

## 2. ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ЯК СТРАТЕГІЧНА СКЛАДОВА СТАЛОГО РОЗВИТКУ УКРАЇНИ

*Важливим компонентом людського капіталу, який суттєво впливає на стійкість довгострокових трендів потенційного розвитку держави, виступає здоров'я населення і високий рівень діяльності системи охорони здоров'я як у цілому по країні, так і в регіональному та місцевому її аспектах. Варто зазначити, що інвестувати в людський капітал можна різними шляхами. Передусім це інвестиції в охорону здоров'я та турбота про здоров'я населення.*

Не можна говорити про повну реалізацію життя без забезпечення умов для збереження здоров'я. Адже здоров'я населення є одним із визначальних чинників розвитку економіки будь-якої країни, показником її благополуччя, індикатором результативності й ефективності соціальних реформ.

Здоров'я — це універсальна цінність людства й найважливіший індикатор сталого розвитку країни.

Здоров'я сприяє підвищенню продуктивності праці, формуванню більш ефективних трудових ресурсів та більш здоровому старінню; скорочує витрати, пов'язані з хворобою та соціальною допомогою, а також витрати, пов'язані з наданням медичної допомоги; сприяє зменшенню втрат податкових надходжень у бюджет<sup>1</sup>.

Покращення стану здоров'я населення є головною турботою суспільства, яке прагне до благополуччя та сталого розвитку.

Міжнародний досвід показує, що найбільш перспективним шляхом для забезпечення здоров'я та благополуччя населення, є злагоджена робота всіх секторів держави, яка скерована на соціальні та індивідуальні детермінанти здоров'я<sup>2</sup>.

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), здоров'я — це фактор довготривалого стійкого економічного зростання, підвищення якості людського капіталу, фактор, що сприяє безперервному економічному зростанню і зниженню рівня бідності<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік. — МОЗ України, ДУ "УІСД МОЗ України", 2017р., с.9.

<sup>2</sup> Там само.

<sup>3</sup> Інвестиции в здоровье: ключевое условие успешного экономического развития стран Восточной Европы и Центральной Азии. — Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), 2008г., от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, <http://www.euro.who.int/pubrequest>.

Особливо актуальними питання збереження здоров'я стають під час соціально-економічної кризи. Оскільки ступінь орієнтованості держави на покращення здоров'я громадян, удосконалення діяльності ВООЗ у цей період стають своєрідним тестом на подальшу гуманізацію національного розвитку, підтвердження статусу соціальної орієнтованості держави. Не даремно в основі політики ВООЗ “Здоров'я-2020” лежить проста життєво важлива ідея: здоров'я і благополуччя мають ключове значення для людського, соціального та економічного розвитку і всього майбутнього Європи<sup>4</sup>. Адже відсутність (чи негативні показники здоров'я населення) здоров'я руйнує потенціал, породжує відчай і призводить до виснаження ресурсів<sup>5</sup>. Саме тому у ст.3 Конституції України задекларовано, що “Людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю”.

Стратегічною метою державної політики у сфері охорони здоров'я є поліпшення стану здоров'я населення, підвищення реальної доступності медичної допомоги для всіх його прошарків, що на законодавчому рівні закріплюється державними гарантіями<sup>6</sup>.

Державна гарантія — це зобов'язання держави перед громадянами або юридичними особами, що припускає надання матеріальних або нематеріальних благ відповідно до державних стандартів та загальновизнаних норм міжнародного права.

Державні соціальні гарантії з охорони здоров'я — це гарантований обсяг медичного обслуговування населення, встановлений законодавством країни. Ці гарантії показують ступінь державної відповідальності щодо відтворення здоров'я і відображають ситуацію з реалізації соціальних прав громадян.

## 2.1. Виклики з боку людського капіталу: стан медико-демографічної ситуації в Україні

Головні виклики формуються з боку демографії. Україну в більшості публікацій (як наукових, так і аналітичних) називають країною Європейського регіону з незадовільними показниками здоров'я, низькими показниками середньої очікуваної тривалості життя, поширеною “нездоровою” поведінкою населення (вживання тютюну та алкоголю, ожиріння, низький рівень фізичної активності, високий рівень стресів). Аналіз офіційної статистики дозволяє об'єктивно оцінити ситуацію, що склалася в Україні з медико-демографічними показниками з позиції людського капіталу.

За даними Держстату, чисельність населення в Україні протягом останніх 27 років (1991-2018рр.) неухильно скорочується, тобто спостерігається стійка депопуляція<sup>7</sup>.

<sup>4</sup> Зачем нужна политика Здоровье-2020. — ВОЗ, <http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/about-health-2020/why-health-2020>.

<sup>5</sup> Обзор социальных детерминант и разрыва по показателям здоровья в Европейском регионе ВОЗ: заключительный доклад. — ВОЗ, 2014г., <http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-who-european-region-final-report>.

<sup>6</sup> Державна політика у сфері охорони здоров'я. — Колективна монографія у двох частинах, ч.1 (заг. ред. проф. М.Білінська, проф. Я.Радиш), Київ, 2013р., [http://academy.gov.ua/NMKD/library\\_nadu/Monogr/457d99ff-a477-4205-baaf-2cee246fe3da.pdf](http://academy.gov.ua/NMKD/library_nadu/Monogr/457d99ff-a477-4205-baaf-2cee246fe3da.pdf).

<sup>7</sup> Статистика населення України, <http://database.ukrcensus.gov.ua/Mult/Dialog/Saveshow.asp>.

Слід зазначити, що перевищення показників смертності над народженістю є характерним не лише для України. У більшості країн Європи також спостерігається депопуляція. Україна вирізняється лише масштабістю та темпами депопуляції.

Як видно, з 1993р. (коли фіксувалася найбільша чисельність населення України – 52,2 млн. осіб) до кінця 2017р. населення нашої країни зменшилося майже на 10 млн. осіб (з 2014р. – без урахування окупованих територій (Криму, Севастополя, частини Донбасу). При цьому, понад 80% загального скорочення населення за вказані роки припадає саме на природне зменшення (діаграма “Чисельність населення України”, с.52).

Можна з високим ступенем ймовірності стверджувати, що не покращиться ситуація і у подальшому. Оскільки, станом на 1 квітня 2018р., чисельність населення України становила 42,3 млн. осіб, тоді як у відповідний період 2017р. цей показник становив 42,5 млн. осіб<sup>8</sup>.

### ПРИЧИНИ ДЕПОПУЛЯЦІЇ В УКРАЇНІ

1. Соціальні катастрофи 1930-1940-х років, затяжна системна криза 1990-х років україн негативно вплинули на природний процес демографічної еволюції, призвели до помітних деформацій вікової структури населення, передчасної смертності близько 16 млн осіб.

2. Низький рівень народжуваності впродовж останніх 40 років.

Це обумовило вичерпання демографічного та відтворювального потенціалу і зрештою не могло не призвести до депопуляції і скорочення чисельності населення.

Деяке “покращення” ситуації, а саме “сповільнення” депопуляції на початку ХХІ ст. було обумовлене:

- входженням у дітородний вік дівчаток, народжених у 1980-х роках (коли значно зросли показники народжуваності);
- входженням до контингенту літніх людей малочисельних поколінь 1940-х років, що сповільнювало зростання числа смертей у нульових роках ХХІ ст.

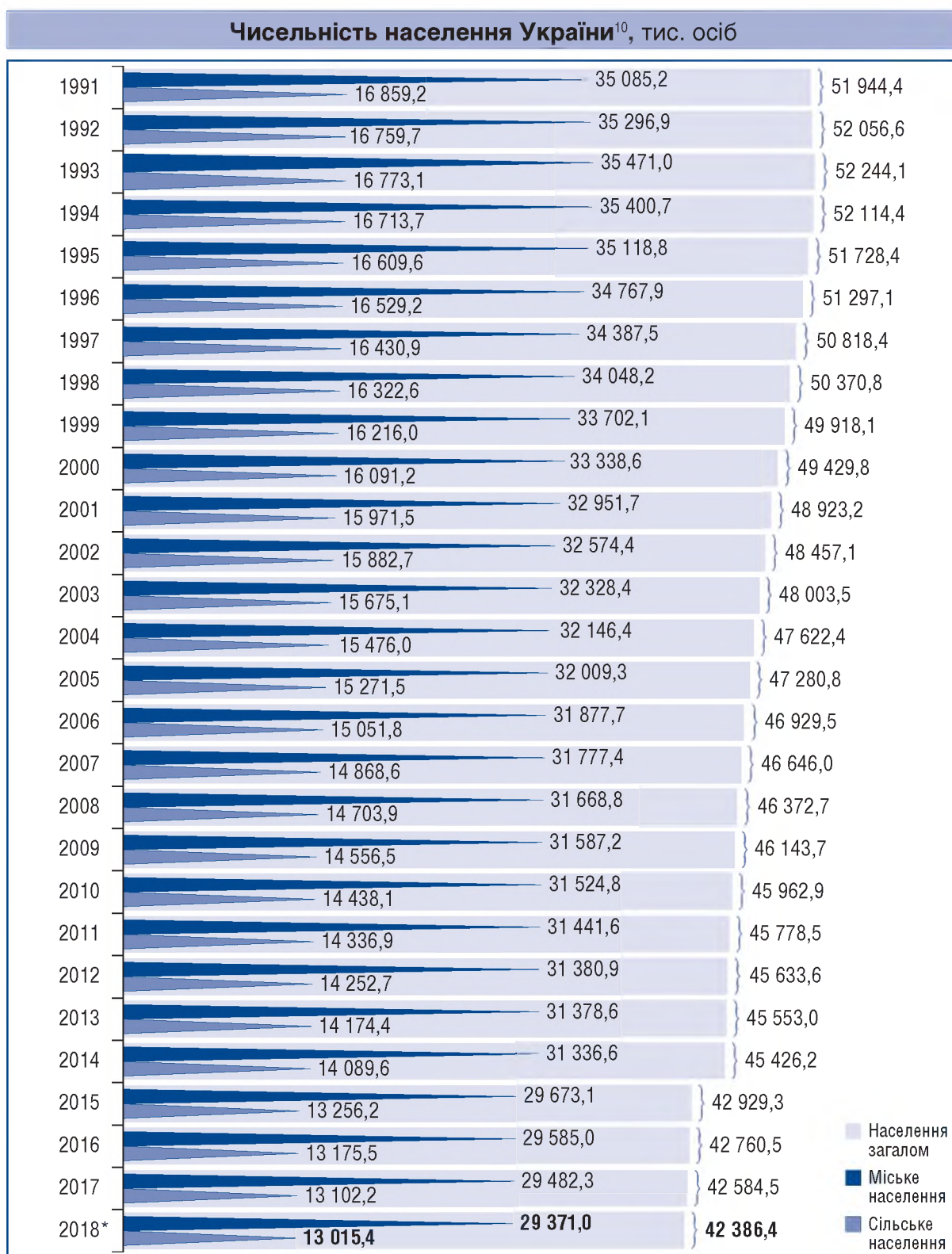
Однак, за прогнозами авторитетних експертів, вплив обох цих чинників практично вичерпав себе, і вже на початку 2020-х років число потенційних матерів повернеться до рівня початку 1990-х років, а зростання числа літніх людей знову набере силу за рахунок поколінь, народжених наприкінці 1940-х і у 1950-х роках. Унаслідок цих змін, сприятливі з точки зору сповільнення темпи скорочення чисельності населення у 2000-2014рр. у подальшому знову стають несприятливими.

Таким чином, в Україні наприкінці ХХ - початку ХХІ ст. встановився тип відтворення населення, притаманний тривало воюючим країнам: надвисока смертність – наднизька народжуваність<sup>9</sup>.

Наразі, враховуючи досить високий рівень постаріння населення, перманентний стан соціально-економічних трансформацій, сучасну геополітичну ситуацію в Україні – депопуляція набула спонтанно-сталого характеру і поки що немає вагомих ознак її пом'якшення, навіть за умови підвищення народжуваності та зниження смертності.

<sup>8</sup> Показники чисельності населення України. – Державна служба статистики України (Держстат), <http://www.ukrstat.gov.ua>.

<sup>9</sup> Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік. – МОЗ України, ДУ “УІСД МОЗ України”, Київ, 2017р., 516 с.



Тут і далі в цьому розділі статистичні показники, починаючи з 2014р. є неповними, оскільки немає даних стосовно тимчасово окупованих територій АР Крим, Севастополя, частин Донецької та Луганської областей.

\* Дані за 2018р. наведені станом на 1 квітня 2018р.

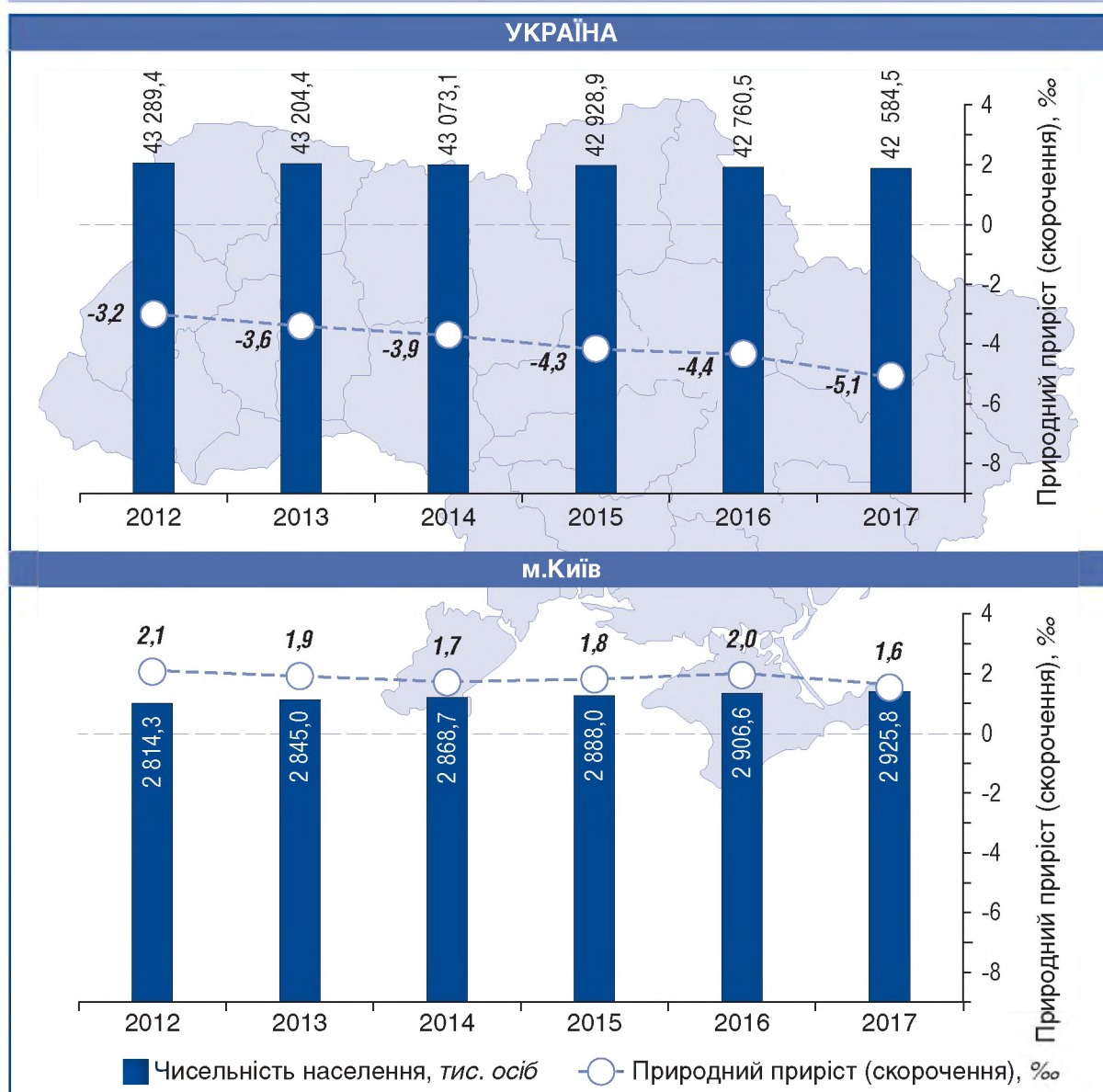
<sup>10</sup> Дані Держстату України.



Сьогодні в Україні відбуваються зміни в адміністративно-територіальному устрої, що дуже важливо враховувати й під час аналізу медико-демографічних показників, особливо з точки зору розвитку людського капіталу. Аналіз динаміки чисельності та природного приросту (убутку) населення України в регіональному розрізі покаже перспективи розвитку регіонів, виклики та соціальне навантаження, яке може бути в тому чи іншому регіоні. Такий аналіз також потрібно враховувати під час планування запровадження трансформацій у сфері охорони здоров'я.

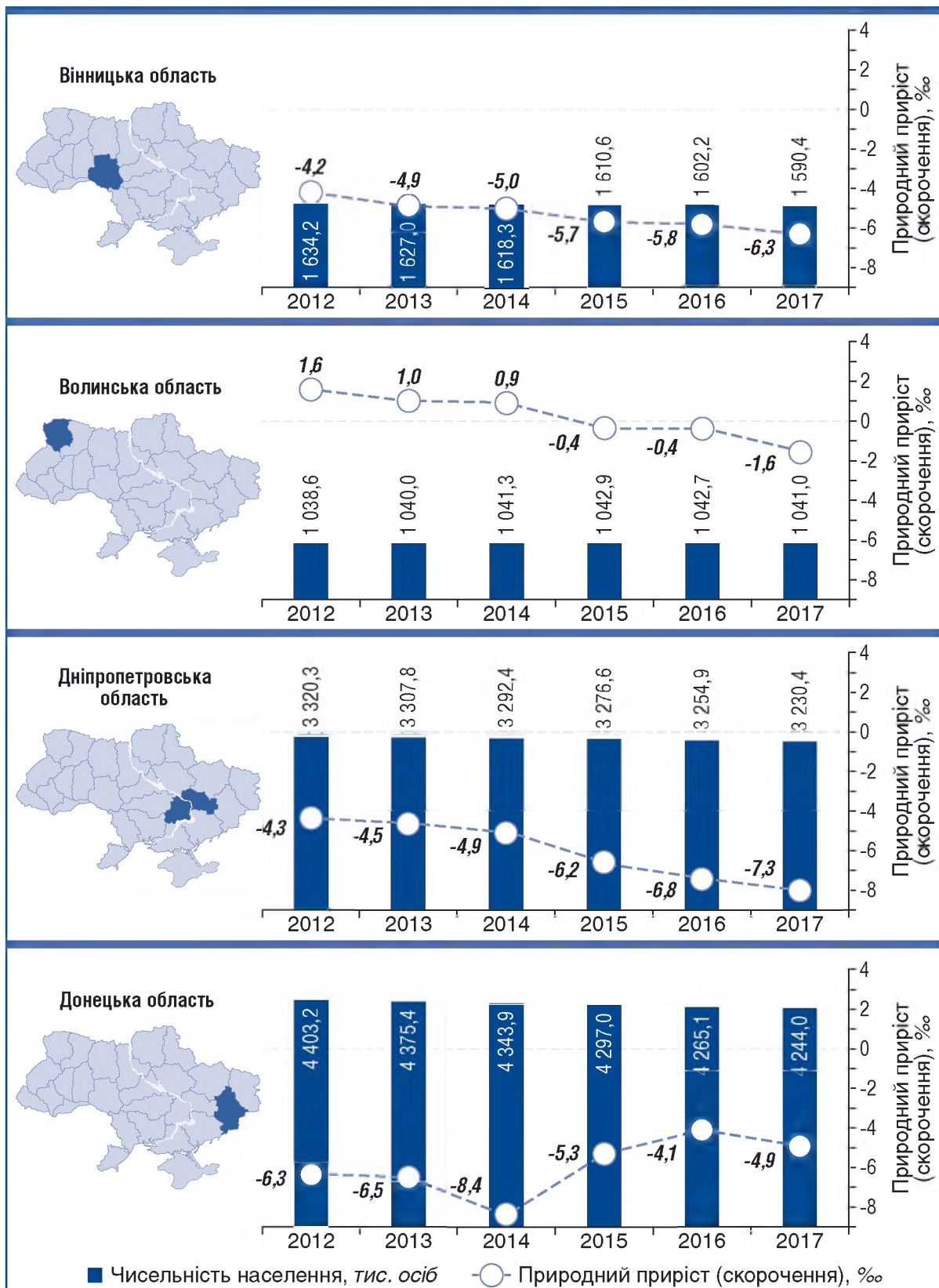
У регіональному розрізі динаміка чисельності населення України має певні відмінності.

