

досягнення мети і навчальних цілей учасникам заняття необхідно докладно ознайомитися з пакетом міні-кейсів «Управлінські конфлікти», розглянути ситуації, проаналізувати погляди, перспективи головних персонажів та перешкоди, які стоять на їхньому шляху, скласти список ключових фактів, визначити свою позицію щодо проблеми, яка подана в міні-кейсі.

Зазначимо, що результати підсумкового контролю дозволяють констатувати високий рівень якості знань та успішності менеджерів освіти (100%), навчальні заняття в яких проходили з використанням інтерактивних методів, зокрема з дисципліни «Управління інформаційним зв'язками» більше 75% отримали «відмінно» за національною шкалою. Як свідчать дані, використання інтерактивних методів навчання при підготовці менеджерів освіти сприяють позитивним якісним змінам, які полягають у свідомому використанні теоретичних знань на практиці, здійсненні науковому обґрунтуванні явищ, феноменів, ситуацій психолого-педагогічного та управлінського характеру, вільному оперуванні теоретичним матеріалом, розробці пропозицій та рекомендацій, самостійному виправленні помилок, знаходженні власних недоліків та виправленні їх у процесі роботи, чого не спостерігалось на констатувальному етапі.

До того ж, відповіді менеджерів освіти щодо використання інтерактивних методів для ефективного навчання в умовах післядипломної освіти підтвердили необхідність та доцільність їх використання. Респондентами було надано перевагу таким інтерактивним методам: кейс-стаді зазначили 88 %, метод проектів – 86 %, метод асоціацій – 76 %, мозкового штурму – 75 %, роботи в малих групах – 65 % та ін. Менеджерами також було зазначено, що використання інтерактивних методів дозволяє зрозуміти практичну спрямованість навчання, бачити шляхи застосування отриманих знань і навиків у професійній діяльності; сприяє закріпленню знань за допомогою самостійних практичних дій, формуванню уміння поєднувати те, що вивчається, з минулим, теперішнім і майбутнім досвідом; сприяє бажанню вчитися і бути впевненим у власних можливостях оволодіння знаннями і навиками тощо.

Отже, аналіз сучасних досліджень, пов'язаних з проблемами використання інтерактивних методів, а також наш особистий досвід дозволяє наголосити на ефективності інтерактивного навчання, яке передбачає: інтенсифікацію процесу розуміння, засвоєння і творчого застосування знань при вирішенні практичних завдань за рахунок активнішого включення тих, хто навчається, в процес не тільки отримання, але і безпосереднього (тут і тепер) використання знань; підвищення мотивації і залученість учасників до вирішення обговорюваних проблем, що дає емоційний поштовх до подальшої пошукової активності учасників, спонукає їх до конкретних дій; забезпечує не тільки наявність знань, умінь, навиків, способів діяльності і комунікації, але і розкриття нових можливостей тих, хто навчається, є необхідною умовою для становлення і вдосконалення компетентностей через включення учасників освітнього процесу в осмислене переживання індивідуальної і колективної діяльності для накопичення досвіду, усвідомлення й ухвалення цінностей; змінює не тільки досвід і настанови учасників, але і навколишню дійсність, оскільки інтерактивні методи навчання є імітацією інтерактивних видів діяльності.

✎ Таким чином, використання інтерактивних методів при підготовці менеджерів освіти в умовах післядипломної освіти дозволяє цілеспрямовано впли-

вати на процес їх готовності до професійної діяльності, забезпечує якість та ефективність підготовки. Таке навчання дозволяє оптимально адаптуватися до реальної дійсності у всій її цілісності і застосовувати на практиці ключові компетенції в різноманітних управлінських ситуаціях. Навчальний процес, що спирається на використання інтерактивних методів навчання, організовується з урахуванням включеності в процес пізнання всіх студентів групи без винятку. Спільна діяльність означає, що кожен вносить свій особливий індивідуальний внесок, в ході роботи йде обмін знаннями, ідеями, способами діяльності. Організуються індивідуальна, парна і групова робота, використовується проектна робота, рольові ігри, здійснюється робота з документами і різними джерелами інформації. Інтерактивні методи засновані на принципах взаємодії, активності тих, хто навчається, опорі на груповий досвід, обов'язковому зворотньому зв'язку. Створюється середовище освітнього спілкування, яке характеризується відвертістю, взаємодією учасників, рівністю їх аргументів, накопиченням сумісного знання, можливістю взаємної оцінки і контролю.

