

УДК 304.444

О.Іваненко,
кандидат філософських наук

РЕФОРМУВАННЯ ВІТЧИЗНЯНОЇ МЕДИЦИНИ: НА КОРИСТЬ ЧИ НА ШКОДУ УКРАЇНСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ

У статті йдеться про стан сучасної медицини в Україні та результати першого етапу реформування системи охорони здоров'я й удосконалення надання медичної допомоги, зокрема у сільській місцевості, а також про проблеми, що виникають у зв'язку із цими змінами.

Keywords: *medicare, reformation of the public health system, rural community, rural medicine, free medicine.*

Ключові слова: *медична допомога, реформування системи охорони здоров'я, сільський соціум, медицина на селі, безкоштовна медицина.*

Ключевые слова: *медицинская помощь, реформирование системы здравоохранения, сельский социум, сельская медицина, бесплатная медицина.*

Сьогодні вже стало аксіоматичним, що сільські території нашої держави разом з усіма сферами її життєдіяльності перебувають у тяжкій кризі. Невпорядкованість відносин між державою і селянством, хронічний бюджетний дефіцит сілрад, слабкість соціальної інфраструктури на селі, повільне проникнення на село структур сервісного типу та соціальної допомоги, застосування у сфері соціального захисту нижчих стандартів, аніж у містах, тіньовий продаж земель і приватне привласнення земельних ресурсів, слабе забезпечення села спеціалістами, зокрема, у галузі соціальної роботи та обслуговування, медичної допомоги тощо, бідність, депопуляція, трудова міграція, постаріння населення – ось далеко неповний перелік при-

чин, що призводять до занепаду сільських поселень і вимирання українського села. Розглянемо, наприклад, таку галузь, як медицина.

Державна медицина в Україні вже давно довела свою нездатність забезпечити гідний рівень медичних послуг своїм громадянам, а на селі й поготів. Недостатнє фінансування галузі, неефективне використання наявних ресурсів, обмежений доступ до якісних медичних послуг окремих груп населення, неврегульованість системи надання платних послуг, відсутність ліків для певних категорій хворих, недостатня укомплектованість і забезпеченість медичними кадрами, низька кваліфікація лікарського персоналу тощо – це лише деякі проблеми сучасної вітчизняної медицини. Результати опитування сільських мешканців АР Крим, Дніпропетровської, Запорізької та Херсонської областей 2011 р.* засвідчили, що у третині сільських поселень відсутні лікарні (32%), станції швидкої допомоги (38%), медичні амбулаторії (28%), аптеки (28%), навіть аптечні пункти (24%), кожне п'яте село (22,3%) не має фельдшерсько-акушерського пункту. На запитання про важливість і необхідність таких медичних закладів у селі у цілому позитивну відповідь дали понад 70% опитаних, а через недосконалість і занепад зазначеної сфери така сама кількість селян (78,6%) за оптимальну модель системи охорони здоров'я вважають таку, яка була у колишньому СРСР, тобто безкоштовну. І лише кожен п'ятий погоджується з ідеєю страхової медицини і тільки 0,5% опитаних згодні на платні медичні послуги. Цікавою видається і думка 19,5% селян стосовно того, що для багатих має бути платна медицина, а для бідних – безплатна.

Водночас рівень оплати праці у закладах охорони здоров'я є на третину нижчим за середній показник по економіці. І хоча в загальній структурі витрат частка заробіт-

* Опитування проводилося у травні–червні 2011 р. у АР Крим, Дніпропетровській, Запорізькій та Херсонській областях (N=1075 осіб, що репрезентують доросле сільське населення).

ної плати лікарів та медперсоналу зросла з 59% до 70%, у цілому по країні 6% працівників сфери охорони здоров'я отримують зарплату в розмірі прожиткового мінімуму (у межах 1000 грн станом на кінець 2011 р.). Найбільш оплачуваними на цей період були працівники авіаційного транспорту та фінансових установ, у яких розмір оплати праці удвічі–утричі перевищував середній по економіці.