### Чисельність населення та природного приросту (скорочення) України<sup>11</sup>



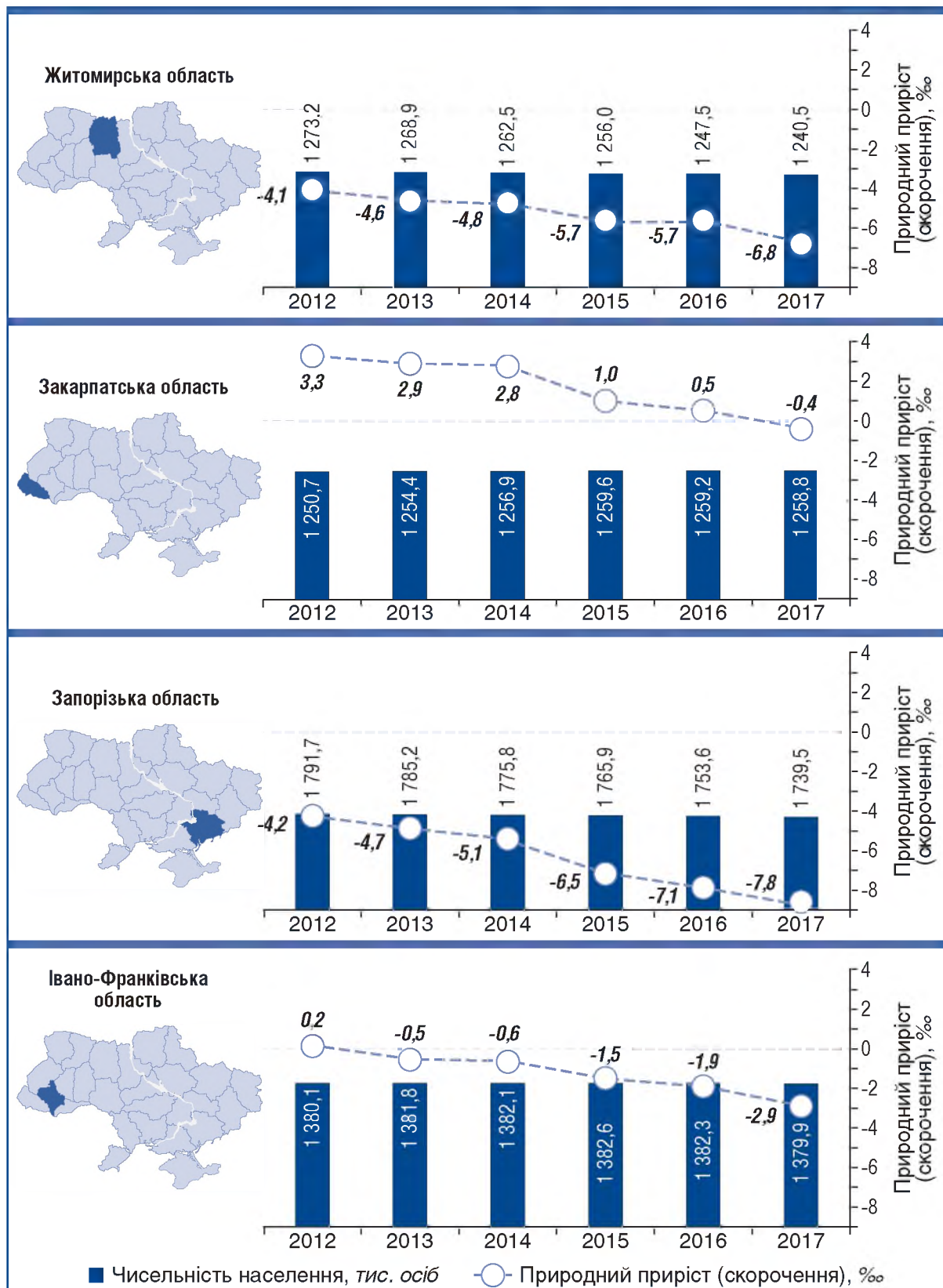
<sup>11</sup> Дані Держстату України, [http://database.ukrcensus.gov.ua/MULT/Dialog/statfile\\_c.asp](http://database.ukrcensus.gov.ua/MULT/Dialog/statfile_c.asp).

### Чисельність населення та природного приросту (скорочення) в областях України

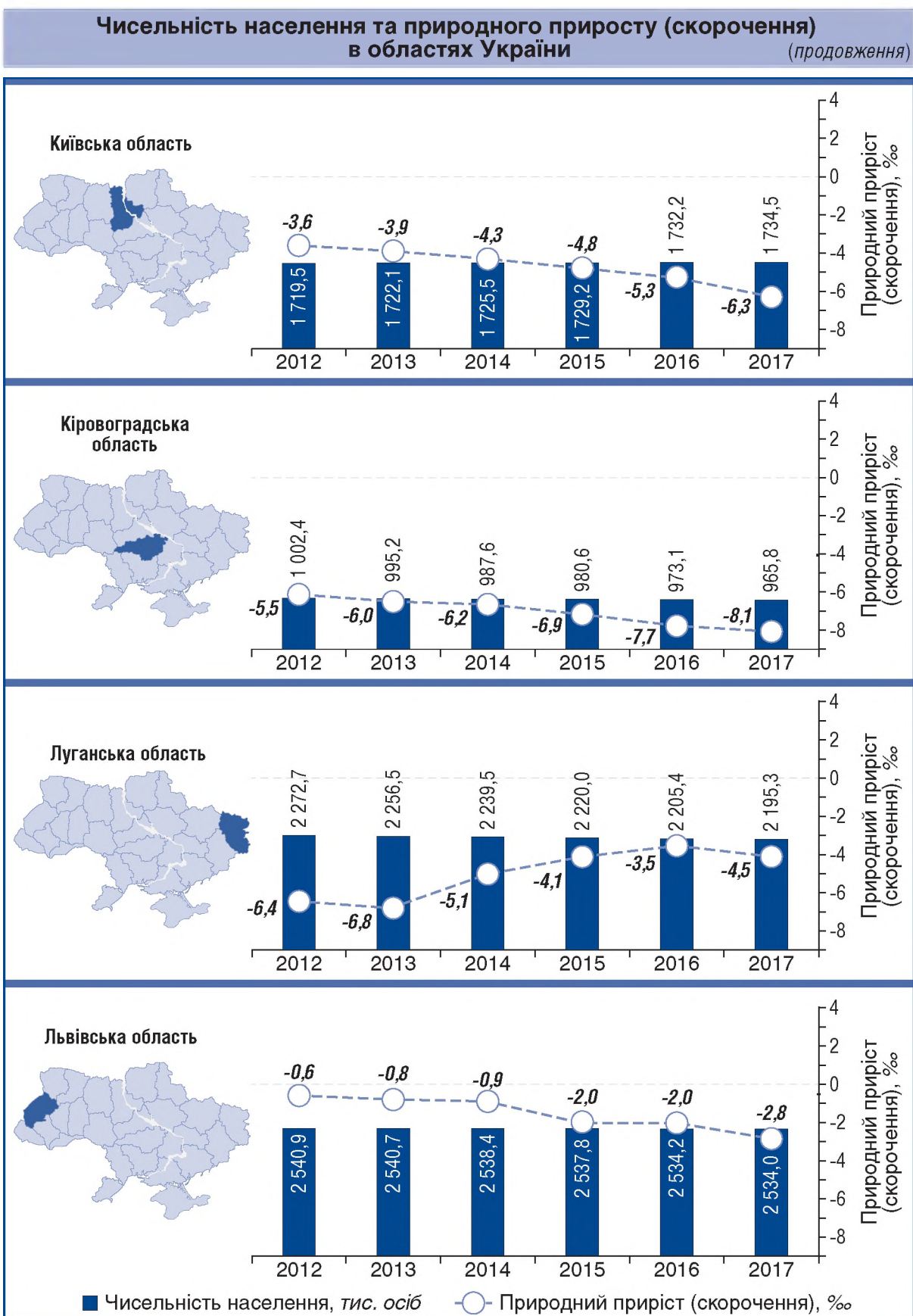


### Чисельність населення та природного приросту (скорочення) в областях України

(продовження)



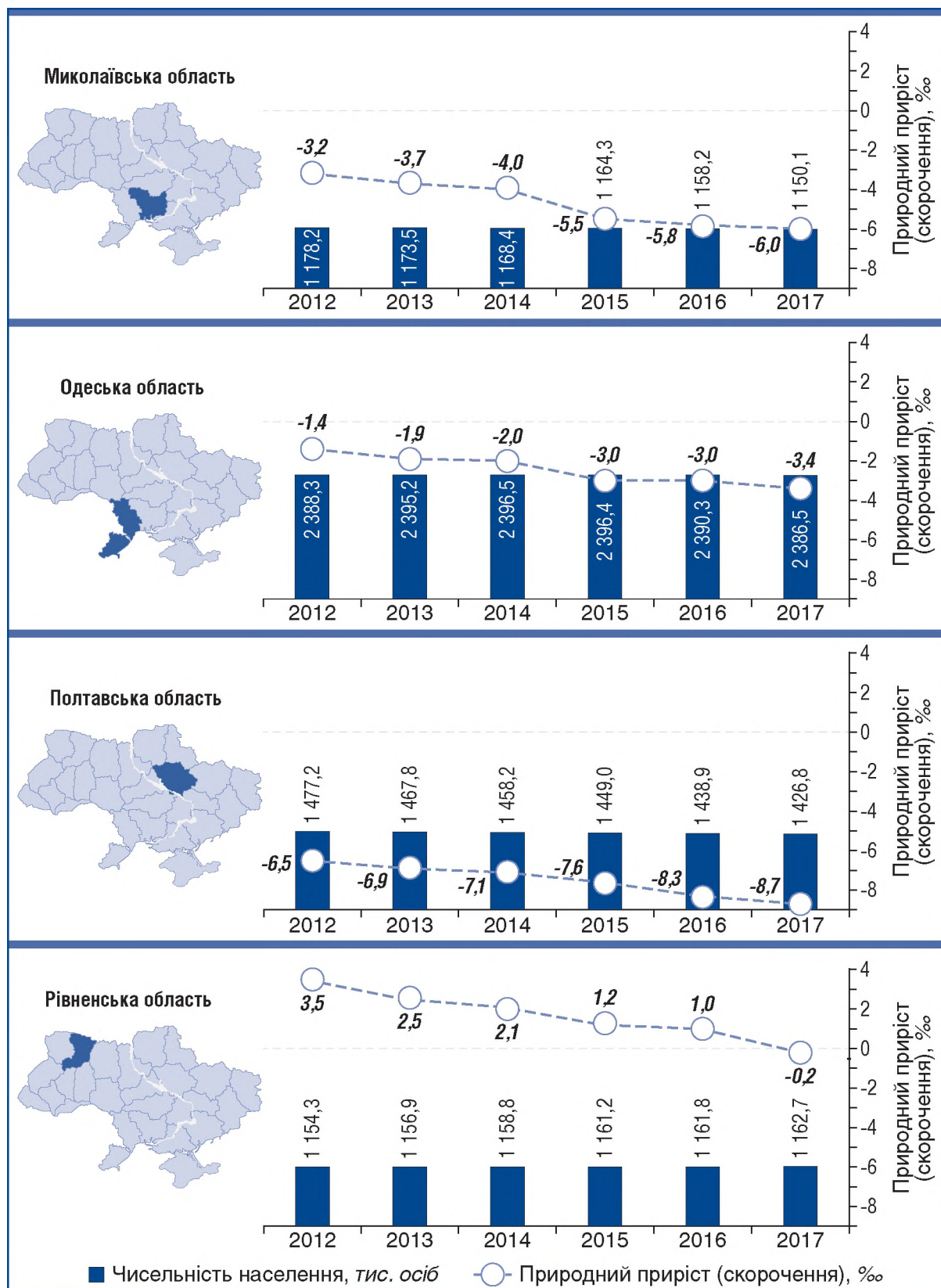






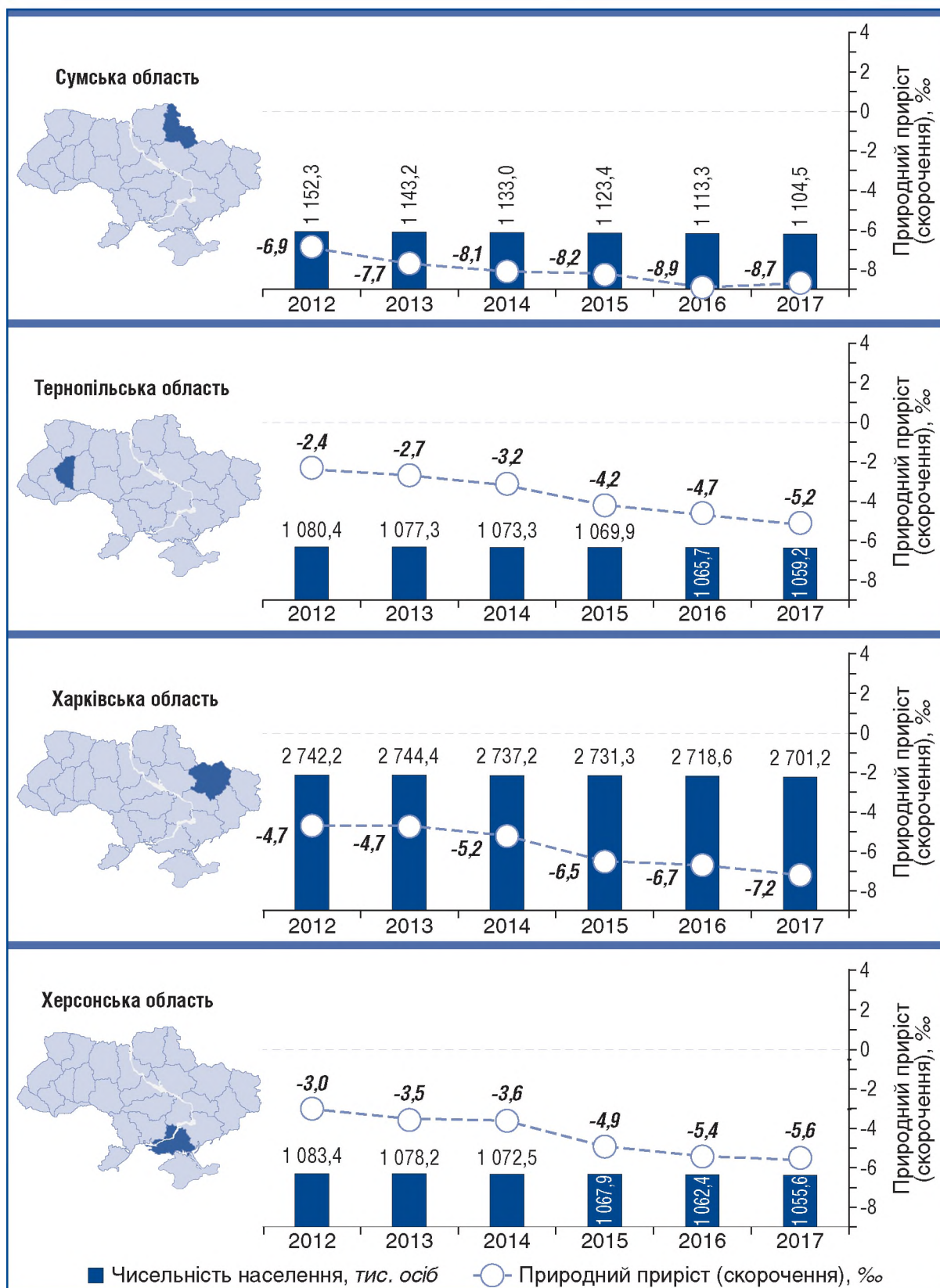
### Чисельність населення та природного приросту (скорочення) в областях України

(продовження)



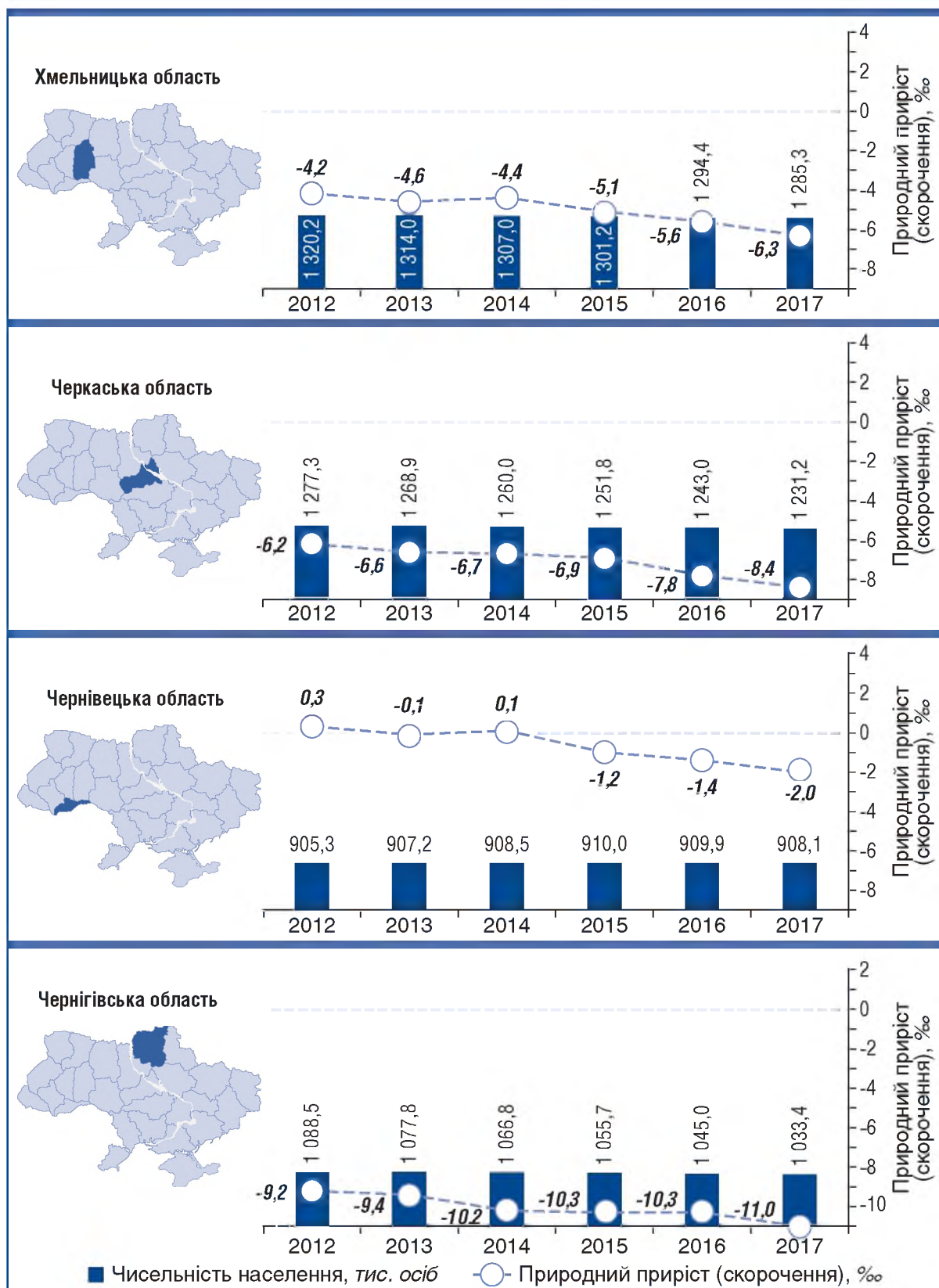
### Чисельність населення та природного приросту (скорочення) в областях України

(продовження)



### Чисельність населення та природного приросту (скорочення) в областях України

(продовження)







Найбільший показник природного скорочення спостерігається у т.зв. “аграрних регіонах”: Чернігівська (-10,3‰), Сумська (-8,9‰), Полтавська (-8,3‰), Черкаська (-7,8‰), Кіровоградська -7,7‰), Запорізька (-7,1‰). Дещо краща ситуація в Західному регіоні України (Волинській, Закарпатській, Івано-Франківській, Рівненській областях) та м.Києві, у яких темпи скорочення населення значно менші, а в деяких навіть з позитивною динамікою. Однак така картина скоріше обумовлена міграційними процесами, аніж природним відтворенням населення.