Література.

1. Кашлев С. С. Інтерактивні методи обучения педагогике / С. С. Кашлев. – Минск : Выш. шк., 2004. – 176 с.
2. Розвиток освіти в умовах поліетнічного регіону : матеріали міжнародної науково-практичної конференції, 5-7 квітня 2007 р., м. Ялта. – 3б. статей. Вип. 3. Ч. 1. – Ялта : РВВ КГУ, 2007. – 264 с.
3. Сиротенко Г. О. Шляхи оновлення освіти : науково-методичний аспект. Інформаційно-методичний збірник / Г. О. Сиротенко. – Х. : Основа, 2003. – 96 с.
4. Сорочан Т. М. Підготовка керівників шкіл до управлінської діяльності : теорія та практика : [монографія] / Т. М. Сорочан. – Луганськ : Знання, 2005. – 384 с.
5. Управління навчальними закладами в контексті модернізації системи професійного навчання : матеріали міжнародного науково-практичного семінару, 1-4 липня 2008 р. – Одеса : ОРІДУ НАДУ, 2008. – 172 с.

УДК 614:364.69:351.773]-004.3

Олександра Худоба

ОЦІНКА ДІЯЛЬНОСТІ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ В КОНТЕКСТІ ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛЕЙ РОЗВИТКУ ТИСЯЧОЛІТТЯ

Стаття присвячена аналізу отриманих результатів досягнення Цілей Розвитку Тисячоліття в частині виконання взятих Україною зобов'язань у сфері охорони здоров'я. Дослідження проводилося шляхом опрацювання встановлених ВООЗ індикаторів, на основі чого зроблено оцінку діяльності системи охорони здоров'я України, а також проведено порівняльну характеристику з країнами Європейського регіону за цими індикаторами. Встановлено, що, не зважа-

© Худоба О.В., 2014.

ючи на значні успіхи системи охорони здоров'я за деякими індикаторами, Україна все ж таки займає передостанні позиції серед європейських країн щодо темпів досягнення Цілей Розвитку Тисячоліття.

Ключові слова: система охорони здоров'я, Цілі Розвитку Тисячоліття, індикатори, ефективність, міжнародний досвід.

У вересні 2000 р. на Саміті Тисячоліття ООН 189 світових лідерів країн-членів ООН погодили Декларацію, що відстоює один з таких фундаментальних принципів людського розвитку, як справедливість. Учасники Саміту сфокусували свою увагу на вирішенні назрілих проблем в глобальному масштабі, передусім на покращенні соціально-економічного становища у найбідніших країнах світу, а також на зменшенні неприйнятних нерівностей, які виникають у процесі забезпечення належного рівня збереження та покращення стану здоров'я населення. Декларацією визначено ключові напрями розвитку країн світу, що стали відомими як Цілі Розвитку Тисячоліття (надалі – ЦРТ), які передбачають широкий спектр завдань для майбутнього розвитку нації. Не випадково завдання Цілей Розвитку Тисячоліття органічно входять як складова до довгострокових стратегій та програм багатьох країн, даючи змогу їм вибудувувати свою економічну, соціальну та екологічну політику навколо цих ключових Цілей.

Декларація сформована у відповідь на основні виклики демократичного розвитку і полягає у формуванні та подальшому досягненні восьми узагальнених цілей у світовому масштабі, які мають конкретні кінцеві критерії їх досягнення, а також 21 завдання та 60 індикаторів для вимірювання прогресу. Виконання ЦРТ розраховано на тривалий період і стало своєрідним національним критерієм усіх країн, який дозволяє оцінити свої можливості у порівнянні з іншими державами. До кінцевих цілей відносять: 1) викорінення крайньої бідності і голоду; 2) забезпечення загальнодоступної початкової освіти; 3) заохочення гендерної рівності і розширення можливостей жінок; 4) зниження дитячої смертності; 5) покращення охорони материнства; 6) протидія ВІЛ-інфекції/СНІДу, малярії та іншим захворюванням; 7) забезпечення екологічної стабільності і 8) формування глобального партнерства у цілях розвитку.