До середини 90-х років ХХ ст. наша медицина вважалася однією з найкращих у світі, і на всіх громадян СРСР поширювалося безкоштовне медичне обслуговування, хоча воно було не зовсім однакової якості для всіх верств населення. На високому рівні медичні послуги якісно і безкоштовно отримувала лише партійна верхівка і члени її родин (для них працювали так звана Кремлівська лікарня, клініки 4-го управління МОЗ тощо). Розрядом нижче, але теж на високому рівні безкоштовно отримували послуги партійні та державні чиновники республіканського, обласного та районного (міського) рівнів. Крім цього, щороку їм виділялися спеціальні кошти на лікування/оздоровлення, а також безкоштовні путівки у найкращі оздоровниці СРСР для них самих та їхніх родин. Рядові громадяни ж безкоштовно мали ліжко в лікарні (по 5–10 хворих у палаті), скромне харчування, недорогі ліки й ординарне лікування. Дефіцитні (зазвичай імпортовані) ліки треба було “діставати” за гроші, а також платити медперсоналу за особисту увагу та за операції кваліфікованим лікарям. Вартість путівок на санаторне лікування майже цілком оплачували профспілки, але отримати їх міг так само далеко не кожний і не завжди. Особливо низькою була якість медичних послуг для сільського населення.

Сьогодні медицина нормативно так само є безкоштовною. Це визначено низкою законодавчих документів, зокрема, постановою Кабінету Міністрів України №955 від 11 липня 2002 р. “Про затвердження програми надання громадянам гарантованої державної безоплатної медичної допомоги”, наказами №226 від 27 липня 1998 р. про “Тимчасові галузеві уніфіковані стандарти медичних техноло-

гій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах України”, № 502 від 28 грудня 2002 р. “Про тимчасові нормативи надання медичної допомоги дитячому населенню в умовах амбулаторно-поліклінічних закладів”, № 507 від 28 грудня 2002 р. “Про нормативи надання медичної допомоги та показники якості медичної допомоги” тощо. Ці документи фіксують і гарантують галузеві стандарти якості надання медичної допомоги, якими визначено обсяги діагностичних, лікувальних та профілактичних процедур, що надаються в амбулаторно-поліклінічних і стаціонарних закладах для дорослого та дитячого населення (залишається незрозумілим, чому вони є тимчасовими, на який саме період їх встановлено, якщо вони тимчасові і т.д.). Також є постанова (№ 1303 від 17 серпня 1998 р. “Про впорядкування безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення”), якою визначено категорії населення, перелік захворювань, при лікуванні яких рецептурні лікарські засоби рецептами відпускаються на пільгових умовах. У країні сформовано мережу аптек для пільгових категорій населення, які, за твердженням офіційного веб-сайту МОЗ України, “надають усі види фармацевтичних послуг населенню та лікувально-профілактичним закладам міста на *високому* (виділено нами. – І.О.) професійному рівні”. Зокрема, у столиці визначено 67 спеціалізованих аптек та 73 аптечних пункти об’єднання “Фармація”, розташованих у поліклініках і лікарнях, які безкоштовно надають лікарські засоби та медичні вироби за пільговими рецептами. В аптеках впроваджено *програму* механізованої обробки пільгових рецептів, яка забезпечує аналіз цінової характеристики виписаних лікарських засобів та їх призначення по кожному індивідуальному рецепту. Проте, як зазначено, *забезпечення* закладів лікарськими засобами відбувається *відповідно до бюджетного фінансування*.

Загалом, видатки на медицину в Україні є у 10–15 разів нижчі, аніж у Європі. Так, у 2011 р. витрати на охорону

здоров'я одного мешканця країни становили 920 грн, або 115 доларів США. У середньому у світі цей показник становить 478 доларів США, а у Європі – 1546 дол. “За рівнем державного фінансування охорони здоров'я наша країна перебуває на рівні країн з низьким рівнем доходу. І це, незважаючи на те, що за останні десять років витрати на охорону здоров'я зросли майже у шість разів. Якщо у 2002 р. загальний фонд зведеного бюджету на охорону здоров'я становив лише 6,5 млрд грн, то у 2011 р. витрати на охорону здоров'я вже перевищили 41,5 млрд грн”, – заявила голова Комітету Верховної Ради з питань охорони здоров'я Т.Бахтеєва [1].

