

УДК 351:61.001.12

Є.Ю. Ткач

аспірант  
Класичний приватний університет**СУЧАСНИЙ СТАН ТА НАСЛІДКИ НЕГАТИВНИХ ТЕНДЕНЦІЙ  
У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ**

*У статті проаналізовано сучасний стан та наслідки негативних тенденцій у сфері охорони здоров'я в Україні. Розглянуто фінансово-економічний, організаційний і нормативно-правовий механізми функціонування системи охорони здоров'я.*

**Ключові слова:** система охорони здоров'я; фінансово-економічний, організаційний, нормативно-правовий механізми функціонування системи охорони здоров'я.

**I. Вступ**

Сучасна система охорони здоров'я, яка дісталась Україні в спадок від УРСР, перебуває в кризовому стані, що унаочнюється медико-демографічними показниками. Вона погано пристосована для того, щоб за нинішніх умов соціально-економічного розвитку країни належним чином реагувати на потреби населення. За роки незалежності цей чи не найважливіший складник сфери соціального захисту спонтанно деформувався без належної адаптації до сучасних вимог та суспільних потреб. Не викликає сумніву, що система охорони здоров'я в її нинішньому стані потребує негайного реформування, точніше – заміни новою системою, яка була б здатна забезпечити належний рівень медичного обслуговування населення відповідно до вимог сьогодення.

**II. Постановка завдання**

Метою статті є аналіз сучасного стану та наслідків негативних тенденцій у сфері охорони здоров'я в Україні.

**III. Результати**

Задекларовані в основі пострадянської системи принципи із часом, по суті, втратили економічно обґрунтовані механізми власного забезпечення. Це призвело до розбалансованості фінансово-економічних, організаційних, нормативно-правових та профілактичних механізмів функціонування системи.

**Фінансово-економічні механізми**

Недосконалість та неадаптованість до ринкових реалій фінансово-економічних механізмів функціонування СОЗ спричинили такі наслідки.

1. Нестача ресурсного забезпечення сфери охорони здоров'я, зокрема низька частка витрат на охорону здоров'я відносно валового внутрішнього продукту (ВВП) України. Вона за останні п'ять років коливається в межах 3%.

Разом з тим слід наголосити, що цей показник має досить відносний характер, оскільки стосується суто державних видатків.

Як свідчать дані національних рахунків в охороні здоров'я, загальні витрати на охорону здоров'я в Україні коливаються в межах 5,5–6,5% ВВП (як і в деяких країнах Східної та Центральної Європи). Характерною особливістю України при цьому є перевищення недержавних джерел фінансування над державними.

Вади ресурсного забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні, передусім, полягають у такому:

- бюджетне фінансування практично спрямовано на утримання інфраструктури і не залежить від обсягу та якості наданих послуг;
- досить незначні державні видатки на виконання державних (регіональних) програм є розпорощеними, тому – неефективними;
- суперечливість статистичних даних і труднощі обліку неофіційних витрат на потреби сфери охорони здоров'я ускладнюють процес розрахунку та планування видатків держави.

2. Вади механізмів державного фінансування сфери охорони здоров'я:

- неефективність ресурсного забезпечення системи. Загальний обсяг фінансування охорони здоров'я з державного та місцевих бюджетів щорічно зростає. Так, у 2010 р. він становив 41,7 млрд грн, з яких: загальний фонд (бюджетні кошти) – 39,4 млрд грн, що на 9,4 млрд грн (31,5%) перевищує показник 2009 р. (29,9 млрд грн), у тому числі: місцеві бюджети в обсязі 32,1 млрд грн із зростанням на 30,6%, державний бюджет в обсязі 7,3 млрд грн із зростанням на 35,8%; спеціальний фонд (власні кошти закладів, установ, стабілізаційний фонд) – 2,3 млрд грн. Питома вага видатків на охорону здоров'я в загальному обсязі ВВП становила 3,64% (2009 р. – 2,9%). У 2000–2011 рр. розмір фінансування сфери охорони здоров'я зріс у номінальному вимірі майже в 9 разів (у 2000 р. – 4,8 млрд грн, у 2010 р. – 41,7 млрд грн).