Приєднавшись до Декларації Тисячоліття ООН разом з іншими країнами світу, Україна також взяла на себе зобов'язання досягнути до 2015 року намічених цілей. В контексті сказаного актуалізується питання позиціонування системи охорони здоров'я України у світі та оцінка ефективності її діяльності за рік до закінчення визначеного терміну за результатами досягнення Цілей, що безпосередньо стосуються медичної сфери. Оскільки наступний 2014 р. є останнім роком для узагальнення отриманих результатів і життя кардинальних заходів для виправлення ситуації, настав час підсумувати зусилля національної системи охорони здоров'я в частині виконання взятих зобов'язань.

Проведений нами аналіз наукових досліджень та інформаційно-аналітичних матеріалів підтвердив припущення, що здоров'я матерів і дітей, а також протидія поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним захворюванням визнані одними з пріоритетних питань на національному рівні і привертають значну увагу не лише громадськості, але і науковців. Вирішенню окремих аспектів в контексті цієї тематики присвячені роботи таких науковців, як В. Дорофійко, В. Лехан, В. Лобас, Г. Слабкий, В. Москаленко,

Т. Александріна, О. Яременко, І. Хожило, О. Нізалова, М. Вишня, Н. Рингач, С. Мокрецов та інші. Проте, тенденції до частих змін у політиці державного управління системою охорони здоров'я спонукають до перегляду та динамічного аналізу вирішення поставлених завдань, що і є передумовами нашого дослідження.

Метою цього дослідження є аналіз виконання взятих Україною політичних зобов'язань щодо досягнення до 2015 року цілей розвитку країни на середньострокову перспективу та завдань з їх реалізації в частині охорони здоров'я. Для досягнення поставленої мети визначено такі завдання: розглянути результати виконання поставлених завдань через аналіз встановлених ВООЗ індикаторів для досягнення Цілей у динаміці; провести порівняльну характеристику індикаторів між європейськими країнами і Україною.

Серед країн Європи Україна займає друге місце за територіальним виміром, що є чи не єдиним стабільним національним показником з 1991 року. Однак соціально-економічний розвиток цієї території відрізняється нестійкою динамікою за всіма індикаторами, що передовсім супроводжується щорічним зниженням чисельності населення при невисоких темпах народжуваності. За період відкопи Україна стала на шлях незалежності до 2011 р. її населення зменшилося майже на 12 % (з 51,8 до 45, 19 млн. осіб).

Відбуваються кардинальні зміни і в структурі населення. Так, за даними світової статистики станом на 2011 рік, середній вік населення в Україні становив 39 років, проте загалом у структурі населення переважає частка осіб старше 60 років, що становить 21 % від усього населення, і 14 % населення віком до 15 років [7]. Такий розподіл населення за віковими групами з тенденцією до «старішання» є додатковим і значним навантаженням на економічний розвиток країни, що і так характеризуються незадовільними показниками.

Необхідно зазначити, що показники стану здоров'я населення відображають не лише ефективність функціонування самої системи охорони здоров'я, а також певною мірою відображають міжгалузеву співпрацю. Більше того, відсоток чи внесок власне медичної складової системи охорони здоров'я у покращення цих показників є не до кінця доведеним і дискусійним в науковому товаристві. Для оцінки діяльності системи охорони здоров'я загалом, що спрямована на збереження та покращення стану здоров'я населення у світовому масштабі, одним із дієвих способів є проведення порівняльної характеристики країн за деякими визначеними та встановленими на світовому рівні індикаторами.

Відповідно до класифікації Світового банку за економічними ознаками, зокрема критерієм доходу, Україна відноситься до другої групи країн з рівнем доходу нижче середнього [6]. Всесвітньою організацією охорони здоров'я також проведено свою класифікацію, згідно з якою усі країни світу поділяються на шість груп за регіональним виміром [7]. Четверту групу країн у цій класифікації ВООЗ формують країни Європейського регіону, куди входить Україна. Базуючись на цих двох класифікаціях, нами проведено розподіл країн, що формують четверту групу, за економічним показником (див. табл. 1), в межах якого будуватиметься наше дослідження.