У липні 2011 р. Верховна Рада України ухвалила два закони, які започаткували медичну реформу в Україні: №8602 “Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги” та №8603 “Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві”. Першим з них передбачено враховувати потреби населення у медичному обслуговуванні, забезпечення його якості, своєчасності, доступності та ефективності, і при цьому передбачається, що існуюча мережа медичних закладів не може бути скорочена. Другий передбачає апробацію на базі пілотних регіонів основних підходів до реформування системи охорони здоров'я, їх моніторинг та оцінку для подальшого запровадження по всій території країни. Практична реалізація має починатися із структурної реорганізації первинної та екстреної допомоги, створення центрів первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) – лікувально-профілактичних закладів, які мають надавати хворим усіх вікових категорій кваліфіковану діагностичну, лікувально-реабілітаційну, швидку медичну допомогу як в умовах амбулаторно-поліклінічного закладу, так і вдома.

Однак реалізація медичного реформування на практиці призвела до того, що почали закриватися лікарні, полік-

лініки, амбулаторії, і найактивніше та найбільш масово – у сільській місцевості. Відповідно почали поповнюватися лави безробітних, у містах і селах розпочалося “реформатування” вузьких спеціалістів на сімейних лікарів, що є хибним кроком, оскільки передусім це передбачає спеціальну підготовку і відповідну освіту, на яку, наприклад, у інших країнах світу витрачається майже дев’ять років навчання, тоді як в Україні це робиться за півроку. Так, за даними МОЗ, 2011 р. з-поміж випускників вищих медичних закладів України у заклади охорони здоров’я пілотних регіонів на посади лікарів загальної практики – сімейних лікарів було направлено 126 осіб. 2012 р. у ці регіони до 2015 р. заплановано направити вдвічі більше спеціалістів, тобто 355 осіб. Також заплановано, що з 2012 р. у медичних ВНЗ та у закладах післядипломної освіти має проводитись перепідготовка відповідних кадрів за затвердженою МОЗ програмою очно-заочної форми навчання з використанням дистанційних методів підготовки, у тому числі через Інтернет, у зв’язку з чим тривалість очного циклу спеціалізації “загальна практика – сімейна медицина” має бути скорочена з шести місяців до чотирьох [2]. Як кажуть у таких випадках, без коментарів.

Теоретично реформування передбачає, що медична допомога має надаватися у потрібний час, у потрібному місці, у потрібному обсязі, відповідної якості і з мінімальними затратами для пацієнта. Однак насправді не все так як має бути. За нормативами відстань від амбулаторії до приписаних до неї сіл має бути не більше п’яти кілометрів. За свідченням селян, щоб дібратись до свого сімейного лікаря, наприклад, у село Носівка Гайсинського району, що на Вінниччині, із сіл, приписаних до амбулаторного пункту, доводиться долати відстань 10–20 км. Рейсові автобуси ходять двічі на день, але не у всі дні тижня, графіки їхньої роботи не збігаються із потребами хворих, власний транспорт є не у всіх селян, а також не у всіх є гроші, щоб винайняти машину і т.д. [3]. Крім того, майже в усіх регіонах України, у тому числі в пілот-

них, є заклади сімейної медицини (сімейні амбулаторії), які не мають жодного лікаря: так, у Дніпропетровській області, наприклад, таких закладів 30, у Донецькій 11, у Житомирській – 37 [4].

Безумовно, впровадження інституту сімейної медицини з лікарями, які обслуговують пацієнта і його родину тривалий час, які добре знають проблеми зі здоров'ям усіх членів родини тощо – слухна ідея. Але для реалізації цієї ідеї потрібний час і, безумовно, з урахуванням низки інших чинників, відповідної кваліфікації і професійної підготовки таких лікарів, забезпечення їх житлом, особливо у сільській місцевості, забезпечення транспортними засобами, спеціальним обладнанням, різноманітними приладами для огляду та контролю стану пацієнтів, інструментами, медикаментами тощо.

