

О.П. Корнійчук

Інститут демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи  
Національної академії наук України, Київ

# Трансформація системи охорони здоров'я України: стан та перспективи

Розглянуто концептуальні вимоги до трансформації та розвитку системи охорони здоров'я і сучасні тенденції її функціонування в Україні. Розроблено перелік об'єктивних та суб'єктивних показників для оцінки стану трансформації та розвитку системи охорони здоров'я України і прогностичні показники її фінансування.

**Ключові слова:** трансформація і розвиток системи охорони здоров'я, об'єктивні та суб'єктивні показники, прогностичні показники фінансування.

## Вступ

### Концептуальні вимоги до трансформації та розвитку системи охорони здоров'я

Головна мета сучасних систем охорони здоров'я — збереження, зміцнення та відновлення здоров'я громадян. Це забезпечується раціональним об'єднанням зусиль пацієнтів, медичного персоналу, установ і організацій, місцевої та центральної влади і ефективним використанням ресурсів, які визначаються бюджетом та іншими джерелами для їх діяльності щодо задоволення потреб громадян у підтриманні їх здоров'я (Проект ЄС «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні», 2009а).

Суть охорони здоров'я полягає в її орієнтації на пацієнта, своєчасності, безпечності та справедливості, ефективності й раціональності (Leavitt M., 2001). До її основних завдань віднесено покращання стану здоров'я громадян на основі забезпечення справедливості та фінансовий захист населення шляхом прозорого фінансування і оперативного реагування на його потреби.

Основною постаттю системи охорони здоров'я є пацієнт. Усі заходи щодо реформування та проведення змін інфраструктури мають задовольняти його права та інтереси. Їх суть полягає у створенні умов фінансово-економічної та фізичної доступності для громадян медичної допомоги необхідної якості. Це досягається на основі раціонального використання державними та місцевими органами влади податків, сплачених населенням, для виконання цих завдань (Проект ЄС «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні», 2009а).

Для задоволення потреб громадян система охорони здоров'я виконує функції надання послуг, управління; фінансування, в першу чергу, гарантованої державою медичної допомоги; забезпечення ресурсами для підготовки медичного персоналу та розвитку матеріально-технічної бази (Проект ЄС «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні», 2009а).

До основних тенденцій розвитку системи охорони здоров'я країн Європейсько-

го Союзу (ЄС) за видами надання медичної допомоги слід віднести:

- **Первинну медико-санітарну допомогу (ПМСД)**

Пріоритетність розвитку ПМСД на основі надання послуг сімейними лікарями. Цей рівень медичної допомоги задовольняє 80% потреб пацієнтів у зверненнях до лікарів (Князевич В., 2010). В Україні цей показник становить відповідно 50% у сільській місцевості та 35% — у містах (Князевич В., 2010). Як тенденцію слід відзначити перерозподіл функцій вторинної медико-санітарної допомоги (ВМСД) до ПМСД на основі надання сімейними лікарями окремих видів спеціалізованої допомоги, в тому числі у лікарнях.

- **ВМСД**

Проведення реструктуризації лікарень на основі кардинальної зміни клінічного лікування та взаємовідносин між учасниками надання медичних послуг. Створюються інтегровані системи надання допомоги на основі злиття лікарень, вертикальної та горизонтальної інтеграції лікарняних служб. При цьому здійснюються автономізація постачальників медичних послуг, застосування фінансових механізмів щодо підвищення ефективності управління лікарнею, залучення представників приватного сектору до надання медичної допомоги і територіальних громад до її планування (Князевич В., 2010).

До визначальних тенденцій розвитку ВМСД слід віднести впровадження нових форм госпіталізації щодо скорочення термінів перебування пацієнтів, і на цій основі скорочення ліжкового фонду; зменшення тривалості перебування у відділеннях невідкладної допомоги; зменшення кількості операційних відділень та госпітальних центрів на основі розміщення високотехнологічної діяльності у великих лікарняних центрах; створення госпітальних мереж для координації медичної допомоги в лікарнях, розширення мережі закладів паліативної та хоспісної допомоги; передача значної кількості обов'язків лікарів середньому медичному персоналу та впровадження аутсорсингу (зовнішніх постачальників неклінічних послуг) (Князевич В., 2010).

При цьому враховуються демографічні (постаріння населення), інфляційні (вплив нових технологій), фінансові (зростання вартості послуг), економічні (зростання економіки) тенденції, які сприяють підвищенню попиту на медичні послуги. Зростаючі витрати на систему охорони здоров'я відповідно призводять до збільшення середньої тривалості життя громадян.