Збільшення бюджетного фінансування сфери охорони здоров'я було пов'язано переважно з необхідністю підвищення заробітної плати медичним працівникам та індексом інфляції. Проте об'єктивного покращення забезпечення системи не відбувається. Рівень заробітних плат у медичній сфері, за даними Держкомстату, залишається одним з найнижчих. Таким чином, ні медичні працівники, ні пацієнти не відчувають збільшення видатків на сферу охорони здоров'я. Основною причиною, на нашу думку, є те, що державні й комунальні заклади охорони здоров'я, маючи статус "бюджетних установ", згідно з вимогами Бюджетного кодексу України, фінансуються за єдиним можливим для цих установ методом постатейного кошторису. Відповідно, керівники таких лікарень не мають права самостійно оперативного перерозподіляти надані їм для використання кошти між різними напрямками витрат залежно від пріоритетних потреб конкретної лікарні (що, у свою чергу, мають відповідати конкретним потребам громади, яка обслуговується лікарнею). Будь-яка зміна кошторису вимагає прийняття рішення відповідною місцевою радою та дозволу місцевих фінансових органів;

- висока частка неформальних платежів (хабарів) за надання офіційно безкоштовної допомоги в державних/комунальних закладах охорони здоров'я (які, за окремими даними, становлять 3–3,5% сукупних державних видатків на охорону здоров'я);
- відсутність технології розрахунку собівартості медичної послуги в державних та комунальних медичних закладах різного рівня (первинного, вторинного, третинного) у поєднанні із законодавчою неможливістю (ст. 49 Конституції України) розробки стандартів мінімального гарантованого державою обсягу медичної допомоги ускладнює процес планування економічно обґрунтованого розміру бюджетного фінансування державних медичних закладів, а також процес державного контролю за використанням матеріальних, трудових та грошових ресурсів;
- дублювання фінансування з бюджетів різних рівнів;
- фрагментація коштів, що виділяються на охорону здоров'я, внаслідок нескордированості "основної" та відомчої медицини;
- формування кошторису медичних закладів залежно від потужності медичного закладу (чисельності ліжок і медичного персоналу), а не від реальних потреб населення в медичній допомозі, що призводить до екстенсивного розвитку системи. Переважна частка державного фінансу-

вання спрямовується на фінансування лікарень, при цьому 80–90% – на оплату праці персоналу та комунальні послуги.

Незважаючи на збільшення останніми роками бюджетного фінансування сфери охорони здоров'я, його розмір у душовому вимірі залишається дуже низьким, що зумовлює зростання частки особистих витрат населення (як офіційних, так і неофіційних) та заміщення безоплатної медичної допомоги платною.

3. Висока вартість ліків, неконтрольована система ціноутворення на лікарські засоби та недостатнє державне забезпечення ліками. Наслідком зазначеного вище є те, що частина населення України не в змозі придбати необхідні ліки через їх високу вартість.

Необхідність придбання населенням ліків за власні кошти зумовила появу агресивної реклами, яка в поєднанні з недосконалістю механізмів регулювання та контролю за відпуском лікарських засобів (рецептурна форма) сприяє:

- "просуванню" фармацевтичними працівниками дорожчих, переважно імпортованих ліків: в Україні станом на квітень 2011 р. зареєстровано 14 205 лікарських засобів, при цьому вітчизняного виробництва з них – лише 3681 (10 524 – іноземного виробництва). Обсяги продажу лікарських засобів вітчизняного виробництва у 2010 р. становили 24,5%, а імпортованого – 75,5%. При цьому частка генеричних (дешевших) лікарських засобів вітчизняного виробництва становить у середньому лише 16%;
- самолікуванню та необґрунтованому й неконтрольованому використанню лікарських засобів: за даними статистики, першість за захворюваністю в Україні належить хворобам серцево-судинної системи, а за обсягом реалізації лікарських засобів – найбільш розрекламованим препаратам, що використовуються при патології шлунково-кишкового тракту.