Зниження рівня кваліфікації медичних кадрів є серйозною проблемою для медицини, на що вказують як вітчизняні, так і міжнародні експерти, і який залежить від двох складових – об'єктивної (якості медичної освіти) і суб'єктивної (бажання і зацікавленості медпрацівників у підвищенні рівня своєї кваліфікації). Крім того, чималу роль у цьому відіграє міжгалузєва та трудова міграція серед кваліфікованих медпрацівників. Так, щорічно з України закордон виїжджає понад 6 тис. медиків [5]. Крім того, низьким є рівень підготовки молодих кадрів, що приходять у систему охорони здоров'я, так само як і рівень клінічно-практичної підготовки молодих спеціалістів, на що також вказують і фахівці, і управлінці галузі, і самі громадяни [6].

За визнанням МОЗ України, на рівні екстреної медичної допомоги також спостерігається гострий дефіцит кадрів. Так, 2011 р., наприклад, з-поміж випускників медичних навчальних закладів у заклади охорони здоров'я пілотних регіонів на посади лікарів станцій (відділень) швидкої та невідкладної медичної допомоги було направлено... 36 випускників. Крім цього, не визначено механізм закупівель медикаментів на перехідний період для новостворених центрів ПМСД.

Тобто, з одного боку, реформування медичної галузі об'єктивно є актуальним і прогресивним кроком, але те, як воно впроваджується, і та нормативно-законодавча база, яку створено нібито задля покращання, на практиці ще більше розширює проблемне поле й поглиблює ті проблеми, що і без цього є вкрай важкими для виконання. У цілому вся система охорони здоров'я країни не відповідає вимогам ВООЗ і не забезпечує конституційні права пересічного українця щодо рівного доступу кожного до якісного медичного обслуговування. Поліпшення становища у цій галузі очікувалось як результат медичних реформ, але поки що його так і не досягнуто. І допоки організаційно не буде налаштована робота новостворених закладів, допоки вони не будуть належно обладнані та забезпечені достатньою кількістю сімейних лікарів відповідної підготовки і кваліфікації, потрібними транспортними засобами тощо, покращення якості та доступності обслуговування чекати не варто. Реформування медичної галузі у такий спосіб як воно відбувається небезпечно подальшим занепадом системи, і навіть надмірне фінансування не покращить якість обслуговування. "Система охорони здоров'я потребує не тільки організаційних змін, а й змін у свідомості медиків та пацієнтів. Останні повинні вимагати якісніших послуг, а не розраховувати на добру волю лікаря через передавання йому винагороди у конверті" [7].

В аналітичній записці, представленій відділом соціальної політики Національного інституту стратегічних досліджень при Президентові України "Щодо поточного стану та подальших напрямів реформи фінансування та управління системи охорони здоров'я в Україні", зокрема, вказано на ті недоліки та ризики, що постали вже на першому етапі процесу реформування сфери охорони здоров'я. Так, маючи на меті об'єднання коштів для надання первинної медико-санітарної допомоги на рівні району або міста, спеціалізованої і швидкої медичної допомоги на обласному рівні і далі на державному рівні, відповідно до змін, внесених до статей 88 та 89 Бюджетного кодексу

України, виник ризик взагалі припинення фінансування сільської медицини через бюджети сільських та селищних рад, що призводить до загальної руйнації сільської медицини, яка наразі хоча й погано, але працює. Тобто вже на першому етапі реформування, зазначають автори записки, відбулося не покращання ситуації у вітчизняній сфері охорони здоров'я, а в окремих випадках – погіршення її стану, особливо на селі. Апробація з 2011 р. запропонованих змін у чотирьох пілотних регіонах це яскраво підтвердила. Політика пошуку “додаткових фінансів” усередині системи призвела до того, що відбулося необґрунтоване скорочення мережі закладів охорони здоров'я шляхом ліквідації, перепрофілювання, інших форм реорганізації, що суперечить нормам конституційного права громадян України на охорону здоров'я, а також стимулює зростання тіньового ринку медичних послуг, спонтанного розвитку платних медичних послуг, неконтрольованого ціноутворення на них, і загалом працює на користь і без того недосконалих фінансово-економічних механізмів забезпечення діяльності медичної галузі тощо [8].