Таким чином, аналіз динаміки чисельності населення України показав, що наша країна належить до країн із досить високим рівнем старіння населення. За величиною частки осіб віком 60 років і старше в загальній чисельності населення вона належить до 30 найстаріших держав світу, зі зростанням індексу старіння за останні 25 років майже вдвічі, в т.ч. в міських поселеннях, де переважають малодітні сім'ї – в 2,3 рази, у селах – лише у 1,4 рази<sup>12</sup>.

Індекс старіння — це кількості осіб старше 65 років у розрахунку на 100 дітей віком до 15 років.

В Україні частка осіб віком понад 65 років у 2016р. становила майже 16%.

За шкалою ООН, країнами зі старим населенням вважають країни, в яких частка населення віком понад 65 років складає більше 7%.

Тож населення України оцінюється як дуже старе<sup>13</sup>.

У перспективі старіння населення залишатиметься для України важливою проблемою, особливо якщо врахувати сучасний та очікуваний негативні впливи на його віковий склад міграційних процесів, епідемій туберкульозу і ВІЛ/СНІДу, найбільших втрат від яких зазнають групи молодого та середнього працездатного віку.

Наступним, дуже важливим з точки зору розвитку людського капіталу, медико-демографічним показником є **смертність населення**: його загальне значення та причини смертності. Оскільки саме аналіз причин смертності може показати стан системи охорони здоров'я та доступ населення до медичних послуг. Особливо якщо ми говоримо про керовану смертність людей працездатного віку.

<sup>12</sup> Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік.

<sup>13</sup> Там само.



“Керована смертність” — смертність унаслідок причин, яких можна було запобігти зусиллями системи охорони здоров'я, виходячи з сучасних знань і практики, в певних вікових і статевих групах населення<sup>14</sup>.

За мінімальними оцінками експертів ВООЗ, зниження смертності дорослого населення у країнах Східної Європи та Центральної Азії на 2% на рік упродовж чверті сторіччя призвело б до економічної вигоди в обсязі 25-40% нинішнього загального доходу цих країн.

За даними досліджень, унаслідок розладів здоров'я і високої передчасної смертності в Україні щорічно втрачається близько 4 млн. людино-років потенційного життя та від 47,9 до 89,1 млрд. грн. недовиробленого національного продукту; виплати на соціальну страхову допомогу у зв'язку з тимчасовою непрацездатністю разом з виплатами через виробничі травми та професійні захворювання складають майже 5 млрд. грн. на рік<sup>15</sup>.

**Смертність населення України<sup>16</sup>**  
(осіб на 1 000 наявного населення)

	Усе населення	Чоловіки	Жінки
1991	12,9	13,3	12,6
1992	13,4	14,1	12,9
1993	14,3	14,8	13,8
1994	14,8	15,5	14,2
1995	15,5	16,7	14,4
1996	15,3	16,5	14,2
1997	15,0	16,1	14,1
1998	14,4	15,3	13,6
1999	14,9	16,1	14,0
2000	15,5	16,8	14,3
2001	15,3	16,8	14,1
2002	15,7	17,3	14,3
2003	16,1	17,5	14,7
2004	16,1	17,9	14,5
2005	16,6	18,6	14,9
2006	16,2	17,9	14,7
2007	16,4	18,4	14,8
2008	16,3	18,1	14,8
2009	15,4	16,6	14,3
2010	15,2	16,1	14,5
2011	14,5	15,4	13,8
2012	14,6	15,5	13,8
2013	14,6	15,5	13,8
2014	14,7	15,6	13,9
2015	14,9	15,7	14,2
2016	14,7	15,5	14,1
2017	14,5	15,3	13,8

<sup>14</sup> Holland W., European Community Atlas of Avoidable Death. Second edition. Volume one. – Commission of the European Communities Health Services.

<sup>15</sup> Рингач Н.О. Державне управління охороною здоров'я як складовою системи забезпечення національної безпеки. – Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня доктора наук з державного управління, Київ, 2010р., [http://academy.gov.ua/NMKD/library\\_nadu/Avtoreferat/a6da3ea4-f329-4b04-9759-c96d47f7d095.pdf](http://academy.gov.ua/NMKD/library_nadu/Avtoreferat/a6da3ea4-f329-4b04-9759-c96d47f7d095.pdf).

<sup>16</sup> Дані Держстату України, [http://database.ukrcensus.gov.ua/MULT/Dialog/statfile\\_c.asp](http://database.ukrcensus.gov.ua/MULT/Dialog/statfile_c.asp).

**Народжуваність / смертність / природний приріст (скорочення)<sup>17</sup>**

	<b>Живонароджені, тис. осіб</b>	<b>Померлі, тис. осіб</b>	<b>Природний приріст, скорочення (–), тис. осіб</b>	<b>Живонароджені (на 1 000 наяв- ного населення)</b>	<b>Померлі (на 1 000 наяв- ного населення)</b>	<b>Природний приріст, скорочення (–) (на 1 000 наяв- ного населення)</b>
1990	657,2	629,6	27,6			
1991	630,8	669,9	-39,1	12,6	12,1	0,5
1992	596,8	697,1	-100,3	12,1	12,9	-0,8
1993	557,5	741,7	-184,2	11,4	13,4	-2,0
1994	521,6	764,7	-243,1	10,7	14,2	-3,5
1995	492,9	792,6	-299,7	10,0	14,7	-4,7
1996	467,2	776,7	-309,5	9,6	15,4	-5,8
1997	442,6	754,2	-311,6	9,2	15,2	-6,0
1998	419,2	719,9	-300,7	8,7	14,9	-6,2
1999	389,2	739,2	-350,0	8,4	14,4	-6,0
2000	385,1	758,1	-373,0	7,8	14,9	-7,1
2001	376,5	746,0	-369,5	7,8	15,4	-7,6
2002	390,7	754,9	-364,2	7,7	15,3	-7,6
2003	408,6	765,4	-356,8	8,1	15,7	-7,6
2004	427,3	761,3	-334,0	8,5	16,0	-7,5
2005	426,1	782,0	-355,9	9,0	16,0	-7,0
2006	460,4	758,1	-297,7	9,0	16,6	-7,6
2007	472,7	762,9	-290,2	9,8	16,2	-6,4
2008	510,6	754,5	-243,9	10,2	16,4	-6,2
2009	512,5	706,7	-194,2	11,0	16,3	-5,3
2010	497,7	698,2	-200,5	11,1	15,3	-4,2
2011	502,6	664,6	-162,0	10,8	15,2	-4,4
2012	520,7	663,1	-142,4	11,0	14,5	-3,5
2013	503,7	662,4	-158,7	11,4	14,5	-3,1
2014	465,9	632,3	-166,4	11,1	14,6	-3,5
2015	411,8	594,8	-183,0	10,8	14,7	-3,9
2016	397,0	583,6	-186,6	10,7	14,9	-4,2

<sup>17</sup> Дані Держстату України, [http://database.ukrcensus.gov.ua/MULT/Dialog/statfile\\_c.asp](http://database.ukrcensus.gov.ua/MULT/Dialog/statfile_c.asp).

Як видно з наведених у таблицях даних, коефіцієнт смертності в Україні має хвилюподібний характер. При чому, якщо проаналізувати залежність цього показника з трансформаційними процесами в нашій державі, то можна помітити певну закономірність: *зростання негативних тенденцій починається в період суспільних змін, а пік – через 4-5 років*. Це підтверджує дані ВООЗ, що оцінити вплив політичних та управлінських рішень на медико-демографічні показники можна лише через 4-5 років. З наведених даних видно, що швидке зростання відзначалося в 1991-1995рр. – період здобуття Україною незалежності й етап розбудови “молодої” держави, перебудова всього суспільного устрою, у т.ч. й роботи системи охорони здоров'я, з піком у 1996р. Потім, у 1996-1998рр. спостерігається спад негативних тенденцій, з їх відновленням у 2000-2005рр. та піком у 2005р., коли показник смертності в Україні становив 16,7‰ (за рік померло 745 тис. українців). На нашу думку, це в т.ч. наслідки тяжкої соціально-економічної кризи 1998-2000рр. Сучасний тренд смертності в Україні можна охарактеризувати як стабільно негативний, хоча останні дані авторитетних джерел<sup>18</sup> вказують на зменшення прямої залежності економічного зростання на здоров'я населення.

У Доповіді про розвиток людини, оприлюдненій фахівцями ПРООН у 2010р., йдеться про те, що економічне зростання не впливає лінійно на поліпшення ситуації у сфері здоров'я та освіти. Для досягнення успіхів у цих сферах необов'язково зберігати високі темпи росту, натомість, потрібно оптимізувати неефективні алгоритми розподілу.

Доповідь фахівців ПРООН, сформована на основі аналізу статистичних даних, зібраних, починаючи з 1970р., у 135 країнах світу, заклала базис нового розуміння суспільного прогресу, обґрунтувала просту та одночасно переконливу ідею: пріоритетом сучасності є соціалізація та гуманізація економічного зростання<sup>19</sup>.

Стабільно негативною є й динаміка смертності чоловіків працездатного віку (таблиця “Коефіцієнти смертності за статтю та віковими групами...”, с.64-65).

З таблиці видно, що хоча останнім часом і намітилась позитивна динаміка у смертності населення (з кожним роком смертність поступово, але знижується), проте значне перевищення чоловічої смертності над жіночою – зберігається. При цьому перевищення смертності серед чоловіків спостерігається в усіх вікових групах і найбільше – у вікових групах 45-59, тобто в найбільш активному працездатному віці.

Отже, ситуація щодо смертності в Україні останніми роками визначалася більше структурними чинниками, ніж соціально-економічними. Разом з тим,

<sup>18</sup> Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік.

<sup>19</sup> Мельничук Д.П. Людський капітал: пріоритети модернізації суспільства у контексті поліпшення якості життя населення. – Монографія, Житомир, 2015р., 564 с.

**Коефіцієнти\* смертності за статтю та віковими групами<sup>20</sup>,  
на 1 000 осіб відповідного віку**

Вік		1991	1992	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
0-4	Обидві статі	3,30	3,29	2,90	2,80	2,68	2,66	2,64	2,73	2,70	2,90	2,70	2,40	2,30	2,10	2,10	1,88	1,87	1,80	1,60	1,56
	Чоловіки	3,71	3,76	3,30	3,20	3,10	3,00	2,90	3,09	3,07	3,30	3,00	2,70	2,50	2,40	2,30	2,10	2,00	2,00	1,80	1,76
	Жінки	2,87	2,80	2,43	2,44	2,10	2,26	2,28	2,36	2,30	2,50	2,38	2,10	2,00	1,90	1,80	1,60	1,60	1,60	1,40	1,35
5-9	Обидві статі	0,52	0,47	0,37	0,39	0,38	0,35	0,35	0,38	0,34	0,36	0,30	0,20	0,20	0,20	0,20	0,18	0,20	0,20	0,18	0,18
	Чоловіки	0,65	0,58	0,46	0,48	0,46	0,43	0,41	0,47	0,41	0,45	0,34	0,30	0,30	0,30	0,26	0,20	0,20	0,20	0,20	0,19
	Жінки	0,38	0,35	0,28	0,29	0,29	0,27	0,29	0,29	0,26	0,26	0,26	0,20	0,18	0,19	0,20	0,15	0,16	0,10	0,15	0,16
10-14	Обидві статі	0,44	0,41	0,38	0,37	0,35	0,31	0,32	0,31	0,30	0,32	0,28	0,28	0,27	0,27	0,25	0,24	0,24	0,20	0,20	0,20
	Чоловіки	0,56	0,52	0,47	0,48	0,45	0,39	0,40	0,39	0,38	0,40	0,32	0,30	0,30	0,30	0,29	0,28	0,29	0,30	0,26	0,27
	Жінки	0,32	0,30	0,28	0,25	0,25	0,22	0,24	0,23	0,23	0,22	0,23	0,22	0,22	0,20	0,20	0,19	0,19	0,20	0,17	0,16
15-19	Обидві статі	0,89	0,96	0,91	0,89	0,82	0,80	0,74	0,77	0,76	0,80	0,70	0,60	0,60	0,59	0,56	0,58	0,63	0,60	0,58	0,50
	Чоловіки	1,24	1,33	1,29	1,24	1,12	1,10	1,03	1,09	1,06	1,16	1,00	0,89	0,80	0,80	0,78	0,80	0,90	0,90	0,80	0,70
	Жінки	0,53	0,58	0,51	0,53	0,50	0,48	0,43	0,43	0,45	0,46	0,43	0,35	0,40	0,35	0,34	0,34	0,35	0,30	0,35	0,30
20-24	Обидві статі	1,45	1,61	1,78	1,79	1,75	1,50	1,49	1,48	1,42	1,50	1,40	1,20	1,11	1,06	1,10	0,99	1,10	0,98	0,9	0,84
	Чоловіки	2,26	2,50	2,80	2,78	2,70	2,30	2,27	2,28	2,10	2,30	2,10	1,80	1,70	1,60	1,60	1,40	1,70	1,40	1,30	1,30
	Жінки	0,64	0,70	0,75	0,78	0,76	0,74	0,68	0,65	0,64	0,68	0,65	0,60	0,53	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,40	0,37
25-29	Обидві статі	1,76	2,02	2,44	2,57	2,52	2,57	2,60	2,70	2,50	2,70	2,50	2,10	1,88	1,60	1,60	1,60	1,80	1,50	1,40	1,40
	Чоловіки	2,80	3,27	3,90	4,00	3,95	3,98	3,97	4,10	3,90	4,10	3,80	3,10	2,80	2,50	2,50	2,40	2,70	2,30	2,10	2,08
	Жінки	0,74	0,77	0,90	1,10	1,10	1,16	1,22	1,25	1,19	1,25	1,22	1,00	0,90	0,80	0,80	0,80	0,80	0,70	0,70	0,70
30-34	Обидві статі	2,44	2,64	3,36	3,40	3,54	3,57	3,70	3,90	3,80	4,20	4,20	3,50	3,10	2,86	2,84	2,70	2,76	2,40	2,20	2,20
	Чоловіки	3,90	4,24	5,32	5,35	5,53	5,51	5,80	6,10	5,90	6,58	6,52	5,20	4,70	4,30	4,30	4,10	4,10	3,60	3,30	3,30
	Жінки	0,99	1,09	1,45	1,49	1,59	1,67	1,70	1,80	1,81	2,00	2,05	1,70	1,50	1,40	1,40	1,30	1,30	1,20	1,10	1,10

\* Співвідношення числа померлих відповідного віку (статі) до середньої чисельності осіб цього віку (статі).

<sup>20</sup> Дані Держстату України, [http://database.ukrcensus.gov.ua/MULT/Dialog/statfile\\_c.asp](http://database.ukrcensus.gov.ua/MULT/Dialog/statfile_c.asp).



**Коефіцієнти смертності за статтю та віковими групами,  
на 1 000 осіб відповідного віку**

*(продовження)*

Вік		1991	1992	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
35-39	Обидві статі	3,39	3,72	4,63	4,64	4,70	4,80	5,20	5,40	5,10	5,50	5,50	4,40	4,00	3,90	3,90	3,90	4,00	3,70	3,60	3,50
	Чоловіки	5,32	5,91	7,40	7,50	7,60	7,70	8,20	8,60	7,90	8,48	8,40	6,70	6,10	5,90	5,80	5,90	6,10	5,60	5,40	5,10
	Жінки	1,56	1,64	1,96	1,94	2,00	2,20	2,40	2,50	2,40	2,60	2,70	2,20	2,10	1,90	2,00	2,10	1,90	1,80	1,80	1,80
40-44	Обидві статі	4,88	5,43	6,50	6,40	6,70	6,70	7,20	7,50	7,00	7,50	7,40	6,00	5,30	5,00	5,00	4,90	50	50	4,90	4,80
	Чоловіки	7,62	8,53	10,70	10,40	10,80	10,80	11,60	12,00	11,28	12,00	11,70	9,20	8,10	7,60	7,50	7,40	7,50	7,50	7,40	7,30
	Жінки	2,33	2,54	2,80	2,70	2,90	2,80	3,10	3,30	3,10	3,42	3,50	3,00	2,80	2,60	2,70	2,60	2,70	2,50	2,50	2,50
45-49	Обидві статі	7,40	7,77	9,40	9,30	9,40	9,50	10,00	10,20	9,50	9,90	9,60	7,90	7,10	6,80	6,80	6,80	6,80	6,65	6,60	6,40
	Чоловіки	11,5	12,06	15,20	15,00	15,30	15,36	16,10	16,60	15,30	16,00	15,50	12,40	10,70	10,50	10,60	10,50	10,40	10,10	10,00	9,80
	Жінки	3,79	3,99	4,30	4,20	4,30	4,39	4,66	4,68	4,40	4,60	4,58	4,00	3,60	3,40	3,40	3,60	3,50	3,50	3,50	3,40
50-54	Обидві статі	10,50	11,39	12,78	12,80	13,20	13,50	13,80	14,20	13,10	13,40	13,20	11,00	10,00	9,50	9,50	9,50	9,20	9,20	9,10	9,03
	Чоловіки	16,10	17,90	20,20	20,30	20,90	21,40	22,10	22,90	21,10	21,60	21,50	17,50	15,70	15,00	14,90	15,00	14,60	14,50	14,30	14,10
	Жінки	5,71	5,85	6,49	6,50	6,70	6,80	6,90	6,90	6,40	6,60	6,40	5,70	5,20	5,00	4,90	4,90	4,70	4,80	4,70	4,70
55-59	Обидві статі	14,83	15,44	17,80	17,40	17,90	17,60	18,00	18,80	17,80	17,90	17,80	15,50	14,50	13,80	13,80	13,50	13,30	13,20	13,00	12,70
	Чоловіки	22,30	23,20	28,10	27,50	28,10	27,50	28,40	29,20	27,90	28,20	28,20	24,40	22,80	21,80	22,00	21,40	21,20	21,00	20,50	20,40
	Жінки	8,61	8,90	9,89	9,80	10,00	10,00	10,00	10,70	10,00	9,89	9,80	8,70	8,10	7,60	7,60	7,50	7,20	7,20	7,00	6,90
60-64	Обидві статі	21,60	22,70	24,80	24,60	25,20	25,30	25,60	26,40	24,80	24,30	23,40	21,70	21,00	20,40	20,10	20,50	19,60	20,10	19,80	18,80
	Чоловіки	32,60	34,30	38,60	38,50	39,70	39,99	40,60	42,30	39,40	39,20	37,60	34,50	33,30	32,20	31,90	32,70	31,40	32,30	32,10	30,40
	Жінки	13,60	14,10	14,80	14,60	15,00	15,10	15,20	15,60	14,80	14,10	13,60	12,70	12,30	12,10	11,80	11,85	11,30	11,50	11,10	10,60
65-69	Обидві статі	29,8	31,08	35,30	34,10	34,20	34,30	34,50	35,10	34,10	33,70	32,90	31,30	30,80	28,40	28,20	27,40	27,50	28,40	28,20	27,40
	Чоловіки	44,90	46,60	51,80	50,29	51,10	51,0	52,30	53,70	52,20	52,30	51,10	48,60	47,50	44,20	44,20	43,00	42,70	44,50	43,90	42,80
	Жінки	22,00	22,60	24,20	23,20	22,80	23,10	22,90	23,30	22,70	22,30	21,80	21,00	20,80	19,00	18,50	17,90	18,00	18,20	18,20	17,40
70 і старші	Обидві статі	90,40	91,40	86,30	84,10	84,50	87,30	85,70	88,30	86,80	84,80	83,10	80,90	82,00	77,70	77,50	78,60	80,80	86,00	86,10	84,90
	Чоловіки	108,20	108,80	101,00	98,70	99,60	101,96	100,80	104,10	101,80	100,00	97,80	95,40	96,50	91,90	91,90	92,90	96,00	102,90	100,30	100,10
	Жінки	83,70	84,90	80,00	77,70	77,90	810	79,10	81,20	80,00	77,90	76,30	74,20	75,20	71,10	70,80	71,90	73,90	78,50	78,70	77,60

більш об'єктивно оцінити ці показники та їх залежність від соціально-економічних змін в Україні (особливо змін у вітчизняній системі охорони здоров'я) зможемо лише у 2018-2025рр. Але вже сьогодні можемо стверджувати, що, незважаючи на деяку позитивну динаміку загального коефіцієнта смертності за останні п'ять років, він у 2017р. залишається одним із найвищих у Європі.