Недосконалість існуючої системи закупівлі лікарських та діагностичних засобів призводить до того, що досить часто тендерна закупівля відбувається за завищеними цінами і з запізненнями (особливо гостро це питання зачіпає життєзабезпечувальні ліки – стосовно яких передбачені державні цільові програми). Так, наприклад, попри наявність Державної цільової програми "Цукровий діабет", своєчасного й у повному обсязі забезпечення хворих інсуліном та реактивами не відбувається. Подібна ситуація складається з препаратами для хворих гемофілією, ВІЛ/СНІДом.

4. Недоліки соціально-економічного забезпечення медичних працівників в Україні.

Попри збільшення питомої ваги видатків на оплату праці медичних працівників у загальних видатках, зростання середньої за-

робітної плати в охороні здоров'я залишається вкрай низьким. Підвищення з 1 липня 2011 р. заробітної плати медичним працівникам суттєво не впливає на ситуацію і відсоток зарплати медиків у відношенні до середньої зарплати по промисловості зріс з 46% у 2000 р. всього до 68,7% у 2011 р., що свідчить про порушення ст. 77 Закону України "Основи законодавства України про охорону здоров'я", яка передбачає встановлення в державних закладах охорони здоров'я посадових окладів на рівні, не нижчому від середньої заробітної плати працівників промисловості.

Низька оплата праці медичних працівників, відповідно, негативно впливає й на їхній соціальний захист (пенсійне забезпечення, соціальний захист на випадок профзахворювань тощо). Надзвичайно актуальною для медичних працівників є проблема безпеки на робочому місці, адже рівень профзахворювань медиків досить високий (останніми роками, наприклад, лише на туберкульоз захворіли 150 працівників, на вірусний гепатит – понад 50). І хоча фінансування заходів щодо охорони праці, передбачене законодавством для медичної сфери, яке має становити не менше ніж 0,2% фонду заробітної плати, здійснюється, але при фактичних розрахунках, зважаючи на розмір самого фонду заробітної плати в охороні здоров'я, видатки становлять лише 62 грн. Більшість страхових випадків залишаються проблемою самого постраждалого. Для порівняння: у торгівлі аналогічні витрати становлять 210 грн на одного працівника, в промисловості – близько 600 грн, у середньому по країні – 540 грн (за даними 2010 р.).

Компенсація за рахунок платежів населення низької заробітної плати медичних працівників створює високий рівень корупції та неформальних платежів у СОЗ. За даними соціологічного дослідження, кожна дванадцята гривня (у січні – вересні 2008 р. – кожна чотирнадцята) з коштів, витрачених населенням на оплату послуг охорони здоров'я, спрямовувалася на оплату послуг, отриманих у неформальному секторі СОЗ (на хабарі, грошову винагороду громадянам, які надають медичну допомогу без відповідного юридичного оформлення цієї діяльності тощо).

#### *Організаційно-управлінські механізми*

Недосконалість та неадаптованість до ринкових реалій організаційно-управлінських механізмів СОЗ спричинили такі наслідки.

1. Недосконалість структурно-організаційної системи СОЗ. В Україні, крім системи охорони здоров'я, що перебуває у віданні Міністерства охорони здоров'я України, існує низка паралельних медичних служб систем міністерств та відомств (а саме 14), на фінансування яких витрачається 42,3% видатків на охорону здоров'я з державного бюджету. На-

явність відомчих систем охорони здоров'я також зумовлює підтримку дублюючих потужностей медичних установ і, відповідно, неефективне використання державних коштів, що виділяються на охорону здоров'я.

Наслідком зазначеного вище є те, що, за даними вибіркового обстеження умов життя домогосподарств, у січні – вересні 2009 р. майже кожне друге (у 2008 р. – майже кожне п'яте) домогосподарство, члени яких потребували, але не отримали медичної допомоги, повідомило про випадки недоступності для хворих членів родини необхідного лікування в стаціонарних лікувальних установах. Майже всі такі домогосподарства вказали, що вимушена відмова від належного лікування викликана занадто високою його вартістю.