- **Третинну медичну допомогу**

Вимоги до закладів третинної медичної допомоги полягають у тому, щоб вони охоплювали наданням послуг населення не менше ніж 1 млн осіб. Пріоритетним завданням є інтеграція медичної науки й освіти і практичної охорони здоров'я щодо створення університетських клінік. У класичній університетській лікарні здійснюється підготовка фахівців, наукова діяльність і надання високоспеціалізованої медичної допомоги за більше ніж 20 напрямками із розрахунку на 1,5–2 тис. ліжок (Проект ЄС «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні», 2009б).

- **Екстрену (невідкладну) допомогу**

Розглядається як поєднувальна ланка між первинним, вторинним і третинним медичними рівнями щодо своєчасного надання допомоги пацієнтам із гострими та невідкладними станами для збереження здоров'я. Технологічне та організаційне вдосконалення служби екстреної медичної допомоги України відповідно до рекомендацій ЄС (Проект ЄС «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні», 2009б) знайшло відображення у двох основних нормативних документах — Законі України від 05.07.2012 № 5081-VI «Про екстрену медичну допомогу» та Національному проекті «Вчасна допомога». Згідно з нормативами, встановленими Законом України, норматив часу доїзду до пацієнта після виклику бригади швидкої допомоги має становити: в містах — 10 хв, у сільській місцевості — 20 хв, до пацієнтів у станах, що загрожують їх життю, — не пізніше 8 хв.

## Система управління якістю

Якість розглядається як ступінь, до якого збільшуються можливості бажаного

результату стосовно здоров'я як для окремих осіб, так і для населення взагалі. Удосконалення системи управління якістю базується на 4 принципах:

- Визначення мети підвищення якості.
- Встановлення пріоритетів і застосування найкращої практики.
- Саморегулювання і професійна самооцінка.
- Участь у програмах пацієнтів.

Перспективним завданням є стандартизація медичної допомоги та акредитація на основі створення незалежного Агентства з якості та акредитації (Проект ЄС «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні», 2009б).

### Кадрова політика

Пріоритетним завданням є підготовка кадрів для ПМСД, фахівців у сфері стратегічного та операційного планування, економіки й фінансів, інформаційних технологій та управління кадрами. Для визначення обсягу виплат медичному працівнику за надану допомогу слід увести критерій результату — якість пролікованих пацієнтів (Проект ЄС «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні», 2009б).

### Сучасні тенденції функціонування системи охорони здоров'я України

До особливостей функціонування системи охорони здоров'я України слід віднести відсутність її належної орієнтації на потреби пацієнта, суттєву неефективність, системну невчасність, очевидну нераціональність і несправедливість. Так, половині смертей осіб віком до 75 років можна було б запобігти за допомогою належної профілактики та лікування (Figueras J. et al., 2008; Всемирная организация здравоохранения, 2000). Питома вага випадків не обґрунтованої госпіталізації у стаціонари становить до 60% загальної кількості госпіталізацій (Lekhan V. et al., 2007). 79% загальної суми фінансування лікарень іде на підтримання інфраструктури, заробітну плату медичного персоналу (69,8%), оплату комунальних платежів (9,9%) і лише 19,3% — на прямі витрати на виробництво послуг; 1% — інші витрати (Калачова І., 2011). Більше 25% населення, перш за все із соціально незахищених верств, внаслідок фінансово-економічних причин не звертаються за отриманням медичної допомоги (Осипова І.І., 2011).

Із врахуванням досвіду передових країн щодо впровадження сучасних підходів до оцінки якості й доступності надання медичної допомоги ці показники поділяють на результативні показники, показники процесу та результату.

**Результативні показники** відображають кінцеві соціально-економічні результати діяльності системи охорони здоров'я. До них можна віднести вищезазначені показники, що розкривають стан охоплення населення медичними послугами, самооцінку населення стану здоров'я та рівень соціальної нерівності у споживанні медичних послуг.

**Показники процесу** характеризують технологічні заходи системи охорони

здоров'я, які дозволяють досягти найкращого ефекту для здоров'я пацієнта. Характеризуються показниками, які розкривають рівень передчасної смертності, перш за все у працездатному віці, показниками запобіжної смертності за фактором надання медичної допомоги, станом етики взаємостосунків лікаря і пацієнта.

**Показники ресурсу** визначаються видатками зведеного бюджету на охорону здоров'я, в тому числі за видами надання медичної допомоги, структурою закладів загальної/спеціалізованої медицини та кадровим складом системи охорони здоров'я.

Що стосується **оцінки результатів** діяльності системи охорони здоров'я, — відсутні розроблені показники, які б використовувалися для статистичного супроводу та соціологічних досліджень у цьому напрямку згідно з вимогами Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) та стандартами передових країн.

Для характеристики **процесу надання** медичної допомоги Держкомстатом України та Центром медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України використовують показники відповідно до потужності ліжкового фонду (Калачова І., 2009).