Державні видатки, на думку аналітиків, хоча й зростають кожного року, але все одно залишаються мізерними (3–3,7% ВВП). І хоча цей показник є відносним, оскільки стосується лише державних видатків, без урахування фінансів Світового банку, Глобального фонду, безпосередніх кишенькових витрат самих громадян на придбання ліків або отримання стаціонарного, оперативного та іншого лікування (при стаціонарному лікуванні, наприклад, 85% вартості ліків сьогодні сплачується самим пацієнтом), сукупні видатки становлять 5,5–5,6% ВВП. А разом із неформальними платежами (хабарями, так званими вдячностями у конверті або у вигляді подарунків) за надання “безкоштовної” допомоги чи послуги у державних медичних закладах (які, за окремими даними, становлять 3–3,5% сукупних державних видатків на охорону здоров'я), показник реальних обсягів фінансування сфери охорони здоров'я, порівняно із суто державними видатками, є ще більшим (до 8% ВВП) [9].

Розділ 5

У межах реформаційних заходів у медицині запроваджено Закон “Про екстрену медичну допомогу”, що почав діяти з січня 2013 р. паралельно з постановою Кабміну про новий режим надання невідкладної допомоги. Уже перший місяць практичної їх дії виявив недолугість цих змін. На думку самих лікарів, останнє полягає у нереальності реалізації зазначених нововведень, особливо у сільській місцевості. Так, зменшення часу приїзду за викликом до 10 хвилин реально є неможливим через поганий стан доріг, пробки, відсутність адекватної навігації, а часто через відсутність номерів будинків, назв вулиць, а також самих пунктів невідкладної та екстреної допомоги, брак персоналу, обладнання, транспорту тощо.

Загалом в Україні вся структура системи охорони здоров'я є вкрай недосконалою. Окрім головного Міністерства

Таблиця

**Мережа лікувально-профілактичних закладів МОЗ України,
розташованих у сільській місцевості
(на кінець року, одиниць) [11]**

<i>Заклади</i>	<i>Роки</i>	2000	2005	2007	2008	2010	2011
Кількість лікарняних закладів		1007	707	645	612	543	333
та кількість ліжок у них		20 275	14 136	13 039	12 478	12 247	7586
Із загальної кількості лікарняних закладів:							
- центральні районні лікарні		6	6	6	6	6	6
- районні лікарні		25	30	29	29	28	22
- дільничні лікарні		943	658	598	566	497	301
- спеціалізовані лікарні		17	9	7	7	8	1
- диспансери		12	3	3	3	3	2
- інші заклади		4	1	2	1	1	1
Кількість самостійних лікарських амбулаторій та поліклінік		2321	3056	3274	3366	3440	2956
Кількість станцій і відділень швидкої медичної допомоги		207	181	164	176	175	140
Кількість ФАПів		16 113	15 459	15 229	15 101	14 934	12 484

охорони здоров'я України, у країні діє низка паралельних медичних служб, підпорядкованих іншим міністерствам та відомствам, які фактично дублюють діяльність установ МОЗ і на фінансування яких витрачається 42,3% коштів державного бюджету – виділених загалом на медицину [10]. Крім того, існує диспропорція якості забезпечення медичними послугами міського і сільського населення, спостерігається стала тенденція зменшення кількості медичних закладів у сільській місцевості (табл.).

З наведених даних бачимо, що за десять років кількість медичних закладів, що діяли у сільській місцевості (ФАПи, спеціалізовані лікарні, станції ШД), значно зменшилася, а враховуючи те, що географічна віддаленість деяких населених пунктів разом із незадовільною якістю доріг і транспортного зв'язку взагалі позбавляє певну частку населення України медичної допомоги, то загалом ситуація виглядає катастрофічною.

