижник Н. Державне управління в Україні: проблеми і перспективи // Вісн. Укр. Акад. держ. упр. при Президентові України. - 1996. - № 1. - С. 102-115.

57. Нижник Н., Мосов С. Механізм порівняльної оцінки та добору кадрів у системі державного управління // Вісн. Укр. Акад. держ. упр. при Президентові України, 1999. - № 2. - С. 9-17.

58. Нижник Н. Проблеми управління охороною здоров'я України // Укр. мед. вісті. - 1997. - № 2-3 (57-58). - С. 40-41.

59. Оболенський О. Навчання державного службовця як складова його професійної діяльності // Вісн. Укр. Акад. держ. упр. при Президентові України. - К.: Вид-во УАДУ, 1999. - № 3. - С. 35-41.

60. Основи законодавства України про охорону здоров'я від 19 листопада 1992 р. // Відом. Верховної Ради України. - 1993. - № 4.

61. Основные направления государственного регулирования здравоохранения Российской Федерации на 2000-2010 гг. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2000. - № 3. - С. 3-14.

62. Парафійник Н. Здоров'я людини як соціально-економічна цінність // Матеріали конгресу Світової федер. укр. лікар. товариств 4-9 вересня 1994 р.- Д., 1994. - С. 26.

63. Пасько В.В. Концептуальні підходи до побудови системи медичного забезпечення Збройних Сил України // Укр. мед. вісті. - 1997. - № 1 (56). - С. 26-27.

64. Пиріг Л. Охорона здоров'я в державній політиці України на сучасному етапі // Укр. мед. вісті. - 1997. - № 1 (56). - С. 3-5.

65. Положення про Міністерство охорони здоров'я: Затверджене Указом Президента України від 17 серпня 1998 р. № 884/98.

66. Поляков Л.Е. Цена войны: Демографический аспект.- М.: Финансы и статистика, 1985.-136 с.

67. Пономаренко В.М., Назорна А.М., Ткач Л.І., Гуменний В.С. Концептуальні основи національної політики в галузі охорони здоров'я // Укр. мед. вісті. - 1997. -№ 1 (56). - С. 28-29.

68. Пономаренко В.М. Основні проблеми реформування системи охорони здоров'я України // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я. - 1999. - № 1. - С. 7-10.

69. Пономаренко В. Реформування охорони здоров'я України на сучасному етапі // Укр. мед. вісті. - 1997. - № 2-3 (57-58). - С. 26-27.

70. Право війни: Порадник для командного складу Збройних Сил України / За ред. В.П. Базова. - К.: Поліграфкнига, 1997. - 111 с.

71. Про взаємодію медичних служб Збройних Сил та інших військових формувань із державною системою охорони здоров'я і про створення загальнодержавної системи екстремальної медицини: Постанова Кабінету Міністрів України від 16 жовтня 1995 р. № 819.

72. Про забезпечення санітарного та епідеміологічного благополуччя населення: Закон України від 24 лютого 1994 р. // Відом. Верховної Ради України. - 1994. - № 27.

73. Програма реорганізації медичної допомоги в Україні "Перспектива - 2010": Матеріали Першого всеукр з'їзду мед. працівників. - К., 1999. - 96 с.

74. Про затвердження заходів щодо розвитку Державної служби медицини катастроф на 1998-2001 рр.: Постанова Кабінету Міністрів від 9 грудня 1997 р. № 1379.

75. Про затвердження складу Центральної координаційної комісії державної служби медицини катастроф: Наказ МОЗ України від 8 вересня 1997 р. № 272.

76. Про створення Державної служби медицини катастроф: Постанова Кабінету Міністрів України від 14 квітня 1997 р. № 343.

77. Про склад та завдання комісії МОЗ України з удосконалення правового регулювання управління в галузі охорони здоров'я: Наказ МОЗ України від 13 січня 1997 р. - № 9.