2. Нераціональне використання наявних ресурсів:

- дублювання медичних послуг на різних рівнях надання медичної допомоги. Таке дублювання виявляється в концентрації високоспеціалізованих медичних установ на певній адміністративній території. Це, з одного боку, створює регіональну диспропорцію медичного забезпечення, а з іншого – призводить до неефективного використання потужностей медичних ресурсів на обмеженій території;
- відсутність системи маршруту пацієнта від лікаря первинної ланки (лікаря-терапевта, педіатра, сімейного лікаря). Пацієнти, як правило, самостійно звертаються безпосередньо до лікарів-спеціалістів, що, з одного боку, створює умови для зловживань у медичній сфері, а з іншого – надмірний, переважно необґрунтований попит на спеціалізовану (більш витратну) медичну допомогу та госпіталізацію. Так, за даними фахівців, від 30 до 50% пацієнтів в Україні госпіталізується необґрунтовано;
- відсутність чітких механізмів контролю та підзвітності. Це призводить до непрозорих тендерних закупівель, нераціонального розподілу й використання придбаного обладнання. За даними Рахункової палати, 12% придбаного обладнання для надання екстреної допомоги місцеві органи охорони здоров'я передали до однопрофільних лікарень, що не забезпечують надання такої допомоги. Понад те, чимала кількість медприладів (на суму 4,4 млн грн) узагалі не застосовувалась і від 3 до 18 місяців зберігалася в постачальників чи на складах медзакладів. А МОЗ закупило 8809 од. обладнання й 1 тис. автомобілів за завищеними цінами в австрійській компанії *Vamed Engineering GmbH & CO KG*, збільшивши цим майбутні бюджетні витрати на 7,1 млн євро. При цьому 1 тис. автомобілів не було внесено до Держ-

реєстру медтехніки та медпризначення, що відповідно до вимог українського законодавства зумовило необхідність додаткових витрат на сплату митних зборів і ПДВ у сумі 37 млн грн;

- відсутність системи чіткого розподілу первинної й вторинної ланок медичної допомоги. Наприклад, кількість стаціонарів в Україні більше ніж удвічі перевищує аналогічний показник країн Європи, що призводить до розпорошення ресурсів та низької якості медичних послуг. Частка малопотужних лікарень місткістю до 50 ліжок у загальній кількості всіх лікарень становить 12%. Загальна забезпеченість ліжками на 10 тис. населення (незважаючи на те, що в Україні відбулося скорочення ліжкового фонду майже на третину) залишається досить високою – 9,73, за даними Держкомстату, що у 1,7 раза перевищує аналогічні показники в країнах ЄС та в 1,4 раза – в європейському регіоні, тоді як лише 27% фахівців – фахівці первинної ланки.

3. Низька доступність якісних послуг з охорони здоров'я:

- диспропорція в забезпеченні якісними послугами з охорони здоров'я сільського й міського населення України. За даними соціологічних досліджень, у трьох із семи домогосподарств, у яких хто-небудь із членів потребував медичної допомоги, не отримали її (у 84% випадків – через високу вартість послуг, у 9% – відсутність медичного спеціаліста потрібного профілю (у сільській місцевості – 17%)). Варто зазначити, що перші кроки реформування, а саме оптимізація закладів охорони здоров'я, лише поглибили цю проблему. Якщо раніше в сільській місцевості діяли фельдшерсько-акушерські пункти (ФАП), то на сьогодні більшість з них ліквідовано, а географічна віддаленість деяких населених пунктів та відсутність доріг і транспортного зв'язку взагалі залишають певну частину населення України без медичної допомоги;
- відсутність безпосереднього зв'язку, заснованого на принципах постатейного кошторису фінансування громадських медичних закладів з обсягами та якістю наданих послуг.

4. Низька якість кадрового забезпечення СОЗ:

- відсутність зацікавленості дільничних лікарів, праця яких оплачується за ставками й не залежить від якості їх роботи та обсягу наданих послуг, у підвищенні своєї кваліфікації;
- негативний кадровий баланс: постаріння працівників системи; низька якість підготовки медичних кадрів; недостатній приплив у медицину кваліфікованих молодих спеціалістів.

