та стабілізації ринку праці з урахуванням локальних суспільно-географічних умов.

З кожним роком частка безробітних скорочується, але таке скорочення є незначним. Для покращення ситуації можна запозичити досвід більш розвинених країн Західної Європи, для яких дана проблема не є новою, і які вже домоглися певних результатів у її розв'язанні.

1. Україна в цифрах 2010. Статистичний збірник. / Державний комітет статистики/за ред. Г. Осасуленка / Київ 2010.

2. Рішення від 13.05.2010. № 1078-38/2010 // м. Івано-Франківськ // Про програму соціально-економічного та культурного розвитку області на 2010 рік. Івано-Франківська обласна рада.

3. *Гудзеляк І.* Економіко-географічні аспекти зайнятості і безробіття населення Івано-Франківської області // Наукові записки ТНПУ. Серія: Географія. № 2, 2005. Тернопіль. – С. 102-106.

4. Економічна активність населення у І півріччі 2010 р. / Експрес випуск /Державний комітет статистики України.

In this article modern level of economic activity of human resources in Ukraine and Ivano – Frankivsk region considered, creating of new jobs with the help of development potential of promising sectors of the economy.

УДК: 338.46:613/614

Шеремета Н. О., Носуліч Т. М.

СУЧАСНА СТРАТЕГІЯ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: АНАЛІЗ ОСНОВНИХ ЗДОБУТКІВ ТА ПРОРАХУНКІВ

У статті аналізується сучасна стратегія розвитку системи охорони здоров'я України та її інноваційно складова, а також можливості, прорахунки та основні напрями здійснюваних реформ.

Ключові слова: *система охорони здоров'я, реформа, інновації, регіон.*

І. Вступ. Питання інноваційної діяльності господарства нашої держави на сучасному етапі розвитку економіки є важливим з огляду на входження в ринковий економічний простір і в результаті цього намагання швидкого її перетворення, реформування, вдосконалення. Соціальний вектор розвитку не є винятком на шляху відповідних перетворень. Важливість інноваційної діяльності полягає в можливості прискорення розвитку кожної сфери економіки, що є особливо актуальним для сфери відтворення здоров'я населення. Інноваційна складова стратегії розвитку системи охорони здоров'я передбачає реалізацію новацій та реформ, орієнтуючись на сучасні новації, які проходять у державі.

Аналіз останніх досліджень. Проблеми вдосконалення розвитку системи охорони здоров'я викликають значний інтерес не лише серед представників медичної громадськості, а і серед економістів. Зокрема, глибокий критичний аналіз ситуації, що нині склалась в системі охорони здоров'я, основних підходів до дослідження сучасних реформацій вказаної сфери має місце в працях П. Барстової, О. Голяченко, Ю. Губського, В. Куценко, В. Лехан, В. Москаленка, В. Пономаренка, Р. Салтмана, В. Слабінського та інших [1-7].

ІІ. Постановка завдання. Окреслена актуальність дала можливість чітко визначити *мету* статті: аналіз сучасної стратегії розвитку системи охорони здоров'я України, її інноваційної складової; можливостей, прорахунків та основних напрямів здійснюваних реформ як для сфери, так і для економіки в цілому.

Для досягнення поставленої мети використовувались наступні методи економічного дослідження: морфологічний та абстрактно-логічний; логічного аналізу; економетричні; статистичний та експертних оцінок та ряд інших.

ІІІ.Виклад основного матеріалу. Важливим елементом сучасних реформацій в сфері охорони здоров'я є нарощування обсягів впровадження інноваційних шляхів її розвитку.

Інноваційними процесами у сфері охорони здоров'я є:

• запровадження загальнообов'язкового соціального медичного страхування;

• запровадження багатоканального та багаторівневого фінансування;

• перехід до принципів доказової медицини з метою підвищення якості процесу лікування;

• модернізація сфери з метою підвищення достовірності та якості діагностики і лікування;

• впровадження високотехнологічних методів комп'ютерної та інших видів сучасної діагностики;

• відкриття спеціалізованих медичних центрів різного направлення, враховуючи специфіку рівня та видів захворюваності населення регіонів держави;

• впровадження нових інформаційно-аналітичних технологій на основі наявних технічних можливостей, використання мережі Інтернет, що дозволяє працювати в єдиному інформаційному просторі всім медичним закладам;

• розвиток телемедицини, започаткування організації системи платної теледопомоги багатим верствам населення, налагодження довгострокових контактів із зарубіжними клініками такого типу та ряд інших [8, с. 284].