В аналітичній записці відділу соціальної політики Національного інституту стратегічних досліджень при Президентові України щодо вдосконалення сфери охорони здоров'я в умовах постаріння населення України вказано на низку проблем, пов'язаних із медико-демографічною ситуацією в Україні, а саме: *низький рівень народжуваності* (статистика вказує, що серед новонароджених лише 11% дітей є відносно здоровими, решта народжується з певними патологіями, частина з яких поповнює ряди інвалідів, кількість яких у країні сьогодні становить майже 3 млн); *зростання захворюваності* (60% дорослого і 20% дитячого населення). Серед дорослих пенсійного віку показники захворюваності, первинної інвалідності та смертності набагато вищі, аніж серед дорослих працездатного віку (у 2,3, 1,5 і 8 разів відповідно) [12]. 43% людей віком 60 років і старші потребують медичної допомоги (серед них 42% міського населення і 45% сільського), 41% потребують активного медичного нагляду та лікування, 9,7% – інтенсивного стаціонарного лікування з подальши-

ми медичними реабілітаційними заходами, 6,5% – постійної щоденної медичної та соціально-побутової допомоги (з них 4,3% проживають у містах і 9,5% – у селах).

За статистичними даними, тільки за п'ять років (2006–2010) рівень первинної захворюваності населення України зріс майже на 5% (з 68 962,8 у 2006 р. до 72 255,4 на 100 тис. населення у 2010 р.). Ще більшими темпами зростає поширеність хвороб: з 174 577,5 2006 р. до 186 786,5 на 100 тис. населення у 2010 р. (7,0%), що вказує на перехід їх у хронічну стадію і відповідно зростання потреби у медичній допомозі, при цьому дослідження основних причин смерті від найбільш поширених захворювань свідчить, що чверть випадків смертей (25,11%) можна було б уникнути [13].

У згаданій аналітичній записці також звернено увагу на те, що сьогодні спостерігається *зменшення кількості осіб передпрацевдатного віку* (від 5 до 24 років), що також збільшує тягар демографічного навантаження на осіб працевдатного віку. Водночас у країні спостерігаються: збільшення кількості *самотніх* людей похилого віку, які потребують різного роду сторонньої допомоги (за прогнозами, до середини сторіччя кількість таких людей зросте утричі), а також *недостатня розвинутість системи геріатричної допомоги* населенню; низький рівень *доступності* медичної допомоги для осіб похилого віку, при цьому для сільських мешканців ці показники набагато нижчі, ніж для міських; *недосконалість системи забезпечення ліками* осіб похилого віку. На відміну від України, у більшості європейських країн, наприклад, передбачено відшкодування вартості ліків для осіб старше 65 років. У вітчизняному законодавстві пільгове забезпечення ліками передбачено лише для декількох категорій пенсіонерів: ветеранів та інвалідів Великої вітчизняної війни, інвалідів I–III груп, дітей-інвалідів, осіб, які мають особливі заслуги перед Батьківщиною, малозабезпечених верств населення за рахунок коштів бюджетів місцевих органів

виконавчої влади тощо [14]. Проте й ці категорії людей не завжди можуть скористатися цими пільгами з низки причин: недостатнє фінансування чи загалом його відсутність, погана поінформованість громадян про власне право щодо пільг на ліки або через фізичну неспроможність хворого дістатися лікаря чи аптеки, передусім у сільській місцевості. Наше опитування сільських мешканців трьох південних областей та АР Крим, зокрема, показало, що потрібні ліки доступні лише третині селян (29,3%), тоді як більше половини селян (53,5%) здатна отримати лише незначну їх частину.

У результаті маємо ситуацію, коли частка прямих витрат населення разом із різними “неофіційними” тарифами на медичні послуги сягає 50% загальних витрат на охорону здоров'я в країні, на відміну, наприклад, від США або Франції, де ця частка не перевищує 13%, а у деяких скандинавських країнах (Швеція, Фінляндія) становить близько 5% загальних витрат на охорону здоров'я. У результаті, всупереч тому, що Конституція гарантує безкоштовне медичне обслуговування, в дійсності більшість громадян України позбавлені можливості лікуватися безкоштовно й вимушені витратити на це власні кошти.