За останні 20 років в охороні здоров'я України спостерігається тенденція щорічного скорочення кількості ліжок у медичних закладах (з 671 тис. у 1991 р. до 429 тис. у 2010 р.) та скорочення мережі лікарняних закладів (з 3,9 тис. в 1991 р. до 2,8 тис. у 2010 р.), до яких, згідно із чинним законодавством, безпосередньо прив'язана кількість ставок медичних працівників, а отже, і кількість зайнятих у сфері медиків. Водночас збільшується кількість лікарів, які випускаються вищими медичними навчальними закладами. Незважаючи на такі тенденції, рівень укомплектованості штатних посад лікарями на 2010 р. становив 80,8%, а середніми медичними працівниками – 97,6%. При цьому загальна кількість лікарів в Україні становить близько 225 тис. осіб, тобто приблизно 49 лікарів на 10 тис. населення, що, як уже зазначалось, більше, ніж у країнах ЄС. Але в Україні, на відміну від решти світу, статистична інформація враховує й організаторів охорони здоров'я, санітарно-гігієнічних лікарів, науковців.

Підготовка лікарів та середнього медичного персоналу в Україні – прерогатива держави, що мала б жорстко регламентувати процес підготовки кадрів для сфери охорони здоров'я й регулювати чисельність відповідних спеціалістів для задоволення потреб у них усієї мережі охорони здоров'я. Між тим значна кількість випускників медичних ВНЗ змушені працювати поза медициною. Виникають сумніви щодо спроможності держави регулювати кадрову політику медичної сфери.

#### *Нормативно-правові механізми*

Правовідносини у сфері охорони здоров'я регламентуються й регулюються досить значною законодавчою базою, а саме: Конституцією України, Основами законодавства України про охорону здоров'я, указами Президента України, постановами Кабінету Міністрів України, нормативними наказами Міністерства охорони здоров'я України, які реєструються в Міністерстві юстиції України, а також національними й державними, комплексними та цільовими програмами з актуальних проблем охорони здоров'я, затвердженими указами Президента України або постановами Кабінету Міністрів України. Їх аналіз свідчить про таке:

- деякі правові норми у сфері охорони здоров'я досі не переглянуті з радянських часів та залишаються чинними, хоча суттєво змінилися і політичні, і соціально-економічні умови функціонування СОЗ. Це призвело до суперечностей у нормативно-правовій базі, що регламентує діяльність СОЗ, декларативності й неузгодженості цих норм між собою та іншими правовими актами, що утруднює їх виконання (див. табл.);
- відсутнє законодавче забезпечення захищеності прав пацієнтів та медичних працівників в Україні.

Таблиця

## Ступінь виконання основних законодавчих актів, що регламентують діяльність СОЗ

Законодавчий акт	Заявлені положення	Стан виконання
Конституція України	Ст. 49. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена	Виконується частково
Закон України "Основи законодавства України про охорону здоров'я"	Ст. 7. Держава згідно із Конституцією України гарантує всім громадянам реалізацію їх прав у сфері охорони здоров'я шляхом надання всім громадянам гарантованого рівня медичної допомоги у обсязі, що встановлюється Кабінетом Міністрів України <...> Ст. 12. Державна політика охорони здоров'я забезпечується бюджетними асигнуваннями в розмірі, що відповідає її науково обґрунтованим потребам, але не менше 10% національного доходу. Ст. 18. Кошти Державного бюджету України <...> використовуються для забезпечення населенню гарантованого рівня медичної допомоги, фінансування державних цільових і місцевих програм охорони здоров'я та фундаментальних наукових досліджень з цих питань. Обсяги бюджетного фінансування визначаються на підставі науково обґрунтованих нормативів з розрахунку на одного жителя. Ст. 19. <...> забезпечується реалізація державних цільових програм пріоритетного розвитку медичної, біологічної та фармацевтичної промисловості, заохочуються підприємництво і міжнародне співробітництво в сфері матеріально-технічного забезпечення охорони здоров'я, створюється система відповідних податкових, цінних, митних та інших пільг і регуляторів	Виконується частково
Рішення Конституційного Суду України від 29.05.2002 р.	Положення ч. 3 ст. 49 Конституції України "у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно" треба розуміти так, що у державних та комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається всім громадянам незалежно від її обсягу та без попереднього, поточного або наступного їх розрахунку за надання такої допомоги. Словосполучення "безоплатність медичної допомоги" означає неможливість стягування з громадян плати за таку допомогу в державних і комунальних закладах охорони здоров'я у будь-яких варіантах розрахунків <...>	Не виконується

Нечіткою та неузгодженою є нормативно-правова база, що визначає та регулює механізми фінансування СОЗ, зокрема немає законодавчо закріпленого базового пакета медичної допомоги, надання якого держава гарантує всім своїм громадянам безоплатно, тобто за рахунок державних та місцевих бюджетів. Це спричинює законодавчі колізії й проблеми, коли норми різних актів, що регламентують охорону здоров'я, суперечать одна одній.