Беручи до уваги особливості соціально-економічного розвитку Україна у 2003 р. адаптувала ЦРТ до національних вимірів, що сформульовані у таких шести цілях: подолання бідності; забезпечення якісної освіти впродовж життя; сталий розвиток довкілля; поліпшення

Класифікація країн, що формують Європейський регіон ВООЗ, за критерієм доходу по групах (1-4)

1 – низький рівень	2 – нижче середнього	3 – вище середнього	4 – високий рівень
Киргизстан	Албанія, Вірменія, Грузія, Молдовія, Україна , Узбекистан	Азербайджан, Білорусія, Болгарія, Казахстан, Латвія, Румунія, Росія, Туреччина, Сербія, Туркменістан, Чорногорія	Андорра, Австрія, Англія, Бельгія, Боснія і Герцеговина, Голландія, Хорватія, Чехія, Данія, Естонія, Франція, Німеччина, Мальта, Монако, Греція, Угорщина, Італія, Польща, Португалія, Словачія, Словенія, Фінляндія, Ізраїль

здоров'я матерів та зменшення дитячої смертності; обмеження поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу і започаткування тенденції до скорочення їх масштабів; забезпечення ґендерної рівності. На досягнення означених Цілей передбачено виконання 15 завдань за 33 індикаторами. Результати досягнення двох з перерахованих ключових Цілей (поліпшення здоров'я матерів та зменшення дитячої смертності, а також обмеження поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу) значною мірою відображають діяльність системи охорони здоров'я України загалом.

Загально визнаним індикатором здоров'я нації у світі вважається показник смертності немовлят, що відображає якість і тривалість життя населення, рівень добробуту і стан довкілля, ефективність профілактики, рівень доступності і якості медичної допомоги. За розрахунками науковців [2], якби у 2010 р. смертність немовлят в Україні стала б удвічі нижчою, середня тривалість життя населення збільшилася б лише на 0,3 року.

В результаті аналізу проблем, що виникли у зв'язку з реєстрацією смертей до 1 року (віднесення цих смертей на старший вік) було запроваджено аналіз показника смертності дітей до 5 років, який включено до критеріїв досягнення країнами ЦРТ. Не зважаючи на те, що дина-

міка рівня смертності у цій віковій групі є позитивною, за цим показником станом на 2011 р. Україна посідає 46 рейтингове місце серед 53 країн Європейського регіону по рівню досягнення ЦРТ. Ймовірність померти у віці до 5 років на 1000 народжених живими сягає 10 %, при середньому показнику по Європейському регіоні – 13%. Це змушує до детальнішого аналізу причин смерті, а також чинників, що впливають на її рівень. До країн, які вже успішно досягнули окреслених Цілей і входять в десятку лідерів за рейтинговим показником по цьому індикаторові відносяться Естонія, Туреччина, Португалія, Словенія, Чехія і Білорусія. Місце України серед країн світу, що входять у 25% найбільш благоприємних і 25% найменш благоприємних країн за двома індикаторами продемонстровано на рис. 1.

Важливу роль у зниженні дитячої смертності відіграють масові заходи профілактики, а саме щеплення проти найпоширеніших дитячих хвороб. Рішенням Генеральної Асамблеї ООН визначено певний рівень імунізації дітей від інфекцій, які можна контролювати засобами вакцинопрофілактики. Зокрема одним з індикаторів досягнення 4 Цілі є проведення повної вакцинопрофілактики від кору у 90 % дітей. Не зважаючи на відносно високі рівні вакцинопрофілактики дітей зага-