Аналізуючи динаміку смертності, особливу увагу варто приділяти смертності дітей, вікової групи – до одного року, як показнику досягнення Цілей сталого розвитку, важливим індикатором якості життя та соціального клімату в країні.

**Смертність дітей віком до одного року в Україні<sup>21</sup>, осіб**

	Обидві статі	Хлопчики	Дівчата
1990	8 525	4 997	3 528
1991	8 831	5 103	3 728
1992	8 429	4 954	3 475
1993	8 431	5 046	3 385
1994	7 683	4 493	3 190
1995	7 314	4 243	3 071
1996	6 779	3 978	2 801
1997	6 282	3 733	2 549
1998	5 423	3 252	2 171
1999	5 065	3 001	2 064
2000	4 606	2 772	1 834
2001	4 283	2 488	1 795
2002	4 023	2 449	1 574
2003	3 882	2 296	1 586
2004	4 024	2 347	1 677
2005	4 259	2 467	1 792
2006	4 433	2 628	1 805
2007	5 188	3 039	2 149
2008	5 049	2 892	2 157
2009	4 801	2 724	2 077
2010	4 564	2 647	1 917
2011	4 511	2 603	1 908
2012	4 371	2 496	1 875
2013	4 030	2 309	1 721
2014	3 656	2 124	1 532
2015	3 318	1 896	1 422
2016	2 955	1 703	1 252

Слід зазначити, що, на відміну від загального коефіцієнта смертності, який, як уже зазначалося, за роки незалежності змінювався хвилеподібно, то смертність немовлят має сталу тенденцію до зниження.

Україні вдалося досягти певних успіхів у сфері збереження життя немовлят (смертність немовлят інтенсивно зростала в I половині 1990-х років, а впродовж наступних років мала сталу тенденцію до зниження, з деяким погіршенням ситуації у 2005р.) Загалом, з початку 1990-х років коефіцієнт смертності немовлят в Україні зменшився майже на 51%: з 15,1‰ у 1991р. до 7,4‰ у 2016р. У 2016р. було зареєстровано 2 955 дітей, померлих у віці до одного року, що на 10,9% менше, ніж у 2015р., при цьому в міських поселеннях показник становив 7,2 померлого до одного року на тисячу народжених, у сільській місцевості – 7,9, відповідно<sup>22</sup>.

Констатуючи факт довготривалого зниження рівня смертності немовлят, слід зазначити, що ці досягнення є не настільки відчутними, як може видатися з першого погляду. Зафіксований в Україні у 2015р. рівень смертності дітей віком до одного року (8,1%) досі залишається приблизно в 2-3 рази вищим, ніж у багатьох розвинутих країнах. При цьому в Україні частина немовлят, які за критерієм ВООЗ вважаються померлими на першому тижні життя, під час розрахунку коефіцієнтів смертності немовлят не враховуються. Тому реальний розрив

<sup>21</sup> Дані Центру медичної статистики МОЗ України (медстат), <http://medstat.gov.ua/ukr/main.html>.

<sup>22</sup> Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік. – МОЗ України, ДУ "ВІСД МОЗ України", 2017р., 516 с.

України та інших розвинутих країн за рівнем смертності дітей віком до одного року є ще сильнішим. Негативним є також й те, що у структурі смертності немовлят провідні позиції посідають зовнішні причини, тобто ті причини, яким можна запобігти. За даними офіційної статистики, у 2015р. розподіл трьох головних причин смерті немовлят виглядав наступним чином: окремі стани, що виникли у перинатальному періоді, – майже 52%, породжені вади розвитку – майже 25%, зовнішні причини – 5,8%.

Щодо причин смертності дорослого населення, то в Україні склалася така ситуація: високий рівень смертності від ендегенних причин (хвороби системи кровообігу та новоутворення) поєднується з не менш значущим рівнем смертності від екзогенних чинників (нещасні випадки, травми та отруєння, інфекційні хвороби, хвороби органів дихання та органів травлення).

**Причини смертності в Україні<sup>23</sup>,  
тис. осіб**

	Всього померлих	За окремими причинами:					
		хвороби системи кровообігу (I00-I99)	новоутворення (C00-D48)	зовнішні причини смерті (V01-Y98)	хвороби органів травлення (K00-K93)	хвороби органів дихання (J00-J99)	деякі інфекційні та паразитарні хвороби (A00-B99)
2005*	782,0	488,8	91,8	70,0	31,7	28,0	17,2
2006	758,1	480,8	90,4	64,6	30,2	24,7	16,3
2007	762,9	480,6	90,0	66,0	33,6	25,1	16,8
2008	754,5	480,1	89,0	61,4	35,2	23,3	17,3
2009	706,7	460,6	88,6	48,9	30,1	21,1	15,1
2010	698,2	465,1	88,8	44,0	26,8	19,5	14,6
2011	664,6	440,3	89,0	42,4	25,2	17,9	14,1
2012	663,1	436,4	92,9	41,7	27,7	17,1	13,9
2013	662,4	440,4	92,3	40,3	28,0	16,5	12,9
2014	632,3	425,6	83,9	40,1	25,2	14,8	11,0
2015	594,8	404,6	79,5	34,6	22,8	14,0	9,9
2016	583,6	392,3	79,0	31,7	22,0	13,8	9,3

\* Починаючи з 2005р. розробка причин смерті проводиться відповідно до Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я Десятого перегляду.

У середньому до 86% усіх смертних випадків сьогодні в Україні припадає на три основні класи причин смерті: хвороби системи кровообігу, новоутворення і зовнішні причини смерті. В ієрархії причин смерті населення нашої країни в

<sup>23</sup> Дані медстату України, <http://medstat.gov.ua/ukr/main.html>.

2017р., як і попередніми роками, перші п'ять місць стало посідають: хвороби системи кровообігу, новоутворення, зовнішні причини смерті, хвороби органів травлення і хвороби органів дихання.

В Україні, починаючи з середини 1970-х і до 2017р. включно, більше половини смертей були зумовлені хворобами системи кровообігу. Україна за смертністю від серцево-судинних захворювань (ССЗ) посідає перше місце в Європі. За даними ВООЗ, у 2011-2012рр. від ССЗ померло 440 тис. українців. Україна очолює рейтинг смертності серед європейських країн через “епідемію” інсультів, інфарктів та інших ССЗ<sup>24</sup>. За даними офіційної статистики – майже 70% смертності населення України спричиняється серцево-судинними захворюваннями<sup>25</sup>. Переважно це люди працездатного віку. Так, за даними МОЗ України, смертність від серцево-судинних хвороб складає 65% загальної смертності населення в Україні. Серед хвороб системи кровообігу виділяються, насамперед, ішемічні хвороби серця (68,5% загального числа померлих у цьому класі у 2014р.) та хвороби, що характеризуються підвищеним кров'яним тиском (0,1%).

Останніми роками, різко зріс рівень смертності серед людей найбільш продуктивного віку – від 30 до 59 років. За даними Європейського співтовариства кардіологів, українські чоловіки відносно молодого віку (30-44 роки) помирають у 6 разів частіше, ніж їх однолітки з країн ЄС. Загалом в Україні через ССЗ у 2015р. померло понад 420 тис. громадян (на другому місці онкологія – понад 83 тис.)<sup>26</sup>. Це свідчить про занадто низьку культуру профілактики, діагностики та лікування серцево-судинних захворювань. За даними Європейського співтовариства кардіологів, 80% інфарктів та інсультів можна попередити<sup>27</sup>.

Друге місце серед причин смерті за поширеністю займають новоутворення (переважно злоякісні): у 2016р. смертність від новоутворень становила 184,9 померлих на 100 тис. населення.

Третє місце стало посідають зовнішні причини. Так, за даними офіційної статистики 2016р., смертність від зовнішніх причин склала 72,9 на 100 тис. осіб<sup>28</sup>.

Наступним, не менш важливим, з точки зору оцінки людського капіталу, є показник **очікуваної тривалості життя (ОТЖ)** – один із ключових показників, що входять у розрахунок індексу розвитку людського потенціалу – головного інтегрального показника для міждержавних порівнянь рівня та якості життя населення, стану громадського здоров'я. Крім того, ОТЖ населення країни

---

<sup>24</sup> Прудка Н. Скільки коштують інфаркт та інсульт? Уряд дає 200 млн на медичний експеримент. – Главком, 27 червня 2017р., <https://glavcom.ua/publications/skilki-koshtuje-infarkt-ta-insult-uryad-daje-200-mln-na-medichniy-eksperiment-422528.html>.

<sup>25</sup> Академік Володимир Коваленко: “У протидії серцево-судинним захворюванням пріоритет має надаватися профілактиці”. – Голос України, 16 лютого 2017р., <http://www.golos.com.ua/article/284458>.

<sup>26</sup> Прудка Н. Скільки коштують інфаркт та інсульт? Уряд дає 200 млн на медичний експеримент...

<sup>27</sup> ВООЗ, [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/about\\_cvd/ru](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/ru).

<sup>28</sup> Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік.



та окремих її регіонів характеризує рівень життя людей. Зміна ОТЖ може бути наслідком проведення економічних, політичних, соціальних реформ в Україні, а також зміною ідеології українського соціуму.

Очікувана тривалість життя у всьому світі поступово зростає. За останніми даними ВООЗ, в абсолютному вимірі ОТЖ збільшилася в середньому на шість років для новонароджених за період з 1990р. по 2013р. У цілому за цей період ОТЖ в Україні для чоловіків зросло на 4 роки (місто – на 4,2 року, село – на 3,7 року), а для жінок – на 2,4 року (місто – 2,5 року, село – на 2 роки). Максимальне зростання ОТЖ зафіксовано у 2009р.: у чоловіків на 2 роки, у жінок – на 0,85 року, при цьому тривалість життя міських чоловіків збільшилася на 2,05, а сільських – 2,12 року; у жінок, навпаки, зростання тривалості життя було дещо вищим у містах, ніж у селах (відповідно, 0,90 і 0,75 року).

У 2016р. в Україні був досягнутий історичний максимум ОТЖ для жінок – 76,4 року. Для чоловіків цей показник склав 66,7 року. Навіть якщо зважити на певну неточність розрахунку показників ОТЖ, враховуючи непевність розрахункових даних статеві-вікового розподілу населення від бази перепису 2001р., наявний факт прогресу в підвищенні життєздатності населення в Україні. У 2016р. в Україні ОТЖ при народженні досягла рівня показників останнього благополучного відносно ситуації зі смертністю 1990р. (таблиця “Очікувана тривалість життя населення України”).

Однак, за сучасними європейськими мірками, сам по собі цей показник є дуже низьким: за ОТЖ Україна відстає від більшості розвинутих країн, і це відставання наростає, іноді перевищуючи 10, а у чоловіків – майже 15 років. Аналіз внеску до зростання тривалості життя змін смертності від основних класів причин смерті також вказує на відновлювальний характер цього зростання.

**Очікувана тривалість, життя населення України<sup>29</sup>, років**

	Обидві статі	Чоловіки	Жінки
1990	70,42	65,60	74,82
1991	69,56	64,62	74,21
1992	68,97	63,81	73,98
1993	68,29	63,16	73,35
1994	67,66	62,39	72,95
1995	66,79	61,22	72,54
1996	67,08	61,52	72,80
1997	67,66	62,23	73,19
1998	68,50	63,17	73,84
1999	68,07	62,62	73,61
2000	67,72	62,10	73,53
2001	67,89	62,32	73,63
2002*	68,32	62,70	74,13
2003*	68,24	62,64	74,06
2004*	68,22	62,60	74,05
2005*	67,96	62,23	73,97
2006*	68,10	62,38	74,06
2007*	68,25	62,51	74,22
2008*	68,27	62,51	74,28
2009*	69,29	63,79	74,86
2010*	70,44	65,28	75,50
2011	71,02	65,98	75,88
2012	71,15	66,11	76,02
2013	71,37	66,34	76,22
2014	71,37	66,25	76,37
2015	71,38	66,37	76,25
2016	71,68	66,73	76,46

\* Дані розраховано за два суміжні роки.

<sup>29</sup> Дані медстату України, <http://medstat.gov.ua/ukr/main.html>.

Адже у сприятливій ситуації знижується смертність від тих причин, від яких вона підвищується, тобто відбувається надолуження втраченого. Дещо кращою в Україні є ситуація у жінок, у яких спостерігається перевага у зростанні ОТЖ за рахунок зниження смертності від захворювань системи кровообігу. Проте загалом ця перевага є дуже незначною.

Аналіз показників ОТЖ залежно від типу поселення (місто-село) свідчить про довготривале відставання показників сільського населення, яке зазвичай пов'язують із різною доступністю медичної допомоги. Але, імовірно, не менш важливими є відмінності в способі життя, у т.ч. у споживанні алкоголю. На це вказує, зокрема, статистика смертності від алкогольних отруєнь.

Показники ОТЖ в Україні мають й доволі відчутні регіональні особливості, які можна поділити на три групи (залежно від рівневих і структурних характеристик тривалості життя)<sup>30</sup>:

- області, з відносно сприятливою ситуацією – це західні області України (Івано-Франківська, Львівська, Тернопільська та Чернівецька області), в яких спостерігаються менші відмінності між чоловіками та жінками, міським і сільським населенням. Для цього регіону характерний найвищий рівень дожиття до похилого віку;
- області з вкрай несприятливою ситуацією з тривалістю життя населення (Дніпропетровська, Житомирська, Київська, Кіровоградська, Херсонська та Чернігівська області), в яких ОТЖ є нижчою, ніж у цілому по Україні, а частка тих, хто доживає до старості, – найменшою;
- інші регіони.

#### Області України за рівнем очікуваної тривалості життя



<sup>30</sup> Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік.

Слід зазначити, що у зв'язку з тимчасовою окупацією АР Крим та м.Севастополь, а також проведенням АТО, ООС на території Луганської та Донецької областей, даних стосовно цих регіонів наразі або немає зовсім (АР Крим, м. Севастополь), або є неповні за певний проміжок часу (Луганська та Донецька області), тому вони не можуть бути використані для порівняння та аналізу в динаміці за останні роки.

Регіональні відмінності в смертності і тривалості життя в Україні обумовлені низкою чинників, вирішальними серед яких є рівень екологічного неблагополуччя, стан самозбережувальної поведінки людей і вплив стресорних факторів. У 2006-2016рр. територіальна диференціація смертності визначалась переважно смертністю у тих самих вікових групах (від 20 до 65 років), які зробили основний внесок у зниження тривалості життя всього населення країни. Вплив на регіональні відмінності смертності у дитячому і похилому віці був обмеженим.

Головна причина низької ОТЖ в Україні полягає в тому, що значна частина смертей відбувається передчасно і від причин, безпосередньо не пов'язаних з віком, тобто не детермінованих процесом старіння.

Аналіз довготривалих тенденцій ОТЖ в Україні, як і її зміни останніми роками, дають можливість з певним наближенням передбачити очікувану динаміку смертності і тривалості життя на найближчі 10-15 років. Зрозуміло, що неможливо передбачити одну єдину траєкторію, якою рухатимуться відповідні показники. Можна лише наближено окреслити ту область їх значення, всередині якої ця траєкторія пройде з достатньо високим ступенем ймовірності. Враховуючи реалії затяжної системної кризи в Україні, відсутність проведення кардинальних реформ, можна стверджувати, що найбільш реальна траєкторія зміни тривалості життя відбуватиметься за песимістичним сценарієм.

Однак, не заперечуючи вкрай несприятливу сучасну ситуацію зі смертністю в Україні, не варто все ж представляти собі українське суспільство як абсолютно безпорадне в боротьбі зі зниженням смертності. І загальний рівень благополуччя, і досягнутий культурний рівень, і розвиток системи охорони здоров'я, якої б критики вони не заслуговували, все ж ставлять певні межі катастрофічному погіршенню ситуації щодо смертності.

З огляду на сучасну кризову медико-демографічну ситуацію в Україні саме збереження та поліпшення здоров'я населення має стати одним із найважливіших пріоритетів державної політики.

Наступним, не менш важливим медико-демографічним показником з точки зору людського капіталу, є **показник стану здоров'я населення**. Адже це не лише один із найважливіших соціальних індикаторів суспільного прогресу та потенціалу економічного зростання й безпеки держави, але й індикатор, який відбиває благополуччя нації, її соціально-економічне, екологічне, демографічне, санітарно-гігієнічне та інше становище, тобто індикатор, який формується усіма детермінантами здоров'я. Отже, вивчення тенденцій захворюваності та

поширеності хвороб серед населення є однією з важливих складових стратегічного планування медичної галузі.

У структурі поширеності хвороб серед населення України у 2016р. розподіл рейтингових місць, як і попередніми роками, залишається незмінним.