Основними чинниками описаного вище стану справ є такі:

- нестача спеціалістів, які б мали необхідний обсяг знань як у сфері юриспруденції, так і в медицині;
- неконсолідованість діяльності представників правової й медичної науки;
- недостатнє врахування міжнародно-правових стандартів у сфері охорони здоров'я та неефективне використання позитивного зарубіжного досвіду в регулюванні охорони здоров'я.

При цьому слід зазначити, що аналіз поточних заходів Уряду України, Міністерства охорони здоров'я України щодо забезпечення реформування вітчизняної системи охорони здоров'я свідчить про ряд позитивних змін. Зокрема, прийнято такі законодавчі та нормативні акти:

- нову редакцію Бюджетного кодексу України, в якому враховано питання, пов'язані з оптимізацією медичних за-

кладів (зокрема, внесено зміни в ст. 88 та 89 Бюджетного кодексу України, відповідно до яких фінансування дільничних лікарень, медичних амбулаторій, фельдшерсько-акушерських і фельдшерських пунктів перенесено на видатки, що здійснюються з районних бюджетів та бюджетів міст республіканського Автономної Республіки Крим і міст обласного значення);

- Закон України "Про державно-приватне партнерство" від 01.07.2010 р. № 2404-17, який законодавчо забезпечив можливість партнерства держави й приватного інвестора, у тому числі у сфері охорони здоров'я;
- Закони України "Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги" від 07.07.2011 р. № 3611 та "Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві" від 07.07.2011 р. № 3612;
- Постанову Кабінету Міністрів України "Про деякі заходи щодо підвищення престижності праці медичних працівників, які надають медичну допомогу хворим на туберкульоз";
- методичні рекомендації щодо реалізації положень нової редакції Бюджетного кодексу України в частині фінансування пе-

рвинної медико-санітарної допомоги, розроблені Міністерством фінансів України.

У цілому задекларовані в національному законодавстві України принципи правового регулювання діяльності сфери охорони здоров'я переважно відповідають нормам міжнародного права та міжнародним рекомендаціям. Основною проблемою в Україні є неналежне виконання законодавства органами виконавчої влади й іншими суб'єктами правовідносин.

#### IV. Висновки

Таким чином, українська система охорони здоров'я характеризується фінансовою та ресурсною розпорошеністю й деформованістю структури медичних послуг. Це сприяє загостренню проблем медичного обслуговування населення, особливо в умовах фінансово-економічної кризи, та вимагає реформування системи охорони здоров'я таким чином, щоб, з одного боку, забезпечити потребу населення в медичній допомозі, а з іншого – стримувати зростання витрат на охорону здоров'я.

Зазначене потребує радикального перегляду та реформування державної політики у сфері охорони здоров'я, особливо в таких питаннях, як: бюджетування охорони здоров'я, раціональне використання наявної інфраструктури (медичних закладів та їх технічного забезпечення, кадрів, технологій тощо), переорієнтація охорони здоров'я на профілактичний напрям тощо. При цьому важливими складниками впровадження системних змін є партнерство між закладами охорони здоров'я, освіти, фінансовими посередниками (зокрема страховими компаніями) тощо в усіх аспектах реформування, у тому числі фінансово-економічному, організаційному, нормативно-правовому та профілактичному, встановлення чітких пріоритетів, забезпечення профілактичного вектора розвитку, упровадження моніторингу реформування, індикаторів оцінювання та контролю, а також широка поінформованість суспільства щодо напрямів і шляхів реформування та забезпечення відкритості системи охорони здоров'я.