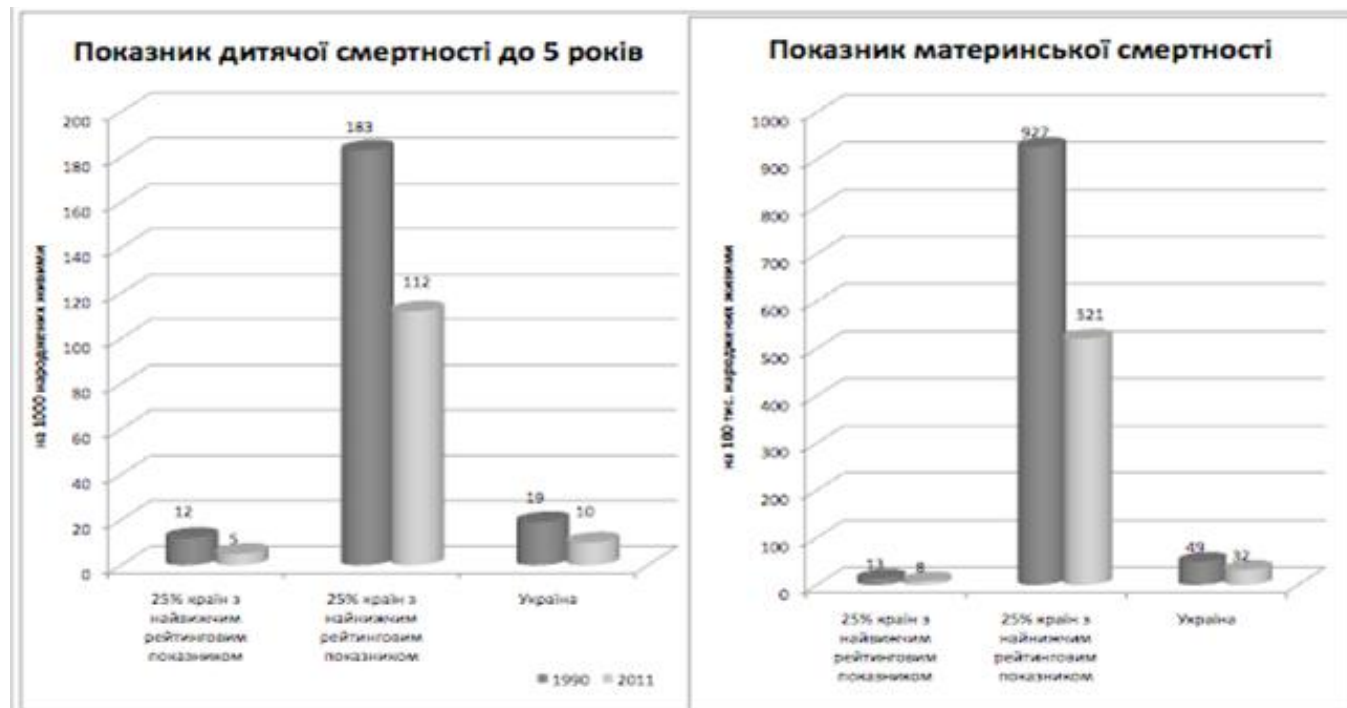


Рис. 1. Порівняльна характеристика найбільш благоприємних та найменш благоприємних країн світу за двома індикаторами в контексті досягнення Цілей Розвитку Тисячоліття в динаміці (за 1990 і 2011 рр)

лом, Україна з 2002 р. почала зворотній розвиток за рівнем імунізації дітей від кору. За даними ВООЗ, за цим показником у 2008 р. Україна займала 36-е рейтингове місце серед країн Європи [5], а вже у 2011 р. вона опустилася на останнє, 54-е рейтингове місце [7]. Найвищі 15 рейтингових місць у 2011 р. за показником імунізації дітей від кору в порядку зниження займають такі країни, як Білорусія, Німеччина, Греція, Угорщина, Латвія, Узбекистан, Чехія, Польща і Росія. Ми приєднуємося до думки інших науковців, які пов'язують виникнення такої ситуації не лише з медичних, а також і соціальних передумов. Передовсім негативно відображаються на проведенні імунізації численні публікації в ЗМІ, коментарі людей без фахової підготовки у цій сфері по телебаченню, що в свою чергу провокують безпідставні страхи у суспільстві. З іншої сторони, показує свою слабину профілактична робота медичного персоналу і програм проведення рекламних кампаній у підтримку вакцинапрофілактики.