Найважливішою інноваційною складовою сучасної стратегії розвитку системи охорони здоров'я насамперед є започаткування та здійснення її реформи. Вона передбачає: відмову від фінансування ліжкомісць, нові супероснащенні машини швидкої допомоги, впровадження клінічних протоколів. Також має бути оптимізована мережа медичних закладів, чітко розділена медична допомога на первинну, спеціалізовану і високоспеціалізовану; первинна допомога має стати більш доступною, а спеціалізована – більш висококваліфікованою та високотехнологічною.

Питання розмежування первинної та вторинної допомоги та утворення центрів первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) вперше було озвучене та підтримано МОЗ України ще у 2004 р. На сьогодні створення центрів ПМСД є одним із найголовніших напрямків реформи, що потребує чіткого усвідомлення особливостей і типових рис цього закладу.

Центр ПМСД – це, передусім, заклад охорони здоров'я, що, як і всякий заклад, має керівництво, адміністративно-управлінські та господарські підрозділи. Але, на відміну, від, скажімо, лікарні, лікувально-профілактичні підрозділи центру ПМСД – це фельдшерсько-акушерські пункти (ФАПи), амбулаторії сімейної медицини, медичні пункти, медичні кабінети.

Предметом діяльності Центру ПМСД є:

• організаційно-методичне керівництво та координація діяльності структурних підрозділів Центру на території, яку він обслуговує, з питань надання населенню доступної, своєчасної, якісної та ефективної первинної медико-санітарної допомоги;

• організація надання первинної медико-санітарної допомоги, у тому числі невідкладної, у визначеному законодавством порядку;

• проведення профілактичних щеплень;

• забезпечення права громадян на вільний вибір лікаря, що надає первинну медико-санітарну допомогу (лікаря загальної практики — сімейного лікаря, дільничного терапевта, дільничного педіатра), у визначеному законодавством порядку;

• планування, організація, участь та контроль за проведенням профілактичних оглядів і диспансеризації населення;

• забезпечення дотримання наступності та послідовності у наданні медичних послуг населенню із закладами охорони здоров'я та установами, що надають вторинну (спеціалізовану), третинну (високоспеціалізовану) та екстрену медичну допомогу (медичний маршрут пацієнта);

• організація відбору і направлення хворих на консультацію та лікування до закладів охорони здоров'я та установ, що надають вторинну (спеціалізовану) і третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, а також відбору хворих на санаторне-курортне лікування та реабілітацію у визначеному законодавством порядку;

• забезпечення дотримання стандартів та уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги;

• впровадження нових форм і методів профілактики, діагностики, лікування та реабілітації захворювань та станів;

• організація стаціонарозамінних форм надання медичної допомоги;

• проведення експертизи тимчасової непрацездатності та контролю за видачею листків непрацездатності;

• участь у проведенні інформаційної та освітньо-роз'яснювальної роботи серед населення щодо формування здорового способу життя;

• організація пільгового забезпечення лікарськими засобами населення у визначеному законодавством порядку;

• проведення заходів щодо запобігання і своєчасного виявлення захворювань, зниження рівня ускладнень, інвалідності та смертності населення, перш за все, від попереджувальних захворювань і станів;

• координація впровадження та контроль за виконанням місцевих програм і заходів з питань удосконалення надання первинної медико-санітарної медичної допомоги;

• визначення проблемних питань надання первинної медико-санітарної допомоги та шляхів їх вирішення;

• розробка планів розвитку первинної медико-санітарної допомоги;

• проведення спільно з санітарно-епідеміологічною службою профілактичних та протиепідемічних заходів;

• визначення потреби структурних підрозділів Центру і населення у лікарських засобах, виробах медичного призначення, медичному обладнанні та транспортних засобах для забезпечення населення доступною, своєчасною та якісною медичною допомогою;

• моніторинг забезпечення та раціональне застосування лікарських засобів, виробів медичного призначення, медичного обладнання і транспортних засобів;

• моніторинг виконання та фінансового забезпечення державних соціальних нормативів із забезпечення населення первинною медико-санітарною допомогою;

• вивчення, аналіз і прогнозування показників стану здоров'я населення та участь у розробці заходів, спрямованих на збереження і поліпшення здоров'я населення;

• забезпечення підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації працівників Центру;

• медична практика;

• зберігання, перевезення, придбання, пересилання, відпуск, знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів;

• інші функції, що випливають із покладених на Центр завдань [9].