78. *Пундій П.* Українські лікарі: Біобібліогр. довід. - Львів-Чикаго: НТШ у Львові, 1994. - Кн. 1: Естафета поколінь національного відродження. - 328 с.
79. *Радиш Я.Ф.* До питання про методологію визначення внеску українських військових лікарів в історію військової медицини Росії // Проблеми воєнного здравоохранения: Матеріали науч.-практ. конф. / Под ред. проф. В.Я. Белого. - К.: Изд-во "Логос", 1996. - С. 293-297.
80. *Радиш Я.Ф.* Історія військової медицини: Навч. посіб. - К., 1997. - 148 с.
81. *Радиш Я.Ф., Щербак О.І.* Мистецтво результативного управління (проблемні лекції). - К.: Віпол, 2000. - 172 с.
82. *Раскин Л.Г.* Анализ сложных систем и элементы теории оптимального управления. - М.: Сов. радио, 1976.- 344 с.
83. *Рачинський А.* Професіоналізм - як основа діяльності державних службовців // Вісн. Укр. Акад. держ. упр. при Президентові України. - 1999. - № 2. - С. 22-30.
84. Реформування державного управління в Україні: проблеми і перспективи / Кол. авт. Наук. керів. В.В. Цветков- К.: Оріяни, 1998. - 364 с.
85. Российская военно-медицинская академия (1798-1998) / Гл. ред. Ю.Л. Шевченко. - Спб.: ВмедА, 1998.- 728 с.
86. Російсько-український військово-медичний словник (з поясненням 1476 термінів і словосполук українською мовою) / А.А. Бурячок, В.В. Пасько, Я.Ф. Радиш, В.В. Трохимчук. - К., 1998. - 134 с.
87. *Рудень В.В.* Страхова медицина і медичне страхування: Навч. посіб. - Львів: Обл. кн. друк., 1999. - 304 с.
88. *Рудий В.* Розвиток сучасного санітарного законодавства України та його значення для підвищення ефективності державного управління санітарно-гігієнічним забезпеченням // Вісн. Укр. Акад. держ. упр. при Президентові України. - 1999. - С. 247-250.
89. Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения: В 2-х т. - Т. 1. / Ю.П. Лисицын, Е.Н. Шиган, И.С. Слученко и др.; Под ред. Ю.П. Лисицына. - М.: Медицина, 1987. - 432 с.
90. Сборник Постановлений для чинов Военно-медицинского ведомства / Сост. Ф.Старк, Н.Гейнац и Ф.Фиалковский. - Т. 1. - Спб., 1873. - С. 178-179, 384-385, 398-403.
91. Словарь-справочник менеджера / Под ред. М.Г. Лапусты. - М.: ИНФА-М, 1996. - 608 с.
92. Словник законодавчих і нормативних термінів: Юрид. слов. І. Дахна / Авт. І.І. Дахно. - К.: Бліц-Інформ, 1998. - 352 с.
93. *Смирное Е.И.* Война и военная медицина 1939-1945 годы. - М.: Медицина, 1979. - 524 с.

94. Советский энциклопедический словарь / Гл. ред. А.М. Прохоров. - 2-е изд. - 1983. - С. 456, 557, 929, 1209, 1437.
95. Соціальна медицина і організація охорони здоров'я: Підручник / За ред. Н.І. Кольцової, О.З. Дешик. - 2-е вид., перероб. і доп.- Івано-Франківськ, 1999.-304 с.
96. *Стасюк О.* Про деякі методологічні засади в доборі кадрів органів державної влади / Вісн. Укр. Акад. держ. упр. при Президентові України. - 1997. - № 3-4. - С. 50-55.
97. *Тимошик М.* Весь вік, весь труд віддав Україні // Пам'ять століть. - 1997. - №1. - С. 70-86.
98. *Тинченко Я.* Перша українсько-більшовицька війна (грудень 1917 - березень 1918). - К.; Л., 1996.- 372 с.
99. *Тронь В., Сидоренко В., Нужний Є.* Математична модель створення інформаційних систем державного управління // Вісн. Укр. Акад. держ. упр. при Президентові України. - 1997. - № 1. - С. 147-161.
100. *Удовиченко О.І.* Україна у війні за державність: Історія організації і бойових дій Українських Збройних Сил 1917-1921.- К.: Україна, 1995.- 206 с.
101. Україна в контексті "Порядку денного на ХХІ століття" / Упорядкув.: В.І. Вовк та ін. - К.: Нора-Прінт, 1998. - 80 с.
102. Україна: поступ у ХХІ століття. Проект Стратегії економічної та соціальної політики на 2000-2004 рр.: Послання Президента до Верховної Ради України. - //Уряд. кур'єр. - 2000. - 28 січня. - № 16.
103. Украинская ССР в Великой Отечественной войне Советского Союза 1941-1945 гг. - Т.3. - С.152-153.
104. *Урланис Б.Ц.* Войны и народонаселение Европы. Людские потери вооруженных сил европейских стран в войнах XVII-XX столетий. - М.: Медгиз, 1959.-627с.
105. УСЕ - Універсальний словник-енциклопедія / Гол. ред. ради чл.-кор. НАНУ М. Попович. - К.: Ірина, 1999. - С. 623, 1005.
106. *Хижняк М.І., Нагорна А.М.* Здоров'я людини та екологія. - К.: Здоров'я, 1995. - 232 с.
107. *Цветков В.В.* Державне управління: основні фактори ефективності (політико-правовий аспект). - Х.: Вид-во "Право", 1996. - 164 с.
108. *Цегольник П.А.* Формирование профессиональной модели специалиста в сфере управления: Дис. ... канд. наук гос. упр. 25.00.03. - К., 1997. - 176с.
109. *Ціборовський О.* Основи державної політики України в галузі охорони здоров'я // Укр. мед. вісті. - 1997. - № 1 (56). - С. 37-38.