**Структура і рівень поширеності за класами хвороб та окремих захворювань серед населення України під час звернення до лікувально-профілактичних закладів у 2016р.<sup>31</sup>**

	Поширеність		
	абсолютні дані	на 100 тис. населення	питома вага (%)
Усі хвороби, у т.ч.:	73 551 424,0	172 692,9	100,0
Хвороби системи кровообігу	22 560 557,0	52 970,4	30,7
Хвороби органів дихання	15 208 897,0	35 709,3	20,7
Хвороби органів травлення	7 166 118,0	16 825,5	9,7
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	3 966 573,0	9 313,2	5,4
Хвороби сечостатевої системи	3 990 784,0	9 370,0	5,4
Хвороби ендокринної системи, розлади харчування, порушення обміну речовин	3 649 724,0	8 569,3	5,0
Хвороби ока та придаткового апарату	3 518 964,0	8 262,2	4,8
Хвороби нервової системи	1 989 120,0	4 670,3	2,7
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	1 922 246,0	4 513,3	2,6
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин	1 817 036,0	4 266,3	2,5
Новоутворення	1 755 208,0	4 121,1	2,4
Розлади психіки та поведінки	1 691 891,0	3 972,4	2,3
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	1 413 969,0	3 319,9	1,9
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	1 334 946,0	3 134,3	1,8
Хвороби крові, кровотворних органів і окремі порушення із залученням імунного механізму	668 384,0	1 569,3	0,9
Вагітність, пологи та післяпологовий період	511 665,0	4 575,6	0,7
Уроджені аномалії (вади розвитку), деформації і хромосомні порушення	294 286,0	691,0	0,4
Симптоми, ознаки та відхилення від норми, що виявлені під час лабораторних та клінічних досліджень, не класифіковані в інших рубриках	38 289,0	89,9	0,1

Отже, здійснений аналіз медико-демографічної ситуації в Україні дає підстави стверджувати, що медико-демографічну ситуацію в Україні можна охарактеризувати як стабільно негативну, хоча й з деякою тенденцією до уповільнення негативних проявів. Чи це результат демографічних (статеві-вікова

<sup>31</sup> Дані медстату України, <http://medstat.gov.ua/ukr/main.html>.



структура населення) хвиль, чи покращення державної політики щодо збереження здоров'я населення – говорити зарано, адже оцінку управлінських рішень у контексті медико-демографічних змін можна зробити лише через 3-5 років.

Поліпшення здоров'я має бути кінцевою метою проведення будь-яких соціально-економічних реформ. Необхідна орієнтація усіх сфер на оздоровлення умов життя, праці, побуту тощо з метою створення суспільного середовища, сприятливого для вибору та засвоєння населенням моделі поведінки, зорієнтованої на здоровий спосіб життя. Адже міжнародний досвід показує, що головну роль у поліпшенні стану здоров'я населення та збільшенні тривалості життя відіграє орієнтація державної політики саме на формування умінь людей володіти своїм здоров'ям і поліпшувати його якість, на досягнення високого рівня культури самозбереження.



Заходи державної політики повинні спрямовуватися на всі соціальні детермінанти здоров'я:

- ✓ формування оплати праці з метою забезпечення гідного рівня оплати та створення умов праці, сприятливих для збереження здоров'я;
- ✓ формування суспільної та індивідуальної налаштованості на пріоритет здорового способу життя;
- ✓ скорочення втрат, пов'язаних зі зловживанням алкоголем і тютюнопалінням;
- ✓ зниження смертності від серцево-судинних захворювань;
- ✓ зменшення шкоди від вживання наркотичних речовин;
- ✓ протидія епідемії ВІЛ/СНІДу;
- ✓ впровадження ефективної стратегії боротьби з епідемією туберкульозу;
- ✓ зменшення дорожньо-транспортного травматизму та обумовленої ним смертності;
- ✓ підвищення ефективності діяльності системи охорони здоров'я населення та посилення її профілактичної спрямованості.

Усі наведені показники і тенденції медико-демографічної ситуації вимагають формування єдиної стратегії державної політики збереження здоров'я населення, забезпечення дотримання задекларованих гарантій щодо рівного доступу до якісних послуг з охорони здоров'я та злагодженої роботи власне системи охорони здоров'я.

Слід зазначити, що доступність і якість медичної допомоги забезпечуються:

- належною організацією надання медичної допомоги за принципом наближеності до місця проживання, місця роботи або навчання;
- наявністю необхідної кількості медичних кадрів та належним рівнем їх кваліфікації;
- законодавчо встановленою можливістю вибору медичної установи та лікаря;
- надання медичної допомоги на принципах доказовості;
- забезпечення дотримання задекларованих державних гарантій безкоштовного надання громадянам медичної допомоги;
- розвитком інфраструктури державних і муніципальних сфер охорони здоров'я, виходячи з потреб населення;
- транспортною доступністю медичних закладів для всіх груп населення, в т.ч. населення з обмеженими можливостями пересування (людей з інвалідністю, дітей, людей похилого віку та ін.);
- можливістю безперешкодного та безкоштовного використання медичним працівником засобів зв'язку або транспортних засобів для перевезення пацієнта до найближчого медичного закладу відповідного профілю та рівня, у разі наявності загрози життю і здоров'ю пацієнта.

## **2.2. Характеристика сучасної ситуації у сфері охорони здоров'я України в контексті розвитку людського капіталу**

В Україні суспільні відносини у сфері охорони здоров'я регулюються Конституцією, Основами законодавства про охорону здоров'я, Цивільним, Господарським, Кримінальним кодексами та іншими законодавчими та підзаконними актами. На сьогодні в охороні здоров'я діють понад 340 законів України, які стосуються питань охорони здоров'я (прямо чи опосередковано), в т.ч. й гарантій на охорону здоров'я та надання безоплатної медичної допомоги. Крім наведених законодавчих актів, вагоме значення мають міжнародні договори, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою.

Як відомо, головним державним документом, який лежить в основі державної політики, є Конституція України. Так, згідно зі ст.22 Конституції “Конституційні права і свободи гарантуються і не можуть бути скасовані. При прийнятті нових законів або внесенні змін до чинних законів не допускається звуження змісту та обсягу існуючих прав і свобод”.

### Аналіз дотримання задекларованих у Конституції прав на охорону здоров'я

Задекларовані гарантії	Ступінь дотримання
<p><i>Стаття 3: “Людина, її життя і здоров'я... визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю... Утвердження і забезпечення прав і свобод людини є головним обов'язком держави”.</i></p>	<p><i>Дотримується не повною мірою.</i></p> <p>В Україні немає цілісної стратегії збереження здоров'я нації. Загальнодержавна програма “Здоров'я-2020: український вимір”, до якої закладені стратегічні питання щодо збереження здоров'я нації, Концепція якої була схвалена КМУ ще в жовтні 2011р.<sup>32</sup>, так і не була прийнята.</p> <p>Немає й політики формування здорової поведінки населення: до цього часу в Україні не діє заборона на рекламу лікарських засобів, нерегульовані питання продажу алкогольних виробів.</p> <p>Порушуються й права людини щодо рівного доступу населення до послуг з охорони здоров'я. За даними Державної служби статистики понад 29% у 2017 році (у 2016-22,7%) не можуть скористатися медичними послугами з причини неспроможності оплатити їх.</p> <p>Крім цього, в Україні триває мораторій на здійснення нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності, який був накладений для створення сприятливого клімату розвитку бізнесу. Тож питання захисту безпеки навколишнього середовища, включаючи повітря, воду, ґрунт тощо внаслідок діяльності підприємств, в Україні майже не вирішуються.</p> <p>Наразі процедура планового та позапланового нагляду (контролю), яка надавала б регулюючим органам адекватну картину захищеності довкілля, з урахуванням вимог Закону України “Про основні засади державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності”, обмежує об'єктивність таких заходів (необхідність завчасного попередження про перевірку, наявність визначеного переліку питань, що перевіряються тощо).</p>
<p><i>Ч.2 статті 49: “Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм”.</i></p>	<p><i>Дотримується не повною мірою.</i></p> <p>Загальнодержавні витрати на систему охорони здоров'я у 2017р. становили майже 57 млрд. грн., що на 27% більше, порівняно з 2016р.<sup>33</sup>. Але, якщо враховувати зростання цін на ліки, товари та послуги, що всі жителі України відчували на собі у 2017р., то 27% зростання видатків бюджету є майже неповна компенсація підтримання галузі у життєздатному стані.</p> <p>У 2017р. на систему охорони здоров'я виділено близько 2,8% ВВП, хоча за розрахунками ВООЗ та ЄС для ефективного функціонування системи охорони здоров'я її фінансування має становити не менше 6-8% ВВП<sup>34</sup>.</p> <p>Слід зазначити, що у 2018р. видатки на охорону здоров'я ніби суттєво зросли: загальнодержавні видатки на охорону здоров'я, розподілені між шістьма субвенціями і становлять 60,4 млрд. грн., а разом з видатками на МОЗ (26,5 млрд. грн.) – майже 87 млрд. грн. Але в розподілі ВВП – вони навіть зменшилися, порівняно з 2017р.: 2,7% ВВП проти 2,8% у 2017р.<sup>35</sup></p>

<sup>32</sup> Розпорядження КМУ “Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми “Здоров'я 2020: український вимір” №1164 від 31 жовтня 2011р.

<sup>33</sup> Горбунова К. Держбюджет-2017: система охорони здоров'я в цифрах. – Аптека.ua, 16 січня 2017р., <https://www.apteka.ua/article/397685>.

<sup>34</sup> Там само.

<sup>35</sup> Дмитрик К. Що рік прийдешній нам готує? Загальні показники та видатки на охорону здоров'я Держбюджету-2018. – Аптека.ua, 8 січня 2018р., <https://www.apteka.ua/article/440833>.

### Аналіз дотримання задекларованих у Конституції прав на охорону здоров'я

(продовження)

Задекларовані гарантії	Ступінь дотримання
<p>4.3 статті 49: “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”.</p>	<p><i>Дотримується не повною мірою.</i></p> <p>У різних регіонах України (Донецькій, Дніпропетровській, Вінницькій, Київській, Полтавській, Чернігівській та ін. областях) масово закривають лікарні, пологові будинки та інші лікувально-профілактичні заклади<sup>36</sup>.</p> <p>Неформальні платежі, за даними різних експертів, сягають 40%. За результатами дослідження проблеми неформальних платежів у п'яти країнах-членах ЄС та Україні<sup>37</sup>, серед шести східноєвропейських країн зі схожою пострадянською культурою, українці платять із кишені найбільше, а використовують медичну допомогу найменше.</p> <p>За даними Національних рахунків охорони здоров'я, частка витрат домогосподарств у розподілі загальних витрат становила в 2016р. 52,8%<sup>38</sup>. Варто зазначити, що передумови такої ситуації (а саме – невідповідності задекларованих гарантій на безоплатність медичної допомоги) закладені власне в самій Конституції (ст.95 обмежує фінансування державних програм межами державного бюджету).</p>
<p>4.4 статті 49: “Держава дбає про розвиток фізичної культури і спорту, забезпечує санітарно-епідемічне благополуччя”.</p>	<p><i>Дотримується не повною мірою.</i></p> <p>В Україні практично немає доступної “інфраструктури здоров'я” та відсутня популяризація фізичного виховання.</p> <p>Зміни, що вносяться до навчального процесу, не враховують науково обгрунтовану необхідність фізичних навантажень і рухливої активності дітей.</p> <p>Необдумана реорганізація санітарно-епідеміологічної служби в Україні може призвести до серйозних наслідків: надходження до населення України як споживача неякісних товарів (у т.ч. й продуктів харчування), поширення особливо небезпечних інфекцій тощо.</p>

Відповідно до Конституції України, гарантії забезпечення права на охорону, збереження здоров'я та отримання безоплатної медичної допомоги закріплені також в інших законодавчих актах.

<sup>36</sup> Про введення мораторію на ліквідацію та реорганізацію закладів охорони здоров'я. – Пояснювальна записка до проекту Закону України, [http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4\\_1?pf3511=45664](http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=45664).

<sup>37</sup> Дослідження “Оцінювання політики (методів) оплати за медичні послуги з огляду на їх економічну ефективність, справедливість та якість у країнах Центральної та Східної Європи”, 2007-2013рр., <http://www.assprocee2007.com/publications.html>.

<sup>38</sup> Національні рахунки охорони здоров'я в Україні у 2016 році: Статистичний збірник. – Держстат України.



**Окремі нормативно-правові акти України, що регламентують діяльність охорони здоров'я**  
(в частині доступу до медичної допомоги)

Нормативно-правовий акт	Положення
Закон “Основи законодавства України про охорону здоров'я” “...Суспільство і держава ... 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”.	<i>Дотримується не повною мірою.</i>  Постановою КМУ була ліквідована Державна санітарно-епідемічна служба України <sup>39</sup> . Більшість її функцій перейшли Державній службі з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів (Держпродспоживслужбі). Відповідно, відбулася неузгодженість більшості нормативно-правових документів, що регламентували епіднагляд, а нормативно-правових актів, які б регулювали взаємобмін інформацією між Держпродспоживслужбою та установами МОЗ немає. Це негативно впливає на ефективність заходів з попередження завдання шкоди здоров'ю, обумовленої впливом харчових продуктів та споживчих товарів.  Питання захисту та безпеки навколишнього середовища, включно з повітрям, водою, ґрунтом і житлом (зокрема), пом'якшення наслідків забруднення довкілля через діяльність підприємств в Україні супроводжуються проблемами через відсутність вичерпного переліку нормативно-правових актів, що регламентували б ці питання (зокрема після скасування окремих нормативно-правових актів з 1 січня 2017р.).  Так, перевірки, що можуть надати регулюючим органам адекватну картину захищеності навколишнього середовища з урахуванням вимог Закону “Про основні засади державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності” обмежують об'єктивність заходів планового та позапланового нагляду (контролю) через необхідність завчасного попередження про перевірку, наявність визначеного переліку пунктів, що перевіряються.  Як наслідок, за останні два роки значно зросла кількість випадків завдання шкоди здоров'ю (а досить часто і життю населення) у зв'язку з негативною дією зовнішніх чинників (як інфекційного, так і неінфекційного характеру).
Закон “Основи законодавства України про охорону здоров'я” “...рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної допомоги та інших послуг в сфері охорони здоров'я...”	<i>Дотримується не повною мірою.</i>  На сьогодні не можна говорити про загальнодоступність медичної допомоги. Дані соціологічних досліджень (опитування домогосподарств) показують, що у 2016р. 22,6% респондентів не змогли отримати необхідну медичну допомогу або придбати потрібні медикаменти. При цьому, переважна більшість домогосподарств не змогли покрити всі витрати на потрібні медичні препарати через їх дорожчизну <sup>40</sup> .

<sup>39</sup> Постанова КМУ “Деякі питання Державної санітарно-епідеміологічної служби” №348 від 29 березня 2017р.

<sup>40</sup> Індекс здоров'я. Україна-2017. Результати загальнонаціонального дослідження. <http://health-index.com.ua/>.

**Окремі нормативно-правові акти України, що регламентують діяльність охорони здоров'я**

(в частині доступу до медичної допомоги)

(продовження)

Нормативно-правовий акт	Положення
Закон "Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості" "...створення рівних можливостей для доступу територіальних громад до підтримки, передбаченої загальнодержавними, регіональними та місцевими програмами розвитку охорони здоров'я у сільській місцевості"	На сьогодні важко сказати про виконання задекларованих у Законі положень, адже він був прийнятий лише наприкінці 2017р. Хоча за результатами не повного року дії Закону говорити про підвищення доступності медичної допомоги не варто, проте: укомплектованість амбулаторій в сільських населених пунктах в середньому становить 70%, часто навіть медсестри працюють не щодня, а мережі Інтернет немає зовсім.
Кримінальний кодекс України. Зокрема, у ст.184 закріплено кримінальну відповідальність за порушення права на безоплатну медичну допомогу та за незаконне скорочення мережі державних і комунальних закладів охорони здоров'я.	Разом з тим, прецедентів реалізації запровадження кримінальної відповідальності за незаконне скорочення мережі державних і комунальних закладів охорони здоров'я, яке відбувалось останніми роками у процесі реформування сфери охорони здоров'я, не спостерігалось.

Таким чином, законодавство України гарантує всім громадянам право на охорону здоров'я та безоплатну медичну допомогу. На практиці ж ці гарантії, переважно, мають лише декларативний характер, оскільки не підкріплені відповідним фінансуванням, як наслідок – громадяни України не мають фінансового захисту на випадок хвороби, сплачуючи з власної кишені як за надання послуг з охорони здоров'я, так і за ліки та медичне приладдя.



Так, за даними Держстату України, майже в усіх (98%) домогосподарствах, у яких хто-небудь із членів протягом 2017р. потребував медичної допомоги, придбання ліків і медичного приладдя, у 29,7% (у 2016р. – 23,1%) не змогли задовольнити такі потреби<sup>41</sup>.

<sup>41</sup> Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2017р. (за даними вибіркового опитування домогосподарств у жовтні 2017р.). Статистичний збірник. – Держстат України, <http://www.ukrstat.gov.ua>.

**Домогосподарства за рівнем доступності медичної допомоги, можливості придбання ліків і медичного приладдя<sup>42</sup>**

	Усі домогосподарства		Проживають у міських поселеннях		Проживають у сільській місцевості	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Домогосподарства, в яких хто-небудь із членів протягом останніх 12 місяців потребував медичної допомоги, придбання ліків та медичного приладдя:						
тис.	14 725,2	14 637,1	9 939,0	9 887,7	4 786,2	4 749,4
% домогосподарств відповідної групи	98,0	97,7	98,3	98,0	97,2	96,9
Домогосподарства, в яких хто-небудь із членів протягом останніх 12 місяців за потреби не зміг отримати медичну допомогу, придбати ліки та медичне приладдя						
тис.	3 406,0	4 353,8	2 331,2	2 918,7	1 074,8	1 435,1
% кількості домогосподарств, у яких хто-небудь із членів потребував медичної допомоги, придбання ліків та медичного приладдя	23,1	29,7	23,5	29,5	22,5	30,2
% домогосподарств відповідної групи	22,7	29,1	23,1	28,9	21,8	29,3
Домогосподарства, в яких хто-небудь із членів за потреби не зміг:						
<b>придбати ліки</b> (тис.)	2 867,6	3 847,4	1 940,5	2 565,4	927,1	1 282,0
у т.ч. з причин (%):						
занадто висока вартість	96,7	97,8	97,5	97,6	95,1	98,2
не змогли знайти	2,5	2,0	2,1	2,2	3,5	1,7
інше	0,8	0,2	0,4	0,2	1,4	0,1
<b>придбати медичне приладдя</b> (тис.)	550,0	767,6	349,6	579,9	200,4	187,7
у т.ч. з причин (%):						
занадто висока вартість	97,3	96,6	96,6	96,3	98,3	97,6
не змогли знайти	0,9	1,5	1,3	1,4	0,3	1,7
інше	1,8	1,9	2,1	2,3	1,4	0,7
<b>відвідати лікаря</b> (тис.)	1 789,8	1 704,0	1 158,4	1 086,2	631,4	617,8
у т.ч. з причин (%):						
черга була занадто довгою	8,2	8,9	9,6	11,8	5,6	3,7
відсутність медичного спеціаліста потрібного профілю	13,9	17,1	7,8	8,1	24,7	32,8
занадто висока вартість послуг	77,9	74,0	82,6	80,1	69,7	63,5
<b>відвідати стоматолога</b> (тис.)	1 215,3	1 483,3	799,5	986,1	415,8	497,2
у т.ч. з причин (%):						
черга була занадто довгою	1,8	0,5	0,7	0,7	3,9	-
відсутність медичного спеціаліста потрібного профілю	2,5	1,5	2,4	0,4	2,6	3,7
занадто висока вартість послуг	95,7	98	96,9	98,9	93,5	96,3

<sup>42</sup> Там само.

Головною причиною недоступності окремих видів медичної допомоги переважна більшість домогосподарств, як і в опитуванні попередніх років, зазначили занадто високу вартість ліків, медичних товарів, послуг охорони здоров'я.

Результати іншого соціологічного дослідження – “Індекс здоров'я. Україна” показав, що 53,2% (728 осіб) респондентів, госпіталізованих упродовж останніх 12 місяців, повідомили про випадки недоступності лікування у стаціонарних закладах через надмірні фінансові витрати на нього як у цілому, так і за необхідності покриття витрат на послуги лікарів, оперативне втручання (54,6%, 694 осіб), діагностику та лабораторні тести (65%, 342 осіб), ліки (79,5%, 624 осіб). 53% хворих, які лікувались амбулаторно, зазначили, що їм було складно знайти кошти на покриття всіх витрат, і 46% навіть позичали для цього кошти. Кожен п'ятий респондент сказав, що минулого року хоча б один раз відмовлявся (19%) або зволікав (19%) з лікуванням через брак коштів<sup>43</sup>.