Ключовим фактором, який визначає рівень народжуваності, є материнське здоров'я. У 2009 р. зафіксовано найвищий показник материнської смертності за період 2000-2012 рр. Так за даними Українського інституту стратегічних досліджень МОЗ України [4] цей показник становив 25,2 на 100 тис. народжених живими, тоді як в Національній доповіді щодо досягнення Цілей Розвитку Тисячоліття той самий індикатор становить 25,8. Розглядаючи динаміку показника материнської смертності у період з 2000 до 2012 року її можна охарактеризувати як нестійку з різними змінами і умовно поділити на три етапи: перший етап (2000-2004 рр.) – позитивна динаміка показника (від 24,7 до 13,7 на 100 тис. народжених живими), другий етап (2004-2009 рр.) – негативна динаміка показника із його збільшенням майже вдвічі, і третій етап (2009-2012 рр.) – швидка позитивна динаміка (зменшення показника за три роки вдвоє: з 25,8 до 12,5 відповідно).

Проте експерти ВООЗ і ЮНІСЕФ не вірять офіційним показникам материнської смертності в Україні і стверджують, що вони є нижче фактичного. Рівень малюкової смертності з 1995 до 2006 р. розрахований ВООЗ і ЮНІСЕФ був на 40 відсотків вище офіційних даних, але динаміка була такою ж. На думку міжнародних експертів, це обумовлено каральними заходами зі сторони контролюючих органів, що змушує працівників охорони здоров'я приховувати неблагоприємні показники [7].

У підтвердження вищесказаних даних представляємо в таблиці 2, що сформована на основі доступної нам інформації. У цій таблиці можна побачити значні відмінності у показниках в межах одного індикатору в динаміці, що унеможлиблює встановлення об'єктивної картини за визначеними критеріями. Наприклад, у 2011 р. показник кількості материнських смертей в Україні відповідно до світової статистики ВООЗ становив 32 на 100 тис. народжених живими, а за національною статистикою – всього 14,5.

Стан здоров'я матерів і дітей залежить від багатьох чинників, які його формують. І з теоретичної точки зору, усі ці чинники по відношенню до системи охорони здоров'я можна поділити умовно на два типи: зовнішні (ті, на які система не може вплинути або має мінімальний вплив, як наприклад, спадковість, шкідливі звички, умови проживання тощо) і внутрішні, які безпосередньо

впливають з організації діяльності системи охорони здоров'я і мають якісні критерії їх визначення. Відносно внутрішніх чинників мова йтиметься про доступність і якість медичної допомоги.

За висновками науковців, покращення здоров'я матерів і дітей зумовлене не стільки доступністю медичної допомоги, скільки тим, наскільки якісно ця допомога надається. Зокрема, є переконливі докази того, що наявність доступу до медичних послуг низької якості завдає більшої шкоди дитячому здоров'ю, ніж відсутність медичних послуг взагалі. Отож, отримана інформація створює передумови до перегляду та удосконалення підходів надання медичної допомоги матерям і дітям.

Велике занепокоєння в Україні викликає ситуація із захворюваністю на туберкульоз та ВІЛ-інфекцію/СНІД, що разом впливають на зменшення середньої тривалості життя, зростання потреби в медичних послугах, загострення проблем бідності, соціальної нерівності та сирітства. Особливо актуальним це питання стоїть в закладах пенітенціарної системи, де захворюваність на туберкульоз в 47 разів вища, ніж в загальному по країні [5].

Зберігається тенденція щодо росту рівня захворюваності на активний туберкульоз у поєднанні з хворобою, зумовленою ВІЛ-інфекцією. У 2012 р. порівняно з попереднім роком підвищення рівня захворюваності на активний туберкульоз у поєднанні з хворобою, зумовленою ВІЛ-інфекцією, становить 14,3 %.

У 2012 р. загальний показник смертності населення від інфекційних та паразитарних хвороб становив 30,2 на 100 тис. населення, у тому числі більша половина (15,2) усіх смертей спричинена захворюванням на туберкульоз і менша половина (12) – ВІЛ-інфекцією/СНІДом. Хоча щодо показника смертності від туберкульозу чи ВІЛ-інфекції/СНІДу виникають дуже серйозні відмінності. За даними ВООЗ показник смертності від ВІЛ-інфекції/СНІДу у 2011 р. становив 49 на 100 тис. населення, а в щорічній доповіді зазначено 12,6, що майже у чотири рази відрізняється від показника ВООЗ. В тому ж звіті, але в різних розділах цей показник за 2012 рік коливається від 8,5 (с. 111) до 12 (с. 30) на 100 тис. населення. Також значно відрізняються дані щодо показника смертності від туберкульозу.