110. *Чаруковский А.А.* Военно-походная медицина.- СПб., 1836-1837.
111. *Черкасов В.В., Платонов С.В., Третьяк В.И.* Управленческая деятельность менеджера. Основы менеджмента. - К.: Ваклер, Атлант, 1998. - 470 с.
112. *Швидько Г.К., Романов В.С.* Державне управління і самоврядування в Україні: Іст. нарис: Навч. посіб. - К.: Вид-во УАДУ, 1997. - Ч. 1. - 140 с.
113. *Шиган Е.Н.* Системный подход в здравоохранении / Рук-во по соц. гигиене и организации здравоохранения: В 2-х т. - М.: Медицина, 1987.- Т.2. - С.41-65.
114. *Щёкин Г.В.* Основы кадрового менеджмента: Учеб. - 3-е изд., перераб. и доп. - К.: МАУП, 1999. - 288 с.
115. *Щепин О.П., Нечаев В.С.* О государственных механизмах реформы здравоохранения // Проблемы социальной гигиены и история медицины. - 1997. - № 1. - С. 34-38.
116. Якою буде Україна у ХХІ сторіччі залежить від того, що ми зробимо для неї зараз: Виступ Президента України Л.Д. Кучми при поданні Річного послання до Верховної Ради України 21 березня 1997 р. // Уряд. кур'єр. - 1997. - № 52-53.-22 берез.
117. *Ярменчук А.Д.* Менеджеру здравоохранения. Теория искусства управления. - В 2-х ч. - ч. 1: Общие проблемы. - К., 1991. - 176 с.
118. *Ярменчук А.Д.* Менеджеру здравоохранения. Теория искусства управления. - В 2-х ч. - ч. 2: Частные проблемы. - К., 1991. - 300 с.
119. *Ярменчук А.Д., Усенко В.И.* Руководителю, менеджеру, предпринимателю - руководство по проблемам человека, деятельности, общения, логики управленческого мышления и искусства управления: В 4-х ч. - Ч. 1: Проблемы человека, деятельности, общения. - К., 1993. - 122 с.
120. The Military Health System (MHS) Strategic Plan: [http:// 20/10/98](http://20/10/98), p.1-9.
121. The Military Surgeon. 1945. Vol. 97. №5. P. 428.