Амбулаторія, незалежно від того, знаходиться вона поряд з адміністративними підрозділами центру або відокремлено, має самостійно забезпечувати повний і однаковий комплекс профілактичних, діагностичних та лікувальних послуг у межах компетенції первинної допомоги. Завдання керівництва центру полягає у забезпеченні рівної доступності для населення первинної допомоги належної якості шляхом створення, матеріально-технічного та кадрового забезпечення мережі лікарських амбулаторій, наближених до громадян.

Одним із пріоритетів реформування галузі охорони здоров'я є формування сучасної системи екстреної медичної допомоги в Україні.

За даними статистики, в Україні середня смертність від дії зовнішніх причин становить 130–135 осіб на 100 тис. населення, що перевищує показники країн Європи в 3–5 разів. При цьому близько 24% постраждалих помирають у лікарнях, а 76% – поза їх межами. У розвинутих державах 72% постраждалих помирає саме в лікарнях [10].

Однак наявний санітарний транспорт, його обладнання та порядок використання не відповідають сучасним вимогам.

Приймальні відділення багатопрофільних лікарень не відповідають вимогам, запровадженим у країнах Європейського Союзу. Оснащення закладів охорони здоров'я сучасними засобами зв'язку є незадовільним, що не може не впливати на своєчасність надання екстреної медичної допомоги.

Усі складові не поєднані між собою за принципами, правилами і стандартами, що має своє відображення на своєчасності, доступності та послідовності надання екстреної медичної допомоги як у повсякденних умовах, так і при надзвичайних ситуаціях.

Створення ефективної загальнодержавної системи супроводу хворих на догоспітальному та госпітальному етапах надання екстреної медичної допомоги цілком відповідає сучасному баченню реформ в охороні здоров'я з розподілом на рівні надання медичної допомоги, формування госпітальних округів, створення ринку медичних послуг, зменшенню кількості джерел фінансування закладів охорони здоров'я. Саме тому створена система повинна мати єдиний організаційний центр – територіальний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, якому підпорядковується весь наявний ресурс на території адміністративно-територіальної одиниці (АР Крим, областей, міст Києва та Севастополя) і фінансуватися з відповідного бюджету (республіканський, обласний, міський Києва та Севастополя) [10].

Реформа нині реалізовується в трьох пілотних регіонах – Вінницькій, Дніпропетровській і Донецькій областях. Експеримент повинен вкластися в два роки, ще рік відводиться на те, щоб зробити висновки з експерименту і підготувати реформу в масштабі всієї країни [11]. Поряд із цим, і інші регіони країни частково, але задіяні в реалізації названої реформи.

Починається реформа з оптимізації мережі медустанов. Під оптимізацією мається на увазі, що слабкі відділення в заштатних лікарнях будуть закриті з метою економії ресурсів на користь інших лікарень, які краще оснащені і готові надавати більш кваліфіковану допомогу. На місці закритих відділень повинні бути організо-

вані інші медичні установи – наприклад, хоспіси або амбулаторії.

В Україні перші хосписи – заклади для надання стаціонарної медичної, соціальної, психологічної та духовної допомоги хворим у термінальній стадії життя, було створено в 1997–1999 роках в мм. Львові, Івано-Франківську та Харкові. На сьогодні в Україні в різних регіонах функціонує 10 стаціонарних хоспісів та відділень паліативної допомоги при онкологічних та багатопрофільних лікарнях. У деяких містах України функціонують також кілька структур з надання паліативної допомоги благодійного спрямування при церковних та різних громадських організаціях. Але, на жаль, більшість із них не отримує достатнього фінансування і тримається лише за рахунок ентузіазму медичного персоналу, волонтерів та підтримки місцевих органів влади. До того ж ні кількість таких закладів (у багатьох областях України окремі хоспіси та спеціалізовані відділення паліативної допомоги взагалі до цього часу відсутні), ні матеріально-технічна база багатьох із них, ні навіть юридичні засади їх створення, фінансування та надання медичних послуг, особливо в частині застосування наркотичних (опіоїдних) аналгетиків, а тому й стан перебування в них паліативних пацієнтів, у цілому не тільки не відповідають як тим, що вже існують сьогодні, міжнародним стандартам, зокрема протоколам ВООЗ, а іноді є далекими навіть від найбільш невибагливих соціальних вимог [3].