У таблиці 3. нами показано динаміку показників за певними індикаторами, що частково відображають ефективність системи охорони здоров'я у сфері протидії ВІЛ-інфекції/туберкульозу.

Цілі Розвитку Тисячоліття в контексті охорони здоров'я населення України на період 1990-2015 рр.

Ціль	Завдання	Індикатори	Показники України в динаміці			
			1990	2000	2011	2015
4. Зменшення показника дитячої смертності	4.А: Зменшити рівень смертності дітей віком до 5 років на 2/3	4.1. Смертність дітей віком до 5 р. (кількість померлих дітей відповідного віку на 1000 народжених живими)	19	19	10	7
	4.А: Зменшити рівень смертності дітей віком до 5 років на чверть	4.2. Рівень смертності немовлят, кількість померлих дітей віком до 1 року на 1000 народжених живими	-	16	11,2	11
		4.3. Відсоток дітей до 1 р. повністю імунізованих від кору	17	16	9	
			-	11,9	9,5	
5. Поліпшення здоров'я матерів	5. А. Зменшення на 3/4 показника материнської смертності	5.1. Рівень материнської смертності, кількість материнських смертей на 100 тис. народжених живими	49		32	13
	5.А: Зменшити наполовину рівень материнської смертності	5.2. Рівень абортів, кількість абортів на 1000 жінок фертильного віку		24,7	14,5	13
					32,1	17,5
6. Обмеження поширення ВІЛ-інфекції та туберкульозу і започаткування тенденції до скорочення їх масштабів	6.А. Зупинити поширення ВІЛ-інфекції до 2015 р	Поширення ВІЛ-інфекції (на 100 тис. Населення)		515	519	
	6.А: Зменшити на 13% темпи поширення ВІЛ-інфекції/СНІД	6.1. Кількість осіб з вперше встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції на 100 тис. нас		12,9	43.2	49.1
		6.2. Темпи поширення ВІЛ-інфекції/ СНІДу, %	+26,4 (2002 р.)	+17,7 (2006 р.)	+4,9	+4,0
		6.3. Кількість померлих від хвороби, зумовленої ВІЛ, на 100 тис. населення		19	49	
		6.4. Рівень передачі ВІЛ від матері до дитини, %		1,5	12,3	8
	6.В: Зменшити на 20% рівень захворюваності на туберкульоз (порівняно з 2005 р	6.5. Кількість осіб з вперше встановленим діагнозом туберкульозу (у тому числі органів дихання) на 100 тис. Населення	84,4 (2005 р.)	72,7 (2009 р.)		
		6.6. Кількість померлих від туберкульозу на 100 тис. Нас		21	18	
		25,3	18,2			

Примітка: виділені квадратики відображають завдання і показники відповідно до світової статистики ВООЗ, а вся інша інформація базується на національній доповіді Цілі Розвитку Тисячоліття. Україна – 2010

Динаміка показників за індикаторами, що відображають процес протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу у групах країн за рівнем доходу

Індикатор (на 100 тис. населення)	Чотири групи країн, класифіковані за рівнем доходу									
	1	2		3	4	1	2		3	4
			Укр					Укр		
Смертність спричинена ВІЛ/СНІД	2001					2011				
	138	26	19	18	3	72	25	49	20	2,7
Смертність спричинена туберкульозом серед ВІЛ-негативних осіб	2000					2011				
	48	38	21	10	1,2	33	22	18	5,7	0,9
Поширення ВІЛ-інфекції	2001					2011				
	1704	400	515	344	175	1390	410	519	413	223
Поширення туберкульозу	2000					2011				
	472	404	154	164	28	346	243	104	107	18