Слід зазначити, що наведені дані соціологічних досліджень вказують також на порушення Закону “Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії”. Згідно з яким, *“державні соціальні стандарти і нормативи встановлюються з метою: < ... > реалізації соціальних прав та державних соціальних гарантій громадян, визначених Конституцією України” і “забезпечують рівень життя не нижчий від прожиткового мінімуму”*.

Отже, маємо соціально-правову колізію, коли реальна ситуація з дотриманням гарантій у сфері охорони здоров'я суперечить нормам чинного законодавства і стоїть на заваді впровадження в Україні європейських стандартів життя та виходу держави на провідні позиції у світі. Це є також передумовою реалізації Стратегії сталого розвитку “Україна - 2020”, яка визначає першочергові пріоритетні напрями становлення та розвитку України. Одним з таких напрямів є кардинальне, системне реформування сфери охорони здоров'я, спрямоване на створення системи, орієнтованої на пацієнта, здатної забезпечити медичне обслуговування для всіх громадян України на рівні розвинутих європейських держав. Головними складовими реформи мають стати підвищення особистої відповідальності громадян за власне здоров'я, забезпечення для них вільного

вибору постачальників медичних послуг належної якості, надання для цього адресної допомоги найбільш соціально незахищеним верствам населення, створення бізнес-дружньої обстановки на ринку охорони здоров'я. Орієнтиром у проведенні реформи є програма ЄС “Європейська стратегія здоров'я – 2020”<sup>44</sup>.

Програма “Здоров'я-2020”, як основа політики Європейського регіону ВООЗ, базується на принципах забезпечення права



<sup>43</sup> Звіт “Індекс здоров'я. Україна” <http://health-index.com.ua>.

<sup>44</sup> Указ Президента України “Про Стратегію сталого розвитку “Україна - 2020”” №5 від 12 січня 2015р.



кожної людини на здоров'я, незалежно від етнічної належності, статі, віку, соціального положення та платіжеспроможності і вимагає критичного перегляду існуючих механізмів управління охороною здоров'я, удосконалення політики охорони здоров'я, розвитку структур громадського здоров'я, пріоритету надання медико-санітарної допомоги, впливу на провідні чинники ризику.

Стратегічними задачами політики “Здоров'я-2020”, вирішення яких може дати реальні позитивні результати, є:

- покращення здоров'я для всіх і скорочення нерівності в показниках здоров'я;
- удосконалення лідерства та колективного керівництва в інтересах здоров'я;
- основи політики “Здоров'я-2020” включають чотири пріоритетні напрями стратегічних дій:
  - інвестування у здоров'я на всіх етапах життя та розширення прав і можливостей громадян;
  - вирішення найбільш актуальних проблем регіону;
  - зміцнення систем охорони здоров'я, які мають бути орієнтованими на людину, потенціалу системи громадського здоров'я, готовності до надзвичайних ситуацій, епіднагляду та реагування;
  - підвищення “міцності” місцевих громад та створення підтримуючого середовища<sup>45</sup>.

Слід зазначити, що Україна чи не весь період незалежності знаходиться у стані “системного реформування системи охорони здоров'я”, поглиблюючи критичну ситуацію як з діяльністю системи охорони здоров'я, її кадровим забезпеченням, так і зі здоров'ям населення. В Україні кожен на власному досвіді знає реальний стан вітчизняної сфери охорони здоров'я. За весь період незалежності в цій сфері не відбулося істотних позитивних змін: за результатами опитування, проведеного соціологічною групою “Рейтинг” у травні 2017р., лише 9% опитаних вважають, що якість державних медичних послуг покращилася за останні два роки; половина – стверджують, що ситуація погіршилась, третина – вважають, що вона залишилась на тому ж рівні<sup>46</sup>.

Разом з тим, зміни дійсно є (як на законодавчому, так і організаційному рівнях). Водночас тривалий період кризи медичної галузі, абсолютна невідповідність її організації й управління ринковим механізмам, не дає можливості “швидких результатів”. Крім цього, як уже зазначалося, оцінити результативність будь-яких управлінсько-організаційних заходів можна лише через 3-5 років. Але вже сьогодні здійснивши аналіз змін у вітчизняній сфері охорони здоров'я, можна окреслити ризики та спрогнозувати можливі проблеми.

<sup>45</sup> Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік.

<sup>46</sup> Динаміка оцінок медичної реформи. – Результати дослідження соціологічної групи “Рейтинг”, 26 травня 2017р., [http://ratinggroup.ua/research/ukraine/dinamika\\_ocenok\\_medichinskoy\\_reformy.html](http://ratinggroup.ua/research/ukraine/dinamika_ocenok_medichinskoy_reformy.html).

Насамперед, варто зазначити, що організаційно-економічні принципи регулювання системи охорони здоров'я в усьому світі безперервно змінюються. Головним рушієм при цьому виступають фінанси, а точніше – їх брак. І це проблема не лише України. Це глобальна проблема. Основними чинниками цього є:

1. Медична наука розвивається, нові технології й засоби лікування (з доказовою базою!) суттєво підвищують вартість лікування того чи іншого захворювання.
2. Населення старіє, відсоток людей похилого віку в популяції зростає, відповідно, тягар навантаження хворобами також зростає.

Варто розглянути **головні напрями змін у сфері охорони здоров'я** України, визначити можливі ризики та проблеми.

*1. Зміна підходів і принципів фінансування системи охорони здоров'я* шляхом закріплення моделі національного солідарного медичного страхування зі 100% покриттям громадян.

Фінансування системи охорони здоров'я в Україні відбувається з таких джерел:

- державного та місцевого бюджетів;
- соціального страхування;
- приватних коштів домогосподарств, роботодавців, некомерційних організацій, що обслуговують домогосподарства;
- коштів міжнародних донорських організацій, спрямованих до системи охорони здоров'я України (т.зв. “кошти іншого світу” за класифікацією Національних рахунків охорони здоров'я).

При цьому основним обов'язковим джерелом фінансування виступають саме кошти державного та місцевих бюджетів.

Аналізуючи принципи фінансування сфери охорони здоров'я, потрібно звертати увагу на такі показники, як:

- загальні витрати на охорону здоров'я (ЗВОЗ);
- ЗВОЗ у розрахунку на одного жителя відносно обмінного курсу національної валюти;
- витрати населення у розрахунку на одного жителя за паритетом купівельної спроможності (ПКС), який вимірює розходження “в просторі” у купівельній спроможності валют різних країн<sup>47</sup>.

Статистика фінансування сфери охорони здоров'я, згідно з Національними рахунками України, вказана в таблиці “*Національні рахунки охорони здоров'я України*” (с.84).

<sup>47</sup> Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік..., с.346.

Слід зазначити, що у 2015р. він досяг рівня 7,81% ВВП (на рівні показника 2009р.) за рівня витрат на охорону здоров'я у світі в цілому 9,9% (2014р.), що відповідає рівню або навіть вище нових країн ЄС.

Щодо ЗВОЗ у розрахунку на одного жителя відносно обмінного курсу національної валюти, то цей показник в Україні становив \$166 (для порівняння: у світі в цілому вони становили \$1058). Це найнижчий показник за період з 2007р., що пов'язано як із інфляційними процесами, так і зі зростанням обмінного курсу національної валюти.

ЗВОЗ на одного жителя за паритетом купівельної спроможності в Україні щорічно на душу населення становили від 527 (ПКС в \$) у 2010р. до 584 (ПКС в \$) у 2015р. Це відбувалося синхронно зі зростанням загальних подушових витрат за курсом національної валюти в доларовому еквіваленті (за період 2003-2015рр. середній офіційний курс гривні до долара США, встановлений Національним банком України, зріс з 5,33 грн. до 24,84 грн. у 2015р.)<sup>48</sup>.

Як видно з наведеної вище інформації, механізми фінансування сфери охорони здоров'я дійсно потребують кардинальних змін. Адже загалом коштів виділяється не менше, ніж у країнах ЄС (звісно, якщо ми говоримо про національну валюту). Тож найбільша проблема – це механізми розподілу наявного фінансування.

Окремої уваги заслуговує ще один показник – донорські кошти. Як видно з таблиці “*Національні рахунки...*”, їх кількість з кожним роком зростала, особливо – останніми роками. Рациональність же їх використання не контролюється зовсім, принаймні офіційних звітів щодо використання цих коштів немає. Особливо це стосується кредитних коштів, адже їх мають повертати всі громадяни України!

На державному рівні відбувається переосмислення реальної доступності медичної допомоги для кожного з нас. Адже крім того, що українці роблять внесок на медицину щороку в розмірі близько 3 млрд. грн. через податки, 640 тис. українських сімей зазнають фінансової катастрофи внаслідок хвороби через необхідність самостійно оплачувати вартісне лікування<sup>49</sup>. За даними опитування домогосподарств, серед тих, хто звертався по стаціонарну медичну допомогу протягом 2017р. майже 60% сплачували за ліки та товари медичного призначення: кожен третій респондент – на рахунок благодійного фонду або іншої організації, серед них – 66,9% на вимогу; кожен четвертий – в касу закладу відповідно до затверджених тарифів. 24,4% сплачували неофіційно, серед них 54,6% – на вимогу. При цьому середній сумарний розмір витрат під час госпіталізації склав у цілому майже 2 500 грн., а сумарні витрати за госпіталізацію протягом останніх 30 днів становили понад 52% доходу їх домогосподарств<sup>50</sup>.

<sup>48</sup> Національні рахунки охорони здоров'я в Україні у 2016 році: Статистичний збірник. – Державна служба статистики України.

<sup>49</sup> Реформа системи охорони здоров'я. – Урядовий портал, <https://www.kmu.gov.ua/ua/diyalnist/reformi/reforma-sistemi-ohoroni-zdorovya>.

<sup>50</sup> Звіт “Індекс здоров'я. Україна”, <http://health-index.com.ua>.

### Національні рахунки охорони здоров'я України<sup>51</sup>

	2003	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Загальна чисельність населення, млн. осіб	48,0	46,9	45,8	45,6	45,6	45,4	42,9	42,8	42,6
Обмінний курс \$1 = грн.	5,33	5,12	7,94	7,97	7,99	7,99	11,89	21,84	25,55
ВВП у фактичних цінах, млн. грн. (\$ млн.)	267 344 (50 158,3)	441 452 (\$86 221,1)	1 120 585 (141 131,6)	1 349 178 (169 282,1)	1 459 096 (182 615,3)	1 522 657 (190 570,3)	1 586 915 (133 466,4)	1 988 544 (91 050,5)	2 383 182 (93 270,5)
Загальні витрати на охорону здоров'я, млн. грн. (\$ млн.)	18 621,6 (3 493,7)	28 390,4 (5 545,0)	84 744,8 (10 673,1)	95 713,7 (12 009,2)	108 947,1 (13 635,4)	115 757,0 (14 487,7)	117 754,6 (9 903,7)	155 219,5 (7 107,1)	181 594,9 (7 107,1)
Загальні витрати на охорону здоров'я на душу населення, грн.	388,0	605,3	1 850,3	2 099,0	2 391,7	2 548,2	2 743,0	3 630,0	4 264,3
Загальні витрати на охорону здоров'я як % ВВП	6,96	6,43	7,56	7,09	7,47	7,60	7,42	7,81	7,62
Частка державних витрат на охорону здоров'я в загальних видатках зведеного бюджету, %	14,3	11,9	12,6	12,7	12,7	12,9	11,7	11,2	9,8
Розподіл загальних витрат за джерелами фінансування, %:									
Державні (включаючи державні фірми)	58,0	59,1	56,3	55,3	57,2	56,2	51,7	48,7	44,8
Приватні фірми і корпорації	2,9	2,8	2,6	2,5	2,4	2,5	2,1	1,6	1,7
Домогосподарства	38,6	37,8	40,8	41,9	40,2	41,1	46,0	49,3	52,8
Донори	0,5	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,4	0,7

<sup>51</sup> Національні рахунки охорони здоров'я в Україні у 2016 році: Статистичний збірник. – Державна служба статистики України.



Згідно з Законом “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” (2017р.), медичні заклади первинного рівня отримуватимуть фінансування від Національної служби здоров'я України відповідно до тарифу надання первинної медичної допомоги за кожного пацієнта, який укладе декларацію з лікарем цього закладу.

Під час перехідного періоду поряд з новими підходами фінансування діятиме стара модель фінансування. Кошти передбачені медичною субвенцією.

Передбачається, що зміна підходів фінансування охорони здоров'я за рахунок цього Закону забезпечить:

- встановлення чітких і прозорих гарантій держави щодо обсягу безоплатної медичної допомоги;
- формування гарантованого пакета медичної допомоги, право на отримання якого матимуть усі без винятку громадяни України;
- забезпечення фінансового захисту громадян у випадку хвороби;
- підвищення ефективності та справедливості розподілу публічних коштів на охорону здоров'я;
- скорочення неформальних платежів;
- створення стимулів до поліпшення якості медичної допомоги, що надається населенню державними та комунальними закладами охорони здоров'я.

*Ризики та можливі проблеми реалізації:*

- пакет гарантованого обсягу медичної допомоги лишатиметься мінімальним, що створить прецедент: зміни запроваджені, а споживач їх не відчуває ні у фінансовому сенсі, ні в доступі якісної медичної допомоги;
- велика кількість лікарів (закладів первинної медичної допомоги) не зможуть укласти декларації з технічних причин (відсутність комп'ютерів, Інтернету);
- недостатність кадрів на первинному рівні медичної допомоги, особливо в сільській місцевості та депресивних регіонах;
- не підготовлені до сучасних підходів менеджменту управлінські кадри на місцях створюватимуть перепони впровадженню змін, а саме: залишатимуть підхід оплати праці за принципом посадового окладу, а не за принципом диференційної моделі оплати праці (за результат); місцева влада не буде виділяти кошти на підтримку медичних закладів, а кошти Національної служби здоров'я не будуть покривати комунальні послуги. Це може призвести до критичної заборгованості, а в подальшому – до закриття цього медичного закладу.

## *2. Зміна організаційних механізмів медичних закладів у напрямі їх автономізації.*

Мережа закладів охорони здоров'я – це структура медичних закладів із відповідними матеріальними, фінансовими, трудовими та інформаційними ресурсами.

Мережа охорони здоров'я формується за:

- кількістю медичних закладів у цілому й за окремими видами;
- профільною та територіальною структурою закладів;
- обсягом ресурсів та їх розподілом у мережі, їх структурою, станом, рухом та ефективністю використання.

Діяльність мережі охорони здоров'я залежить від:

- господарської діяльності;
- забезпеченості населення медичними послугами;
- доступності та якості медичних послуг.

Залежно від форми власності, організаційно-правової форми та виду медичної допомоги, що надається закладом охорони здоров'я (ЗОЗ), вони мають певний визначений поділ. Так, залежно від форми власності, ЗОЗ створюються як державні, комунальні та приватні.

За організаційно-правовою формою ЗОЗ можуть бути зокрема:

- бюджетними установами;
- державними та комунальними некомерційними підприємствами;
- господарськими товариствами;
- приватними підприємствами;
- відокремленими підрозділами юридичних осіб;
- об'єднанням підприємств<sup>52</sup>.

На сьогодні більшість лікарень працюють як бюджетні установи за бюджетним законодавством та з вертикальним управлінням. Їх керівники не мають свободи у прийнятті рішень, у т.ч. в питаннях перерозподілу коштів.

Наразі на державному рівні відбувається підвищення самостійності (як організаційної, так і фінансової) медичних закладів, а саме:

- з метою надання керівництву ЗОЗ більшої автономії у прийнятті рішення щодо формування та затвердження штатних розписів, виходячи з їх функцій та обсягу медичної допомоги, у 2016р. МОЗ скасувало примірні штатні нормативи ЗОЗ;

---

<sup>52</sup> Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік..., с.167.

- з метою забезпечення достатнього рівня самостійності для надання ефективного та своєчасного медичного забезпечення населення, у квітні 2017р. Верховна Рада прийняла в цілому законопроект №2309а-д щодо автономізації закладів охорони здоров'я;
- для поліпшення забезпечення діяльності ЗОЗ в листопаді 2016р. КМУ спростив порядок формування кошторисів для медичних закладів. Відтепер кошториси складатимуться за спрощеною економічною класифікацією, яка містить лише два коди – поточні та капітальні видатки. Керівники закладів зможуть оперативно здійснювати перерозподіл коштів між статтями, ухвалювати більш гнучкі та якісні управлінські рішення. Звітність по витратах буде подаватись за всіма кодами економічної класифікації.

Тож автономізація медичних закладів передбачає, що медичні установи перейдуть на ринковий принцип управління і зможуть набувати статусу некомерційного комунального підприємства, як і всі інші суб'єкти господарювання.

Головні переваги цих змін:

- збільшення самостійності ЗОЗ, як організаційно-управлінської, так і фінансової;
- вихід медичних закладів на загальне конкурентне поле провайдерів медичних послуг;
- керівник підприємства отримує значно більшу, ніж керівник бюджетної установи, свободу в розпорядженні активами та фінансами, у формуванні кадрової політики, визначенні внутрішньої організаційної структури закладу;
- керівник підприємства може самостійно встановлювати будь-які форми оплати праці персоналу, що допускаються законодавством;
- фінансування підприємства здійснюється не за постатейним кошторисом витрат, а на основі власного фінансового плану, що дозволяє ефективно розпоряджатися коштами;
- ЗОЗ мають право мати власний рахунок у будь-якому банку;
- ЗОЗ мають право утворювати об'єднання з іншими закладами, які також діють у статусі підприємства, з метою перерозподілу функцій між ними та спільної оптимізації використання матеріальних, людських і фінансових ресурсів;
- ЗОЗ мають можливість наймати на договірній основі лікарів (фізичних осіб-підприємців), зареєстрованих і таких, які одержали відповідну ліцензію на здійснення господарської діяльності з медичної практики<sup>53</sup>.

<sup>53</sup> Автономізація лікарень: як відбуватиметься, які переваги надасть медустановам. – МОЗ, 22 листопада 2017р., <http://moz.gov.ua/article/for-medical-staff/avtonomizacija-likaren-jak-vidbuvatimetsja-jaki-perevagi-nadast-medustanovam>.

*Ризики та можливі проблеми реалізації:*

- оскільки тривалий час державні медичні заклади існували в умовах критичної нестачі фінансування та жорстко регламентованої господарської свободи, їх оснащення (як медичне, так і сервісне) значно поступається приватним медичним закладам. Це вже на старті ставить їх в умови нерівності конкуренції під час укладання договорів з НСЗУ. Це може призвести до значного зменшення кількості медичних закладів. Дійсно, їх потрібно оптимізувати, перепрофілювати, але нерівні стартові умови можуть призвести до “оптимізації” не за принципом потреби споживача, підвищення доступності до якісної медичної допомоги, а за принципом ринкової привабливості;
- ризики можливої приватизації закладу нівелюються наявністю ст.16 Основ законодавства України про охорону здоров’я, але механізмів доведення організації до банкрутства з подальшою зміною форм господарювання, як відомо, безліч. Тим більше, що питання оренди землі, на якій знаходиться медичний заклад, та пільгові тарифи на комунальні послуги в юрисдикції місцевої влади, а питання правового урегулювання знаходиться на стадії урегулювання, що підвищує можливості для приватизації медичного закладу чи його закриття;
- розширюються повноваження медичних закладів щодо можливості заробляти кошти та розпоряджатися ними на власний розсуд. Це вимагає наявності відповідних управлінських кадрів – менеджерів з охорони здоров’я. Наразі їх в Україні критично мало. У 2018р. було внесено зміни до переліку кваліфікацій професій “Охорона здоров’я”, зокрема положення, що керівником медичного закладу має бути менеджер охорони здоров’я. Проте, МОН у 2018р. дала мінімальну кількість державного замовлення на підготовку таких кадрів.