Наведене вище не залишилось поза увагою і МОЗ, і експертів, і науковців, і медичної спільноти. Майже кожна із зазначених проблем тією чи іншою мірою неодноразово розглядалась і на державному, і на міжнародному рівнях. Протягом усього періоду незалежності України неодноразово відбувались спроби реформування медичної сфери, але вони мали переважно безсистемний та фрагментарний характер.

#### Список використаної літератури

1. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні / [за заг. ред. В.М. Лехан, В.М. Рудого]. – К. : Вид-во Раєвського, 2005. – 30 с.
2. Інформація про соціально-економічну ситуацію в галузі охорони здоров'я у 2010 р. / Професійна спілка працівників охорони здоров'я України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://medprof.org.ua/socialno-ekonomichnii-zakhist/informacija-pro-socialno-ekonomichnu-informaciju-v-galuzi-okhoroni-zdorovja/>.
3. Про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 р. № 2801-XII [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=2801-12>.
4. Соціально-економічний стан України: наслідки для народу та держави. Національна доповідь / [за заг. ред. В.М. Гейця та ін.]. – К. : НВЦ НБУВБ, 2009. – 687 с.
5. Основні шляхи подальшого розвитку охорони здоров'я в Україні / [за заг. ред. В.М. Лехан, В.М. Рудого]. – К. : Вид-во Раєвського, 2005. – С. 17.
6. Рудий В.М. Законодавче забезпечення реформи системи охорони здоров'я в Україні / В.М. Рудий. – К. : Сфера, 2005. – С. 167.
7. Економіко-статистичний аналіз як інструмент для прийняття рішень, спрямованих на підвищення ефективності використання ресурсів та покращення якості медичної допомоги [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [www.eu-shc.com.ua/.../7\\_econom-stat%20%20BK+SD](http://www.eu-shc.com.ua/.../7_econom-stat%20%20BK+SD).

Стаття надійшла до редакції 12.09.2013.

#### Ткач Е.Ю. Современное состояние и последствия негативных тенденций в сфере здравоохранения в Украине

*В статье проанализированы современное состояние и последствия негативных тенденций в сфере здравоохранения в Украине. Рассмотрены финансово-экономический, организационный и нормативно-правовой механизмы функционирования системы здравоохранения.*

**Ключевые слова:** система здравоохранения; финансово-экономический, организационный, нормативно-правовой механизмы функционирования системы здравоохранения.

#### Tkach E. Current status and consequences of negative trends in the health sector in Ukraine

*In the article author analyzed today's condition of the sphere and consequences of negative trends in the health sector in Ukraine. Financial and economical, organizational and legal mechanisms of functioning in health sector were looked up. Today's health system which Ukraine got as an*

*inheritance from Soviet Union is in bad condition which is showed by medical and demographical indexes. It is poorly adopted to present conditions social and economical development of the country to reflect the problems of people. During independent years this most important component of social protection sphere deformed suddenly without proper adaptation to modern requirements and needs of society. There is no doubt that health care system in this case needs urgent reform, more exactly change on a new system which would be able to provide a good level of medical treatment of people and that would reflect the today's requirements.*

*So the Ukrainian health system is characterized by financial and resource fragmentation and deformation patterns of health services. This helps to exacerbate the problems of medical care especially in the financial and economic crisis, and requires health care reform so that on the one hand to ensure the growing needs of the population 's health and on the other – to hold rising the expenses on health care. The above requires a radical revision and reform of public policy in the health sector especially in areas such as budgeting health, rational use of existing infrastructure (health facilities and technical support, training, technology, etc.), and reorientation of health for prophylactic direction and so on.*

*Taking all this the important components of implementing systemic change is a partnership between health care, education, financial intermediaries (including insurance companies) and others in all aspects of reforms, including financial and economic, organizational, legal and care, establishing clear priorities of preventive direction of development, implementation monitoring reform indicators assessment and monitoring, as well as the general public awareness about trends and ways to reform and it will lead to an open health system.*

*The above is not left without attention of the Ministry of Health, and experts and scholars and the medical community. Moreover almost each of these problems to some extent once considered at the state and international levels. During the entire period of Ukraine's independence occurred repeatedly attempts to reform the health sector, but they were not systemized and had fragmentary character.*

**Key words:** *the health care system, financial and economic, organizational, regulatory mechanisms of functioning of the health care system.*