За територією країни будуть сформовані госпітальні округи, до яких увійдуть: лікарні планового лікування хронічних хворих (обов'язково в кожному районі), заклади первинної медико-санітарної допомоги, центри первинної медико-санітарної допомоги, багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування (саме сюди будуть везти пацієнтів швидкі, тут же будуть і пологові відділення), лікарні для відновного лікування.

Сьогодні неможливо точно сказати, скільки районів буде обслуговувати одна лікарня інтенсивного лікування, так як госпітальні округи не будуть адміністративно відповідати областям або іншим територіальним одиницями.

Завдяки оптимізації повинна вималювався чітка траєкторія, по якій будуть проходити пацієнти. На думку ідеологів реформи, близько 80% людей, які звертаються до лікаря, потребують первинної медичної допомоги, а не спеціалізованої. Тим не менш, багато хто з них звертаються саме до спеціалізованих лікарень, і часто не до одного лікаря, а до кількох з болем у грудях відвідають і кардіолога, і невропатолога, і ще одного кардіолога для перестраховки. Таким чином, фахівці витрачають свій час на тих пацієнтів, яким здатний допомогти лікар загальної практики. В результаті реформи допомога лікаря загальної практики повинна стати більш доступною, а допомогу фахівців будуть отримувати ті пацієнти, які цього справді потребують.

Районні лікарні в їх нинішньому вигляді перестануть існувати, і будуть перепрофільовані – в основному, в лікарні планового лікування хронічних хворих. Усіх пацієнтів, які потребують термінової допомоги – з переломами, загостреннями хронічних хвороб, інфекційними хворобами, породіль – «швидкі» повинні доставляти в лікарні інтенсивного лікування. Причому «швидкі» не прості, а такі, в яких є все необхідне обладнання для підтримки пацієнта у безпечному для життя стані. Запланований час приїзду швидкої на виклик – 10 хвилин в місті, 20 хвилин в сільській місцевості [11].

Варто звернути увагу на те, що створення системи надання екстреної медичної допомоги має відбуватися у декілька етапів. На першому етапі реформування кількість відділень центрів у містах із розрахунку 1 відділення на 100 тис. населення має становити 314 підрозділів. На селі з розрахунку 1 відділення на 50 тис. населення кількість відділень центрів становить 292. На наступних етапах планується тенденція до укрупнення підрозділів – з охопленням у містах до 200 тис. населення, у сільській місцевості – до 100 тис. населення [9].

Для реалізації реформи потрібно здійснити такі кроки: позапланова перевірка медичних закладів на їх відповідність ліцензійним та акредитаційним умовам; реалізація планів оптимізації мережі та потужностей закладів охорони здоров'я; запровадження вибору пацієнтами лікаря первинної ланки; запровадження системи направлень лікаря первинної ланки для отримання планової вторинної допомоги (амбулаторної та стаціонарної) різної інтенсивності; апробація закупівлі медичних послуг за державним замовленням у віртуальному режимі; перехід до стратегічних закупівель в реальному вимірі; моніторинг результатів перетворень; моніторинг якості та доступності медичної допомоги; узагальнення результатів та передача для впровадження [5].

Крім цього, протягом останніх десятиріч продовжується реалізація низки інноваційних про-

ектів, зокрема: впровадження Національних рахунків охорони здоров'я в Україні, а також Стандарту якості ISO-9001 в клінічній практиці; міжнародної технічної допомоги Агентства США з міжнародного розвитку «Полісі» (впровадження страхової медицини в пілотних регіонах, боротьба з соціально небезпечними захворюваннями); «Створення сучасної інноваційної моделі надання якісних медичних послуг населенню», «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні»; «Фінансування та управління в сфері охорони здоров'я в Україні»; «Здоров'я матері і дитини»; «Перинатальне здоров'я» (спільний українсько-швейцарський проект) та ряду інших. Активно розвивається Інтернет-сектор системи охорони здоров'я, телемедицина [12, с. 327].