Як ми бачимо з таблиці 3, показник смертності спричиненої ВІЛ-інфекцією/СНІДом в динаміці по Україні зріс у 2,6 рази за 10 років, тоді як у групі країн, до якої належить Україна цей показник зменшився з 26 до 25 на 100 тис. нас. Найсерйознішою ВІЛ-асоційованою інфекцією та найчастішою причиною смерті таких хворих став туберкульоз. Щодо показника смертності від туберкульозу серед ВІЛ-негативних осіб, то спостерігається позитивна динаміка, однак якщо у другій групі країн цей показник зменшився на 42 %, то в Україні лише на 14 %. Питома вага ефективного лікування серед нових випадків легеневого туберкульозу становить 72,4 %. Питома вага ефективного лікування серед нових випадків мультирезистентного туберкульозу – 38,4 %. Така ситуація в Україні може свідчити про недостатній рівень надання медичної допомоги, що обумовлено, на наш, погляд, відсутністю достатньої кількості лікарських засобів. З іншого боку, показники поширення ВІЛ-інфекції та туберкульозу можуть свідчити про низьку ефективність профілактичної роботи.

✎ Висновки з даного дослідження та перспективи подальших розвідок.

1. Система охорони здоров'я України загалом характеризується низькими показниками стану здоров'я населення, які практично не змінилися, за виключенням показників материнської і малюкової смертності.

2. Отримані нами статистичні дані на основі національних звітів чи щорічних доповідей, а також міжнародної статистичної бази, характеризуються суттєвими відмінностями, що знижує, на нашу думку, об'єктивність оцінки діяльності системи охорони здоров'я. Відповідно до міжнародної статистики у сфері охорони здоров'я, Україна має гірші показники, ніж зазначено в національних звітах.

3. Не зважаючи на певну позитивну динаміку показників у напрямі досягнення Цілей Розвитку Тисячоліття, Україна мусить докласти значних зусиль для виконання взятих зобов'язань у сфері охорони здоров'я.

4. За критерієм протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу заходи системи охорони здоров'я України можна назвати «низькоефективними». За цим критерієм Україна продовжує регресивний розвиток у досягненні Цілей Розвитку Тисячоліття.

5. Серед країн Європейського регіону Україна займає низькі рейтингові місця за темпами досягнення Цілей Розвитку Тисячоліття. Проте, у цьому регіоні є країни, які досягнули, або дуже наближені до досягнення

визначених критеріїв досягнення Цілей. До таких країн можна, зокрема, уналежнити Естонію, Білорусію, Чехію, Польщу, Словенію та Угорщину.

Література.

1. Нізалова О. Ю. Зниження рівня материнської смертності в Україні внаслідок впровадження проекту «Здоров'я матері та дитини» [Електронний ресурс] / О. Ю Нізалова, М. М. Вишня // Наукові праці. – Вип. 132, Том 145. – С. 27 – Режим доступу: <http://lib.chdu.edu.ua/index.php?m=10&s=5&t=145>.

2. Палій О. М. Резерви зниження смертності немовлят в Україні [Електронний ресурс] / Палій О. М., Рингач Н.О. // Демографічні проблеми та тенденції – Режим доступу: archive.nbuv.gov.ua/portal/Soc_Gum/Dtse/2011_2/p_084-94.pdf.

3. Цілі Розвитку Тисячоліття. Україна – 2010 [Електронний ресурс]: Національна доповідь // Міністерство економіки України – Режим доступу: www.undp.org.ua/files/ua_53509MDGS_UKRAINE2010_UKR.pdf.

4. Про стан здоров'я населення, санітарно-епідеміологічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2012 рік [Електронний ресурс]: щорічна доповідь / Міністерство охорони здоров'я України, ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» – Київ, 2013. – Режим доступу: www.uiph.kiev.ua/vidavnicha-diyalnist/shchorichna-dopovid.

5. Lekhan V, Ruidy V, Richardson E. Ukraine: Health system review. Health System in Transition, 2010; 12 (8): 1 – 183 – [Electronic resource]. – Access mode : www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/140599/e94973.pdf.

6. World Bank list of economies (July 2012) [Electronic resource] / Washington, World Bank, 2012 – Access mode : <http://siteresources.worldbank.org/DATASTATISTICS/Resources/CLASS.XLS>.

7. World Health Statistics 2013 [Electronic resource] / World Health Organization – Access mode : www.who.int/iris/bitstream/10665/81965/1/9789241564588_eng.pdf.