*3. Утворення госпітальних округів з метою кращого управління медичною інфраструктурою.*

Відповідно до державного курсу на децентралізацію розпочато процес створення госпітальних округів – механізму співпраці між органами місцевої влади (районами, містами, ОТГ) з метою кращого управління медичною інфраструктурою. Постанова КМУ “Про затвердження Порядку створення госпітальних округів”<sup>54</sup> встановлює технічні критерії для визначення географічних меж госпітальних округів і порядок їх створення:

- наявність принаймні однієї лікарні інтенсивного лікування (1-го чи 2-го рівня);
- охоплення території з населенням мінімум 200 тис. осіб у разі наявності лікарні 2-го рівня або 120 тис. осіб у разі наявності лікарні тільки 1-го рівня;
- можливість доїзду до лікарні інтенсивного лікування з будь-якої точки округу за 60 хв.

---

<sup>54</sup> Постанова КМУ №932 від 30 листопада 2016р.



Госпітальний округ планується з такими межами і набором закладів, щоб у перспективі на його основі можна було створити ефективну та сучасну медичну мережу.

*Ризики та можливі проблеми реалізації:*

- у край незадовільний стан, а в деяких регіонах – відсутність доріг ставить під загрозу дотримання терапевтичного вікна у транспортуванні хворого до лікарні інтенсивного лікування;
- децентралізація управління, у т.ч. й таких стратегічно важливих чинників, як здоров'я нації – може призвести до різкого погіршення ситуації, приховування фактів порушень тощо.

#### *4. Розвиток системи громадського здоров'я.*

Відповідно до Угоди про асоціацію між Україною та ЄС в Україні розпочався процес розбудови системи громадського здоров'я, яка закладає засади переорієнтації фокусу системи охорони здоров'я від політики лікування до політики зміцнення та збереження здоров'я людини, а саме:

- на початку 2017р. запрацював Центр громадського здоров'я, головне завдання якого – розвиток сфери громадського здоров'я та формування стійкої системи епідеміологічного нагляду в Україні;
- затверджено Національний план заходів щодо реалізації Концепції розвитку системи громадського здоров'я<sup>55</sup>. Головною метою якого є розробка та реалізація ефективної державної політики для зміцнення здоров'я, попередження захворювань, подовження активного та працездатного віку та заохочення до здорового способу життя шляхом об'єднаних зусиль усього суспільства, а також впровадження Концепції розвитку системи громадського здоров'я, досягнення цілей сталого розвитку, визначених ООН до 2030р., реалізація засад європейської політики “Здоров'я-2020”.

Передбачається, що ці заходи забезпечать:

- профілактику неінфекційних захворювань та формування усвідомленого та відповідального ставлення населення до власного здоров'я та особистої безпеки; скорочення нерівності; проведення заходів, спрямованих на зниження основного тягаря хвороб; посилення потенціалу системи охорони здоров'я;
- формування міжсекторального підходу для підвищення ефективності заходів з профілактики захворювань та формування здорового способу життя;
- проведення активної антитютюнової кампанії, активних заходів боротьби проти підліткового та дорослого алкоголізму;
- проведення “Днів здоров'я”, “Днів діагностики раку шкіри” тощо, під час яких здійснення масових діагностичних обстежень;
- посилення роботи з боротьби проти СНІДу;
- оптимізацію організації та фінансування системи громадського здоров'я.

<sup>55</sup> Розпорядження КМУ “Про затвердження плану заходів щодо реалізації Концепції розвитку системи громадського здоров'я” №560 від 18 серпня 2017р.

*Ризики та можливі проблеми реалізації:*

- регулювання окремих функцій громадського здоров'я (виходячи з детермінант здоров'я), крім МОЗ та Центру громадського здоров'я, покладено на інші державні органи влади та органи місцевого самоврядування, які знаходяться не в системі МОЗ, а саме: Міністерство екології та природних ресурсів, Міністерство аграрної політики та продовольства, Міністерство інфраструктури, Державну екологічну інспекцію, Державну ветеринарну та фітосанітарну службу, Державну службу з надзвичайних ситуацій, Державну архітектурно-будівельну інспекцію та ін. При цьому механізми злагодженої міжсекторальної взаємодії немає, вказані інституції досить часто конкурують між собою, обмін інформацією є занадто формалізованим, що суттєво шкодить ефективності та оперативності реагування. У результаті, функції з моніторингу, аналізу та оцінки ризиків стану здоров'я населення не виконуються повною мірою, що зумовлює зростання випадків екологічних катастроф, а приховування фактів порушень – до суттєвого погіршення стану громадського здоров'я.

*5. Відбуваються суттєві зміни у фармацевтичному секторі.*

Зокрема проведена ціла низка системних дій, а саме:

- з метою подолання корупції, розширення здорової конкуренції та забезпечення якості лікарських засобів, які закуповуються за державні кошти, навесні 2015р. Верховна Рада прийняла закони щодо передання закупівель ліків міжнародним організаціям та зміни до Податкового кодексу щодо звільнення від оподаткування деяких лікарських засобів та медичних виробів, які дозволили міжнародним неприбутковим спеціалізованим організаціям здійснювати закупівлю ліків, вакцин та виробів медичного призначення за кошти державного бюджету. Вже за перший рік дії законів, передавши лише половину закупівель ліків і вакцин міжнародним спеціалізованим організаціям (а саме: 2 197 млн. грн.), зокрема ЮНІСЕФ, ПРООН, *Crown Agents*, вдалося зекономити близько 620 млн. грн., порівняно з закупівельними цінами МОЗ 2014р.;
- завдяки цій реформі вдалося також залучити значну кількість виробників до тендерів (67,5%), розширити конкуренцію на ринку (40% переможців тендерів склали нові гравці, зареєстровані нові торгові назви лікарських засобів і вакцин), розширити доступ до якісних генериків (здебільшого, ліки та вакцини, які закуповують міжнародні спеціалізовані організації є прекваліфікованими ВООЗ) та створити прецедент подолання монополії патентів, чим закладено перші цеглини на шляху змін законодавства. Крім того вдалося суттєво збільшити доступ до ліків і вакцин для українських пацієнтів. Так, за загального зменшення суми Державного бюджету, виділеної на закупівлю ліків і вакцин (на \$17 млн.), загалом кількість закуплених доз вакцин і лікарських засобів збільшилася на 113 млн.;

- з метою спрощення системи реєстрації та контролю якості лікарських засобів, у квітні 2016р. прийнято Закон “Про внесення змін до статті 9 Закону України “Про лікарські засоби” щодо спрощення державної реєстрації лікарських засобів”, який стосується лікарських засобів, уже зареєстрованих у країнах з високими регуляторними вимогами: США, Швейцарії, Японії, Австралії, Канаді та країнах ЄС. Завдяки цьому Закону лікарські засоби із країн з суворими регуляторними нормам реєструватимуть в Україні за 17 днів;
- затверджено ліцензійні умови провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, що дозволить визначити єдині вимоги до суб’єктів ринку лікарських засобів та створить умови для забезпечення захисту законних інтересів громадян у частині отримання ними ліків належної якості;
- запровадження системи державного регулювання цін на лікарські засоби та встановлення граничної ціни щодо 21 міжнародної непатентованої назви або діючої речовини на ліки за трьома напрямками: серцево-судинні захворювання (65% загальної смертності в Україні); цукровий діабет II типу (хворіють 1 млн. українців); бронхіальна астма (суттєво впливає на якість життя 210 тис. пацієнтів працездатного віку);
- запровадження системи відшкодування вартості лікарських препаратів на ліки від серцево-судинних захворювань, бронхіальної астми та цукрового діабету II типу. Задля створення умов для ефективного доступу пацієнтів до лікарських засобів, КМУ разом з МОЗ з 1 квітня 2017р. було ініційовано запровадження програми реімбурсації під назвою “Доступні ліки”. Реімбурсація є одним із найбільш ефективних і наближених до пацієнта механізмів забезпечення ліками, який довів свою ефективність у розвинутих країнах світу.

На виконання вказаних напрямів, було розроблено та прийнято наступні нормативно-правові акти:

- постанови КМУ від 30 листопада 2016р.:
  - “Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової та роздрібної торгівлі лікарськими засобами, імпорту лікарських засобів (крім активних фармацевтичних інгредієнтів)” №929;
  - “Про затвердження порядку створення госпітальних округів” №932;
- розпорядження КМУ від 30 листопада 2016р.:
  - “Про перерозподіл обсягу медичної субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам у 2016 році” №903;
  - “Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров’я” №1002;

- “Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров’я України” №1013;
- Закон “Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров’я” (2017р.).

За результатами соціологічного дослідження “Реформи в Україні: громадська думка населення”<sup>56</sup>, переважна більшість українців не вірять в успішність реформ, переконані в успіху лише 5%, ще 29% загалом вірять в успішність реформування, проте з певними сумнівами, 38% вже розчарувались, проте ще зберігають частку надії, а 23% повністю зневірилися. Проте слід зазначити, що число тих, хто зовсім не вірить в успіх реформ, істотно зменшилося, порівняно з минулими роками (30% — у 2015р., 28% — у 2016р., 40% — у 2017р.).

Найбільшу зацікавленість у населення має (поряд з антикорупційною, пенсійною та реформою органів правопорядку) реформа охорони здоров’я. Причому її актуальність зростає, порівняно з 2015р. (46,5% і 35,9%, відповідно). Це свідчить передусім про критичний стан цієї системи, який потребує негайних змін, а також — “відчутність” тих змін, що вже відбуваються, та потужний комунікативний супровід реформування.

Разом з тим, за наведеними показниками не можна об’єктивно оцінити зміни, адже це може бути результат потужної комунікативної кампанії, яка активно супроводжує медичну реформу. Підтверджують цю гіпотезу й результати соціологічного дослідження: на думку 47% громадян (на 9% більше, ніж у 2017р.), інформація, яку дає Уряд, часто не відповідає дійсності, 30% вважають, що такої інформації замало, і ще 25% нарікають на її незрозумілість.

Можна також припустити, що розчарування та невдоволеність реформою охорони здоров’я може зростати, оскільки плани реформування зменшують обсяг безоплатності медичної допомоги, а дослідження показує, що більшість (77%) опитаних в Україні не зможуть прожити без постійної турботи та опіки з боку держави, протилежну точку зору поділяють лише 13%.

## Висновки

Демографічна ситуація в Україні наразі є великим викликом державотворенню і вимагає пріоритезувати та систематизувати заходи зі збереження, зміцнення здоров’я населення і збільшення тривалості життя. Згідно з Оттавською хартією, головними детермінантами здоров’я є: спосіб життя (50%), генетика (20-25%), екологія (15-20%) та діяльність системи охорони здоров’я (10-15%), а також належний доступ до медичної допомоги.

Актуальною проблемою (і не лише для України) є старіння населення, особливо, якщо врахувати сучасний та очікуваний негативні впливи на його віковий склад міграційних процесів, епідемій туберкульозу і ВІЛ/СНІДу, найбільших втрат від яких зазнають групи молодого та середнього працездатного віку.

<sup>56</sup> Дослідження провели Фонд “Демократичні ініціативи імені Ілька Кучеріва” спільно з Соціологічною службою Центру Разумкова 19-25 травня 2018р. в усіх регіонах України за винятком тимчасово окупованих територій АР Крим, частин Донецької та Луганської областей.

Опитано 2 019 респондентів віком від 18 років. Теоретична похибка вибірки не перевищує 2,3%.



Це, своєю чергою, зумовлює проблеми, пов'язані з необхідністю пристосування до зниження в сучасних умовах економічної результативності демографічного чинника економічного розвитку держави.

За останні півстоліття здатність системи охорони здоров'я впливати на здоров'я населення збільшилася у кілька разів. За визначенням ВООЗ, сучасна система охорони здоров'я повинна забезпечувати доступність медичних послуг для тих, хто їх найбільше потребує, характеризуватися високою якістю і безпечністю медичних послуг та забезпечувати максимально можливі результати для здоров'я на популяційному рівні. За умови ефективної організації система охорони здоров'я може забезпечити зменшення загальної смертності у віці до 75 років на 23% у чоловіків і на 32% у жінок; смертності від ішемічної хвороби серця – на 40-50%.

Важливим напрямом підвищення ефективності діяльності системи охорони здоров'я населення є найбільш перспективна та економічно виправдана стратегія зменшення надзвичайно високої захворюваності та смертності, яка вимагає переорієнтації лікарів і хворих на пріоритет амбулаторної допомоги, удосконалення вторинної профілактики через створення системи виявлення хвороб на ранніх стадіях, впровадження сучасних профілактично-лікувальних технологій.

Необхідно проводити відповідну політику державного регулювання ціноутворення для збільшення доступності лікарських засобів для широких верств населення з удосконаленням системи пільгового забезпечення ліками.

Міжнародний досвід свідчить, що головну роль у поліпшенні стану здоров'я населення та збільшенні тривалості життя відіграє орієнтація державної політики на формування уміння людей володіти своїм здоров'ям та поліпшувати його якість, на досягнення високого рівня культури самозбереження. У сучасних українських умовах обмежені державні матеріальні й фінансові ресурси слід скерувати на формування суспільної та індивідуальної налаштованості на пріоритет здорового способу життя; скорочення втрат, пов'язаних зі зловживанням алкоголю та тютюнопалінням; зниження смертності від серцево-судинних захворювань; зменшення шкоди від вживання наркотичних речовин та протидія епідемії ВІЛ/СНІДу; впровадження ефективної стратегії боротьби з епідемією туберкульозу; зменшення дорожньо-транспортного травматизму та обумовленої ним смертності; підвищення ефективності діяльності системи охорони здоров'я населення та посилення її профілактичної спрямованості.

В Україні нарешті покладено початок не косметичним, а фундаментальним змінам у сфері охорони здоров'я. Разом з тим, щоб втілювати реформу послідовно та ефективно, а не перетворити в "реформу заради реформи", потрібно системно моніторити медико-демографічні показники, доступність і якість надання медичної допомоги на місцях, особливу увагу приділяючи думці її споживачів. Поставлені амбітні плани, реалізація яких вимагає об'єктивної оцінки стартових позицій.

Поліпшення здоров'я має бути кінцевою метою проведення соціально-економічних реформ. Необхідна орієнтація усіх сфер на оздоровлення умов життя, зокрема умов праці, побуту, дітородної діяльності з метою створення суспільного середовища, сприятливого для вибору та засвоєння населенням моделі поведінки, зорієнтованої на здоровий спосіб життя.

# ПРОБЛЕМИ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ОЧИМА ГРОМАДЯН УКРАЇНИ<sup>1</sup>

**Оцінка стану власного здоров'я і практики лікування, застосовувані українцями.** Найчастіше громадяни України характеризують своє здоров'я як “посереднє” (таку відповідь дали 50% респондентів). 29% вважають, що воно гарне, 15% – що погане і 4% – дуже погане.

Цілком очікувано, що чим старшими є респонденти, тим гірше вони оцінюють стан власного здоров'я. Так, частка тих, хто оцінює стан свого здоров'я як гарний, знижується від 57% серед молодих людей віком від 18 до 29 років до 6% серед тих, кому 70 і більше років, а частка тих, хто оцінює його як погане чи дуже погане, зростає, відповідно, з 5% до 54%.

Жінки оцінюють стан власного здоров'я гірше, ніж чоловіки (наприклад, вважають його граним відповідно, 25% і 34%), і це пояснюється не лише тим, що серед жінок більше осіб старшого віку – у кожній віковій групі жінки оцінюють стан свого здоров'я гірше за чоловіків. Так, у віковій групі до 30 років серед чоловіків 62% оцінюють стан свого здоров'я як гарний, а серед жінок – 52%, а у віковій групі від 70 років і старших серед чоловіків 47% оцінюють стан свого здоров'я як поганий або дуже поганий, а серед жінок – 57%.

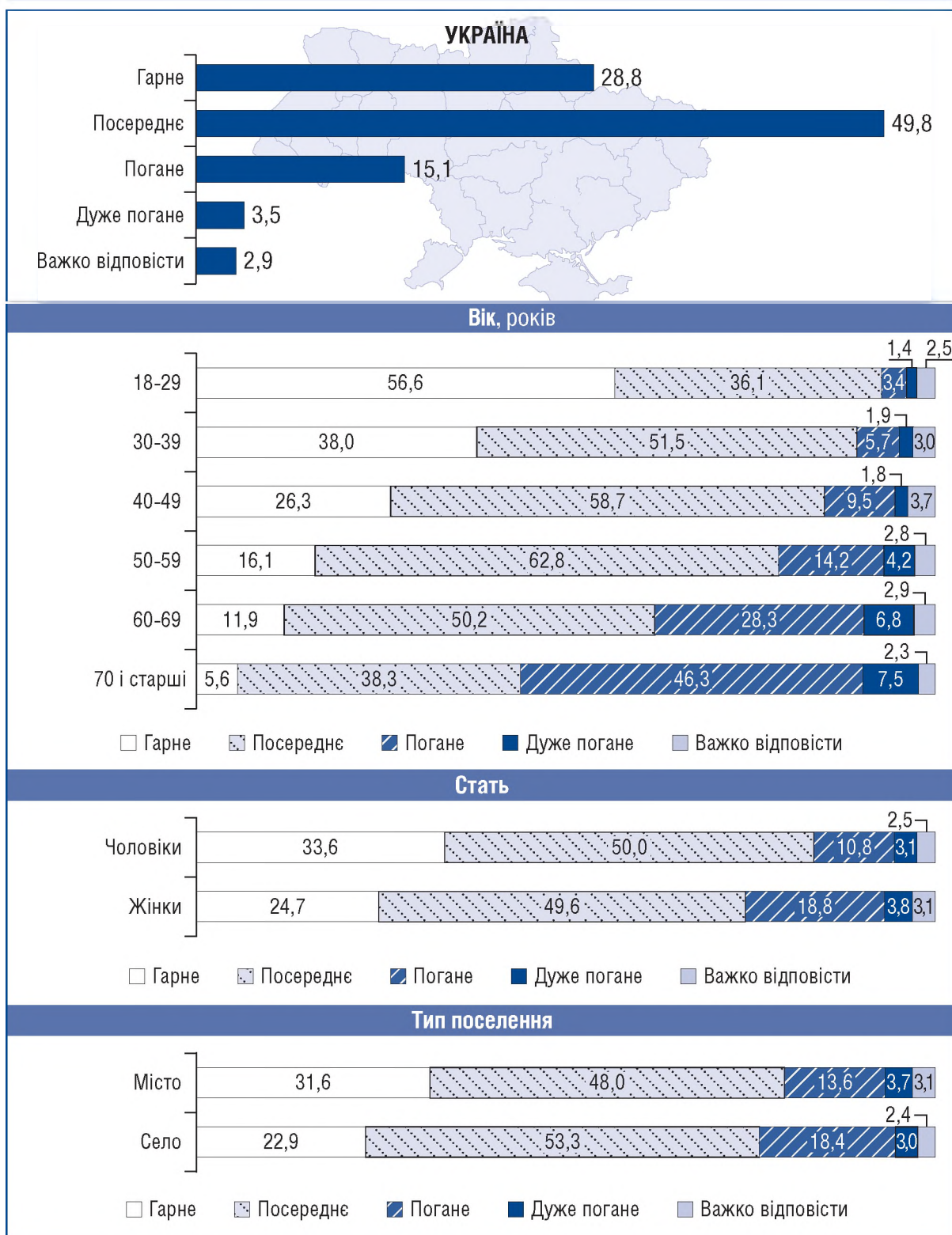
Гірше оцінюють стан власного здоров'я жителі сіл, порівняно з міськими жителями. Так, гарним його вважають 32% опитаних містян і 23% сільських жителів (діаграма “Як Ви оцінюєте стан свого здоров'я?”).