У березні 2012 р. було затверджено законопроект про Загальнодержавну програму “Здоров'я 2020: український вимір” на період 2012–2020 рр., якою передбачається збереження та зміцнення здоров'я населення шляхом профілактики захворювань, а не їх лікування, мінімізацію чинників ризику захворювань, створення сприятливого для здоров'я середовища, оптимізація системи охорони здоров'я відповідно до реальних потреб населення, надання медичної допомоги шляхом пріоритетного розвитку первинної та екстреної медичної допомоги, диференціації стаціонарної медичної допомоги, удосконалення системи відновного лікування, паліативної допомоги та медичної реабілітації з переходом від фінансування закладів охорони здоров'я до надання медичної допомоги населенню [15].

Загалом, на нашу думку, проблеми медико-соціального характеру, що виникли і сформувалися в умовах постаріння населення, мають визначати загальний вектор державної політики на всіх етапах реформування системи охорони здоров'я в країні. Автори згаданої записки у результаті аналізу стану виконання нормативної бази та ступеня реалізації державних програм щодо поліпшення здоров'я та якості життя населення старших вікових груп дійшли висновку, що переважна більшість поставлених завдань так і не була вирішена, крім хіба що регіональних програм, які виявилися результативнішими за загальнодержавні [16].

Соціальні виклики, які постали перед Україною, пов'язані насамперед із демографічною кризою, постарінням населення, фінансовою неспроможністю діючої пенсійної системи, постарінням трудових ресурсів і кадровим дефіцитом у тих галузях економіки, які мали б стати рушієм економічного зростання країни, актуалізують низку першочергових заходів, серед яких, як вказують фахівці, підвищення і стимулювання народжуваності, зменшення випадків дострокової смертності, підвищення якості і престижності технічної та медичної освіти, розвиток безперервної освіти, приведення професійної підготовки відповідно до потреб ринку праці тощо. У перспективі в Україні варто було б змінити політику надання соціальних гарантій “з утримування бідних” на “стимулювання працюючих”, формування позитивного соціального клімату, що дало б змогу подолати утриманські настрої в суспільстві, а систему охорони здоров'я переорієнтувати з лікування на профілактику [17].

Наостанок зауважимо, що, попри все, Україну очікує порівняно стабільне соціально-економічне майбутнє, принаймні, на думку аналітиків, у найближчі чверть сторіччя. Йдеться про те, що в країні надалі триватиме зростання частки населення похилого віку, через що зростатиме демографічне навантаження на працездатне населення.

Країна надалі втрачатиме кваліфіковані кадри та інтелектуально-творчий потенціал. Зниження якості освіти спричинятиме до нестачі кваліфікованих спеціалістів у всіх галузях. Підсилюватиметься забруднення довкілля, оскільки масовий соціально-культурний поворот у бік “зелених цінностей” відбувається і надалі відбуватиметься надто повільно. Державотворці зосереджуватимуться на індустріальному векторі розвитку економіки та власних кишень. Прогресуюча урбанізація, де “сталевар перемагає фермера”, органічно вписуватиметься у цей контекст. До речі, ця тенденція стабільно утримується з часів масового будівництва соціалізму, коли аграрний сектор активно заміщувався індустріалізацією.

Посиляться міграційні процеси між великими містами та містами малими і селами, одні вимиратимуть, інші розростатимуться за рахунок можливих робочих місць та відносно вищої якості життя. Крім того, на думку аналітиків, а також з погляду сучасної медицини, розширення доступу до Інтернету та дедалі більше залучення широкого загалу до соціальних мереж у ньому впливатимуть на здоров’я нації, як фізичного, так і психологічного, розширюючи тим самим коло залежних від віртуального простору, а відтак поповнюючи лави осіб у стресовому стані. Усе це надалі загрожуватиме ситуацією, коли Україна, через свій низький людський капітал не зможе ефективно розпоряджатися й ефективно використовувати свій природний базовий капітал, яким володіє.