IV. Висновки. Таким чином, підтримка вже діючих та розробка і впровадження нових інноваційних ініціатив дасть змогу прискорити розвиток системи охорони здоров'я і досягти нею високих стандартів надання медичної допомоги; організаційні зміни діючої системи нададуть можливість економії державних коштів та перерозподілу їх на ті складові медичного обслуговування, які конче їх потребують; вдосконалення законодавчої бази дозволить запровадити правовий механізм створення нової системи охорони здоров'я, унормує взаємовідносини усіх її складових.

Очікуваними результатами реформи – індикаторами успіху – можна назвати: для пацієнта – покращення стану здоров'я населення, зменшення витрат на медичну допомогу; для лікаря – достойну заробітну плату, покращення умов праці, підвищення соціального статусу; для держави – підвищення ефективності використання державних коштів, розвиток людського потенціалу.

1. Барстова П. Ф. Фінансовий та економічний стан охорони здоров'я України в умовах реформування галузі / П. Ф. Барстова // Вісник соціальної гігієни та охорони здоров'я. – 2000. – № 3. – С. 80-81.

2. Реформа охорони здоров'я в Україні. Кадрова проблема / О. М. Голяченко [та ін.] // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України: наук.-практ. журн. – 2010. – № 3. – С. 30-33.

3. Губський Ю. Інтегральна складова реформування системи охорони здоров'я в Україні / Ю. Губський // Ваше здоров'я. – 2011. – 20 травня (№ 18). – С. 12-13.

4. Куценко В. І. Інвестиції в здоров'я – важливий чинник сталого розвитку / В. І. Куценко // Збірник наукових праць «Проблеми розвитку зовнішньоекономічних зв'язків і залучення іноземних інвестицій: регіональний аспект». – Донецьк: в-во ДонНУ, 2011. – Ч. 1. – С. 219-226.

5. *Лехан В.* Реформування охорони здоров'я: стратегія, тактика, ризики / В. Лехан // Український медичний часопис. – 2010. – № 5 (79) IX-X.: [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.umj.com.ua.

6. *Москаленко В. Ф.* Оптимальна модель системи охорони здоров'я: концептуальні засади та принципи побудови: (аналітичний огляд) / В. Ф. Москаленко // Україна. Здоров'я нації. – 2008. – № 3/4. – С. 93-102.

7. Слабінський, В. Як реформувати медицину / В. Слабінський // Урядовий кур'єр. – 2000. – 01 лютого – С.9.

8. Носуліч Т. М. Інноваційні шляхи розвитку сфери відтворення здоров'я населення в умовах трансформаційних перетворень економіки України / Носуліч Т. М. // Матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції: Теорія та практика ринкових перетворень: економічний та соціальний контекст, м. Вінниця, 20-21 березня 2008 р. – Вінниця: ВІЕ ТНЕУ, 2008. – С. 283-285.

9. Устінов О. В. Реформа первинної медичної допомоги. Стратегія / Устінов О. В. // Український медичний часопис: актуальні питання клінічної практики. – 2011. – № 5. – С. 13-14.

10. Реорганізація швидкої допомоги: скорочень медичних кадрів не передбачено // Медицина. Инновации. Реформа. – 2011. – 15 ноября.: [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://medreforma.org/?p=407.

11. Закон України "Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві»: [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=3612-17.

12. Носуліч Т. М. Інноваційна стратегія розвитку системи охорони здоров'я як основний фактор реформування сфери / Т. М. Носуліч // Матеріали міжнародної конф.: Шляхи та інструменти модернізаційного прориву економіки України, м. Одеса, 20-22 жовтня 2010 р. / ІПРЕЕД НАН України. – Одеса: ІПРЕЕД НАН України, 2010. – С. 326-328.

The paper analyzes the current strategy of Ukraine's health system, its innovative component, capabilities and main directions of reforms carried out as for consumers and the economy as a whole. Material covered in the section, allows the following conclusions: support for already existing and the development and implementation of new innovative initiatives will accelerate the development of health care, which in turn will ensure high standards of medical care. Key words: health care reform, innovation, region.