З М І С Т

<i>Передмова</i>	3
<i>Вступ</i>	6
Розділ 1.	
Роль і місце українських лікарів у державотворенні та формуванні державницького підходу до медичного забезпечення (історичний аспект)	12
1.1. Внесок українських лікарів у формування державницького підходу до медичного забезпечення та практичного запровадження гуманного ставлення до жертв війни	17
1.2. Внесок українських лікарів у формування державницького підходу в організації охорони здоров'я за період діяльності УНР	22
Розділ 2.	
Сучасний стан системи охорони здоров'я України	31
2.1. Концептуалізація: категорійно-понятійний апарат про державне управління системою охорони здоров'я	33
2.2. Сучасний стан системи охорони здоров'я України	47
Розділ 3.	
МОЗ України і відомча медицина: сучасний стан взаємозв'язків та шляхи їх оптимізації для ефективної роботи галузі в умовах надзвичайних ситуацій	124
3.1. Характеристика надзвичайних ситуацій природного і техногенного походження	124

- 3.2. Короткий аналіз екологічної та медико-демографічної ситуації в Україні 130
- 3.3. Роль і місце військової медицини в забезпеченні воєнної безпеки України 142
- 3.4. Вплив недосконалих міжвідомчих державно-управлінських відносин в охороні здоров'я України на ефективність роботи галузі в умовах надзвичайних ситуацій та шляхи їх оптимізації 149
- 3.5. Медичне забезпечення за територіальним принципом - шлях до створення загальнодержавної системи надання медичної допомоги цивільному населенню і військовослужбовцям Воєнної організації України 154
- 3.6. Цивільна і військова медицина: концептуальні засади взаємодії в єдиному медичному просторі України 167
- 3.7. Шляхи оптимізації взаємозв'язків між МОЗ України та відомчою медициною для підвищення ефективності державного управління галуззю 186

Розділ 4.

Професійна модель сучасного спеціаліста з державного управління охороною здоров'я України 190

- 4.1. Професіоналізм і культура державного управління - основа діяльності керівників системи органів та установ охорони здоров'я 191
- 4.2. Державні та галузеві кваліфікаційні вимоги до менеджера охорони здоров'я 198

Розділ 5.

Шляхи удосконалення державного управління охороною здоров'я в умовах адміністративної реформи в Україні 221

- 5.1. Концептуальні засади, правове забезпечення та напрямки адміністративної реформи в Україні 221
- 5.2. Основи державної політики України в галузі охорони здоров'я 224
- 5.3. Шляхи реформування системи охорони здоров'я України 230

<i>Висновки</i>	241
<i>Додаток 1.</i>	
Визначні діячі медицини Російської імперії другої половини XVIII - першої половини XIX ст. та Австро-Угорської імперії початку XX ст. - українці (короткий біографічний покажчик)	245
<i>Додаток 2.</i>	
Принципи гуманного ставлення до жертв війни та короткий зміст Женевських конвенцій 1949 р.	255
<i>Додаток 3.</i>	
Військові лікарі України - керівники військово-медичної служби в роки Великої Вітчизняної війни 1941-1945 рр.	266
<i>Додаток 4.</i>	
Ціна війни (медичний аспект)	271
<i>Додаток 5.</i>	
Спеціальні анкети для відбору управлінських кадрів для охорони здоров'я України	278
<i>Додаток 6.</i>	
Організаційно-функціональні цикли (стадії) розвитку систем	300
<i>Додаток 7.</i>	
Указ Президента України "Про концепцію розвитку охорони здоров'я населення України"	303
<i>Додаток 8.</i>	
Закон України "Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування" (Проект)	315
<i>Додаток 9.</i>	
Тлумачення окремих термінів	338
Список використаних джерел	348

Я.Ф. Радии

**Державне управління
охороною здоров'я в Україні:
генезис, проблеми
та шляхи реформування**

Монографія

Київ, видавництво УАДУ

Відповідальна за випуск *Н.А. Гегеля*
Редактор *В.А. Дон*
Коректор *М.В. Юшкова*
Комп'ютерна верстка *Н.Ю. Конайгора*

Підписано до друку 12.12.2001 р.
Формат 60 x 84 $\frac{1}{16}$ Тираж 300 пр. Обл.-вид. арк. 16,79.
Ум. друк. арк. 20,25. Папір офсет. № 1. Гарн. Таймс. Офс. друк.
Зам. № 030.

Видавництво Української Академії державного управління
при Президентові України.
03057, Київ-57, вул. Ежена Потьє, 20, тел. 446-94-36.
E-mail: vydav@academy.kiev.ua.

Свідоцтво серії ДК № 24 від 31.03.2000 р.

Видруковано з оригінал-макета у видавництві
Української Академії державного управління
при Президентові України.
03057, Київ-57, вул. Ежена Потьє, 20.