Таких безрадісних висновків дійшли аналітики сайту “Хвиля”, підсумувавши результати форсайту “Людський капітал України 2025”, дослідження, проведеного у червні – жовтні 2012 р. із залученням широкого кола експертів, підприємців та менеджерів вищої ланки з метою встановлення основних тенденцій трансформації людського капіталу України та найбільш ймовірних сценаріїв розвитку та стратегічних проектних ініціатив, що можуть стати фактором змін в умовах невизначеності шляхів економічного та політичного розвитку світу й України [18].

Література

1. *Видатки* на медицину в Україні в 10–15 разів нижчі за європейські [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.unian.ua/news/475928-vidatki-na-meditsinu-v-ukrajini-v-10-15-raziv-nijchi-za-evropeyski.html>
2. Офіційний Інтернет-ресурс МОЗ України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/reform_answers.html
3. *Пархомчук Т.* Медична реформа: пацієнт швидше живий... поки що [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://20minut.ua/Новини-Вінниці/news/>
4. *Позитивний* досвід реформування галузі охорони здоров'я регіонів [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://uiph.kiev.ua/uploads/regiony_reform_galuzi/kyiv.pdf
5. *Україна* – донор медичних кадрів для багатьох країн [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://health.unian.net/ukr/detail/223513>
6. Див. : *Україна* – донор медичних кадрів для багатьох країн [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://health.unian.net/ukr/detail/223513>; *Українська* освіта більше не влаштує іранців [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://vnz.org.ua/statti/1134>; *Освіта* на експорт [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ukrbizn.com/headline/153-osvta-na-eksport.html>; *Кто* нас завтра буде лечить [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://zn.ua/HEALTH/kto_nas_zavtra_budet_lechit-99247.html; *Кто* излечит украинскую медицину? [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://debaty.org/article/medicina_deb/medicina_analitika/467.html
7. *Руських К.* Як вилікувати медицину [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.epravda.com.ua/columns/2012/09/28/337448/>
8. *Щодо поточного* стану та подальших напрямів реформи фінансування та управління системи охорони здоров'я в Україні : Аналітична записка [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.niss.gov.ua/articles/717/>
9. *Медведовська Н.В.* Функціонально-організаційна система моніторингу стану здоров'я населення та особливості її функціо-

нування на регіональному рівні / Медведовська Н.В.// Інновації в медицині. – К., 2011. – Вип.7 (2). – С. 56”57.

10. *Щодо пріоритетних* напрямів вдосконалення вітчизняної сфери охорони здоров'я : Аналітична записка [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.niss.gov.ua/articles/480/>

11. Див. : *Заклади* охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2011 році : Статистичний бюлетень [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://ukrstat.gov.ua>

12. *Чайковська В.В.* Геріатрична допомога населенню: виклики і перспективи [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://family-doctor.com.ua/geriatriчна-dopomoga-naseleennyu/>

13. *Концепція* загальнодержавної програми “Здоров'я 2020: український вимір” на 2012–2020 рр. : проект [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://zastupnik.at.ua/publ/zakonodavstvo/konceptija_zagalnoderzhavnoji_programi_quot_zdorov_ ja_2020_ukrajinskij_vimir_quot_na_2012_2020_rr/11-0-715

14. *Законодавство* України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws>

15. *Про затвердження* Загальнодержавної програми “Здоров'я 2020 – український вимір” : законопроект [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://zastupnik.at.ua/publ/zakonodavstvo/konceptija_zagalnoderzhavnoji_programi_quot_zdorov_ ja_2020_ukrajinskij_vimir_quot_na_2012_2020_rr/1-1-0-715

16. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.niss.gov.ua/content/articles/files/starinnya-ce44a.pdf>

17. Див. : *2025 рік*: нові демографічні виклики для України : матеріали круглого столу (20.01.2011, ІДСД ім. М.В.Птухи НАНУ, Київ) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.idss.org.ua/stil.html>

18. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://hvylya.org/analytics/society/lyudskiy-kapital-ukrayini-2025-pidsumki-forsaytu.html>