У разі захворювання найчастіше респонденти звертаються до сімейного лікаря чи дільничного терапевта (51%), самостійно лікуються за допомогою ліків (42%) або народними засобами (37%). Загалом, якщо виокремити три групи респондентів, до першої включивши тих, хто у випадку хвороби, як правило, звертається до установ системи охорони здоров'я (до лікарів поліклініки чи стаціонару, викликають швидку допомогу або, принаймні, хоча б радиться з провізором в аптеці), до другої – тих, хто, як правило, лікується самостійно чи звертається до фахівців нетрадиційної медицини, а до третьої – тих, хто поєднує звернення до медиків і самолікування, то до першої були віднесені 35% усіх респондентів, до другої – 19%, до третьої – 42% (діаграма “Якою є Ваша поведінка в разі захворювання?”, с.96).

<sup>1</sup> Дослідження проведено соціологічною службою Центру Разумкова з 28 вересня по 3 жовтня 2018р. Опитування проводилося в усіх регіонах України за винятком Криму та окупованих територій Донецької та Луганської областей. Опитано 2018 респондентів віком від 18 років. Теоретична похибка вибірки не перевищує 2,3%.

## Як Ви оцінюєте стан свого здоров'я?

% опитаних





\* Респондентам пропонувалося відзначити всі прийнятні варіанти відповіді.

За стилем лікування серед регіонів істотно вирізняється Донбас – у цьому регіоні 48% тих, хто, як правило, лікується лише самостійно чи звертається до фахівців нетрадиційної медицини, “ігноруючи” медиків і медичні установи (в усіх інших регіонах частка таких становить від 15% до 20%)<sup>2</sup>.

Далеко не завжди прагнення до самолікування і відмова від послуг медиків зумовлена відсутністю коштів на лікування. Підтвердженням цьому може бути те, що частка тих, хто віддає перевагу самолікуванню, найвища саме серед відносно матеріально забезпечених груп населення – серед тих, хто відповідає, що йому “загалом на життя вистачає” (23%), і тих, що “загалом живуть забезпечено” (19%), тоді як, наприклад, серед тих, хто відповів, що їм не вистачає навіть на харчування, такі становлять лише 13%.

<sup>2</sup> Де наведено дані за регіонами, області розподіляються таким чином: **Захід**: Волинська, Закарпатська, Івано-Франківська, Львівська, Рівненська, Тернопільська, Чернівецька області; **Центр**: Вінницька, Житомирська, Київська, Кіровоградська, Полтавська, Сумська, Хмельницька, Черкаська, Чернігівська області та м.Київ; **Південь**: Миколаївська, Одеська, Херсонська області; **Схід**: Дніпропетровська, Запорізька, Харківська області; **Донбас**: Донецька та Луганська області.



56% респондентів зверталися до лікаря протягом останніх двох років, 11% не зверталися через те, що не хворіли, 11% – тому що вважають, що це для них занадто дорого, 8% не зверталися через недовіру до кваліфікації медичного персоналу, 8% – тому що вважають, що самі знають, як лікуватися (з попереднього досвіду, поради сусіда, друга), 7% – через великі черги в поліклініках, 4% – через погане ставлення, грубість, хамство з боку медичного персоналу, 2% – через те, що далеко і незручно добиратися до медичної установи, 2% – тому, що не знають, до кого звернутися.

Серед жителів Донбасу зверталися до лікаря протягом останніх двох років лише 28% (тоді як в інших регіонах – від 51% до 68%). Частіше, ніж у середньому у країні, як на причину відмови від звернення до медиків тут вказують на відсутність довіри до кваліфікації медиків (25%), на те, що самі знають, як лікуватися (16%), на погане ставлення, грубість, хамство з боку медичного персоналу (11%).

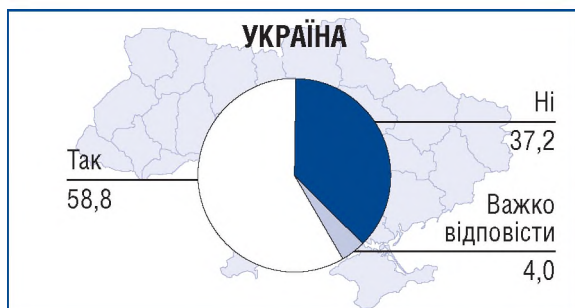
Жителі сіл, порівняно з містянами, частіше вказують як причину того, чому вони не зверталися до лікаря, те, що далеко і незручно добиратися до медичної установи (5% і 1%, відповідно).

**Якщо Ви не зверталися до лікаря протягом останніх двох років, то чому?\***  
% опитаних



\* Респондентам пропонувалося відзначити всі прийнятні варіанти відповіді.

**Чи платили Ви за медичну допомогу (для Вас, Ваших дітей чи інших осіб, які перебувають під Вашим піклуванням) протягом року перед цим опитуванням (включаючи плату за стоматологічні послуги)?**  
% опитаних



59% опитаних відповіли, що протягом року перед опитуванням вони платили за медичну допомогу (включаючи плату за стоматологічні послуги, для себе, своїх дітей чи інших осіб, які перебувають під їх піклуванням), що номінально навіть перевищує частку тих, хто відповів, що особисто звертався про медичну допомогу протягом двох останніх років.

Середня сума витрат на ліки та лікування за останній рік серед тих, хто витрачав якісь кошти на ліки та лікування, становила 4 682 грн. При цьому витрати представників найменш мате-

ріально забезпеченої групи респондентів (які зазначили, що їм не вистачає грошей навіть на харчування) виявилися вищими за середній показник (5 509 грн.). Насамперед це пов'язано з тим, що серед малозабезпечених більше людей старшого віку, які частіше хворіють, а отже, більше грошей вимушені витрачати на лікування.

83% опитаних відповіли, що їм не доводилося протягом року перед опитуванням брати чи позичати гроші у родичів, друзів, банку (брати кредит) або продавати коштовності, майно, щоб покрити витрати на лікування. Для тим же, кому доводилося це робити, середня сума таких позичених (або придбаних за рахунок продажу майна) коштів становила 6 692 грн. Знову-таки, представники найменш матеріально забезпеченої групи, відповідаючи на це питання рідше, ніж люди з більш високим достатком, зазначали, що їм не доводилося позичати гроші чи продавати майно для того, щоб оплатити лікування (68%), а також називали більшу суму отриманих таким чином коштів (7 820 грн.), ніж у середньому по масиву опитаних.

**Оцінка системи охорони здоров'я та проблем, що в ній існують.** Найчастіше громадяни схильні вважати, що за останні два роки загальна якість діяльності системи охорони здоров'я (медичної допомоги) в Україні не змінилася (таку відповідь дали 44% опитаних). Близько третини (32%) вважають, що вона погіршилася і лише 12% – що покращилася.

Найрідше на погіршення ситуації у сфері охорони здоров'я вказують жителі Західного регіону (22%), хоча на покращення ситуації у цьому регіоні вказують рівно стільки ж, скільки й у середньому по країні (12%). Найбільш поляризованими є оцінки змін на Донбасі – тут 39% вказують на погіршення ситуації (що статистично значимо не відрізняється від показників в інших регіонах, крім Західного), але тут також більше, ніж в усіх інших регіонах тих, хто вказує на покращення ситуації (23%), і внаслідок цього – найменше порівняно з іншими регіонами тих, хто вважає, що ситуація не змінилася (23%).

Чим старші респонденти, тим гірше вони оцінюють зміни, що відбулися в системі охорони здоров'я. Так, частка тих, хто вважає, що вона погіршилася, зростає від 22% серед респондентів віком 18-29 років до 40% серед тих, кому 60 і більше років. Це пов'язано з тим, що люди старшого віку гірше оцінюють власне здоров'я, а чим гірша оцінка власного здоров'я, тим гіршою є оцінка змін, що відбуваються в системі охорони здоров'я – якщо серед тих, хто вважає, що у нього гарне здоров'я, 25% вказують на погіршення системи охорони здоров'я за останні два роки, то серед тих, хто оцінює своє здоров'я як дуже погане – 51%.

**Як за останні два роки змінилася загальна якість діяльності системи охорони здоров'я (медичної допомоги)?**

% опитаних

	УКРАЇНА	Захід	Центр	Південь	Схід	Донбас
Значно покращилася	2,5	1,1	1,6	2,1	3,4	13,6
Дещо покращилася	9,5	11,0	9,5	7,4	9,4	9,3
Залишилася на такому ж рівні	43,8	50,8	42,5	40,1	46,2	22,9
Дещо погіршилася	19,2	14,8	24,4	24,0	12,5	16,9
Значно погіршилася	12,6	7,4	10,8	14,5	18,3	22,0
Важко відповісти	12,3	15,0	11,3	12,0	10,3	15,3
Вік, років						
	18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 і старші
Значно покращилася	3,7	2,7	2,4	1,7	1,9	1,9
Дещо покращилася	10,1	10,8	9,5	10,5	8,0	6,1
Залишилася на такому ж рівні	46,4	46,6	43,4	42,7	40,5	40,8
Дещо погіршилася	15,2	18,3	20,2	21,9	21,2	20,7
Значно погіршилася	6,9	8,9	12,2	15,2	18,3	19,2
Важко відповісти	17,7	12,7	12,2	8,0	10,0	11,3

Головною проблемою системи охорони здоров'я в Україні респонденти вважають корупцію (у т.ч. неформальні платежі лікарям – “гонорари”, “подяки”, “благодійні внески”) (57%). Ще 44% віднесли до головних проблем високу вартість ліків, 40% – високу вартість лікування, 34% – байдужість і недбалість медичного персоналу, 32% – брак сучасного обладнання, 27% – непрофесіоналізм, некомпетентність медичного персоналу. Рідше респонденти згадують поганий санітарно-гігієнічний стан медичних закладів (10%), брак чи відсутність медичного персоналу (6%), відсутність медичного закладу у їх населеному пункті чи поблизу (4%), незручний розклад прийому пацієнтів, довгі черги (4%).

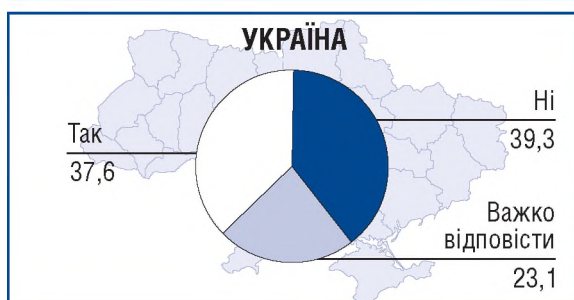
На проблему високої вартості ліків та лікування частіше вказують представники старших вікових груп (значною мірою через те, що вони найчастіше відносяться до групи населення з низькими доходами). На брак чи відсутність медичного персоналу частіше, порівняно з іншими регіонами, вказують жителі Донбасу (16%).

**Якими є основні проблеми системи охорони здоров'я в Україні?\***  
% опитаних



\* Респондентам пропонувалося відзначити не більше трьох прийнятних варіантів відповіді.

**Чи відбуваються реформи в системі охорони здоров'я в Україні?\***  
% опитаних



**Ставлення до реформи системи охорони здоров'я.** Лише 38% респондентів вважають, що в системі охорони здоров'я в Україні відбуваються реформи, приблизно стільки ж (39%) – дотримуються протилежної точки зору, а 23% не змогли відповісти на це питання.

Відповідаючи на питання: “*Чи підтримуєте Ви реформу системи охорони здоров'я?*”, 26% відповідають, що вони повністю або скоріше її підтримують,

а 52% – зовсім або скоріше не підтримують. Серед тих, хто вважає, що в Україні відбуваються реформи в системі охорони здоров'я, їх підтримують 40% (не підтримують – 47%), а серед тих, хто вважає, що вони не відбуваються,



підтримка є значно меншою (відповідно, 14% і 71%). Що може бути пов'язано з тим, що негативна оцінка медичної реформи зумовлена великою мірою переконанням значної частини її противників у тому, що зміни, які відбуваються в системі охорони здоров'я, реформою вважати не можна.

Рівень підтримки реформ відрізняється залежно від регіону проживання респондентів. Вищою є підтримка реформи в Західному (підтримують 33%) і Центральному (29%) регіонах, і нижчою – на Півдні країни (20%), на Сході (17%) і Донбасі (20%).

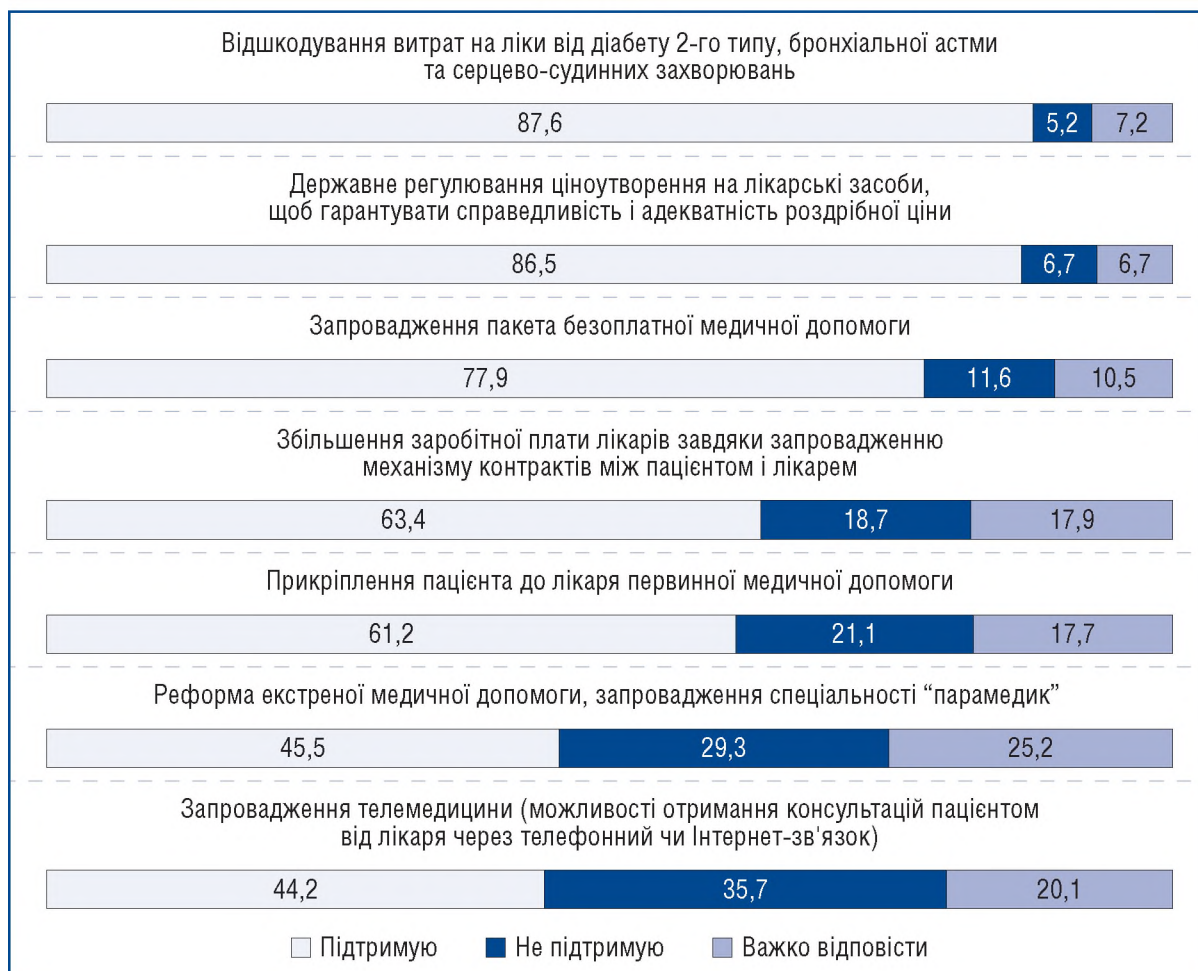


Оскільки регіони відрізняються рівнем довіри до влади, можна припустити, що саме це зумовлює різницю у рівні підтримки медичної реформи між регіонами. Про те, що рівень довіри до влади є визначальним чинником підтримки реформи, свідчать такі дані: серед респондентів, які довіряють Уряду України, підтримують медичну реформу 57% опитаних, а серед тих, хто Уряду не довіряє – лише 20%. Отже, питання довіри-недовіри до медичної реформи (як і, можна припустити, до реформ загалом) – це насамперед питання довіри чи недовіри до влади, яка ці реформи здійснює.

Про політичну вмотивованість ставлення до медичної реформи свідчить та обставина, що попри переважно негативне до ставлення до цієї реформи, кожна

її складова підтримується абсолютною чи відносною більшістю громадян. Так, відшкодування витрат на ліки від діабету 2-го типу, бронхіальної астми та серцево-судинних захворювань підтримують 88% опитаних, державне регулювання ціноутворення на лікарські засоби, щоб гарантувати справедливість і адекватність роздрібною ціни – 87%, запровадження пакета безоплатної медичної допомоги – 78%, збільшення заробітної плати лікарів завдяки запровадженню механізму контрактів між пацієнтом і лікарем – 63%, прикріплення пацієнта до лікаря первинної медичної допомоги – 61%, реформу екстреної медичної допомоги, запровадження спеціальності “парамедик” – 46% (29% тих, хто це не підтримує), запровадження телемедицини (можливості отримання консультацій пацієнтом від лікаря через телефонний чи Інтернет-зв’язок) – 44% (не підтримують 36%).

**Чи підтримуєте Ви кожен з наведених напрямів реформи охорони здоров’я?**  
% опитаних



Хоча спостерігається залежність рівня підтримки більшості аспектів реформи від рівня довіри до Уряду, навіть серед тих респондентів, які Уряду не довіряють, абсолютна чи відносна більшість все ж підтримує кожен з аспектів реформи (за винятком запровадження телемедицини – серед тих, хто не довіряє Уряду, підтримка і не підтримка телемедицини виражена приблизно рівною мірою – відповідно 42% і 39%).

**Якими бачать наслідки медичної реформи громадяни України?** Респонденти вбачають лише один позитивний наслідок реформи: 45% вважають, що зарплата медичного персоналу після її запровадження зросте (лише 5% вважають, що вона знизиться). Разом з тим, 65% вважають, що витрати пацієнтів на медичну допомогу зростуть (лише 7% – що знизяться), 70% – що зростуть витрати пацієнтів на ліки (лише 6% – що знизяться). За іншими аспектами, за якими оцінювалися наслідки реформи, частіше зміни не очікуються. Так, 49% вважають, що не зміниться ставлення лікарів до пацієнтів (18% вважають, що воно покращиться, а 13% – погіршиться); 37% опитаних передбачають, що не зміниться можливість отримання допомоги поряд з домом (14% – зросте, а 26% – знизиться); 37% дотримуються думки, що не зміниться якість медичної допомоги (19% – покращиться, а 24% – погіршиться).



Отже, найбільше, що турбує громадян України – це вартість лікування. Можливо, очікування зростання вартості лікування та ліків не пов'язується напряму з медичною реформою, а є рефлексією тенденції зростання цін на всі товари та послуги (в т.ч. фармацевтичні товари і медичні послуги). Однак, навіть якщо це так, Уряду необхідно передбачити і застосовувати компенсаторні заходи, які б дозволяли забезпечувати доступність лікування навіть для найбільш вразливих груп населення.