Що стосується **інфраструктурного та ресурсного забезпечення** функціонування системи охорони здоров'я — використовують кількісні показники двадцятирічної давнини (Калачова І., 2009).

Це не дозволило своєчасно встановити зворотні від передових країн тенденції розвитку системи охорони здоров'я.

ПМСД знаходиться у край нерозвиненому стані порівняно з країнами ЄС, кількість закладів ПМСД у 4 рази менша (відповідно 1,2 проти 4,9 на 10 тис. населення) та на ½ менше лікарів (відповідно 6,3 проти 9,4 на 10 тис. населення) (Князевич В., 2010).

Низькими темпами здійснюється впровадження ПМСД на засадах сімейного лікаря. Більше половини населення не отримує послуг від зазначеної категорії сімейних лікарів у зв'язку з їх відсутністю. Вкрай нерозвиненим залишається приватний сектор надання медичної допомоги, перш за все, ПМСД. В останніх законодавчих актах, які стосуються структурних реформ у системі охорони здоров'я (Закон України від 07.07.2011 р. № 3611–17 «Про внесення змін до основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги», Закон України від 07.07.2011 р. № 3612–17 «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві»), законодавчо не визначена пріоритетність розвитку ПМСД.

Основною причиною вкрай неефективної системи ВМСД є розпорошення фінансових ресурсів на велику кількість малопотужних лікарень, які не мають можливостей для придбання сучасних технологій і обладнання. При цьому персонал втрачає практичні навички у зв'язку з низькою інтенсивністю потоків пацієнтів. Так, 630 лі-

карень, що становить 30% загальної кількості (2250), мають ≤25 ліжок, ще понад 110 закладів — лише 26–60 ліжок (Проект ЄС «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні», 2009б). Відсутній механізм контролю видатків у зв'язку з відсутністю чіткого розподілу фінансування між первинним і вторинним рівнем. Загальновизнано, що повноцінну та якісну допомогу медичні працівники лікарні спроможні надавати за умови обслуговування населення не менше ніж 100 тис. осіб (Проект ЄС «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні», 2009б).

Державні та комунальні заклади ПМСД та ВМСД фінансуються кошторисним методом (за винятком пілотних регіонів) без врахування видів та обсягу надання медичних послуг. Статті кошторису прив'язані до штатного розкладу, ліжкового фонду та вартості комунальних платежів. Статус медичних закладів як бюджетних (непробуктових) обмежує їх можливості щодо об'єднання з іншими лікарнями та передачу виконання їх функцій іншим лікарням на договірній основі.

Штатний розпис закладів охорони здоров'я не враховує реальних потреб у наданні медичної допомоги. Діючі тарифні ставки враховують відпрацьований час, а не обсяг і якість медичної допомоги. Нововведення, яке стосується змін до оплати праці медичних працівників закладів охорони здоров'я, що є учасниками пілотного проекту (Постанова Кабінету Міністрів України від 05.03.2012 р. № 209 «Деякі питання оплати праці медичних працівників закладів охорони здоров'я, що є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я»), недосконалі й потребують суттєвих доопрацювань щодо врахування гендерних аспектів та складової роботи з урахуванням віко-статевої структури населення (Слабкий Г.А., 2001).

Відсутнє чітке розмежування функцій між замовником та постачальником медичних послуг без укладання між ними відповідного контракту. На обласних та районних рівнях відсутні стратегічні плани розвитку галузі.

Суттєвою ознакою відсутності орієнтування системи медичної допомоги на пацієнта є відсутність законодавчого визначення обсягу, видів та форм надання гарантованих державою медичних послуг. У зв'язку з намаганням безоплатно лікувати всі види хвороб без урахування реальної ресурсоспроможності медичних закладів, зазначені послуги надаються на низькому рівні й оплачуються на 45,1% із кишені пацієнтів (Калачова І., 2011). З іншого боку, це блокує встановлення чіткого переліку платних медичних послуг.

Загалом загальні витрати на охорону здоров'я в 2010 р. становили 10,7 млрд грн. (7,83% номінального валового внутрішнього продукту (ВВП)). Із них частка державних витрат становила 56,5%, а частка витрат домогосподарств (неформальні платежі) — 40,45% (Калачова І., 2012). Загальні витрати на охорону здоров'я на душу населення становили 1850,3 грн. Частка державних

витрат на охорону здоров'я в загальних видатках зведеного бюджету — 19,6% (Міністерство фінансів України, 2011).

Видатки зведеного бюджету на охорону здоров'я становили 3,7% до ВВП (Калачова І., 2009).

Потребує державного регулювання вирівнювання видатків місцевих бюджетів на охорону здоров'я по регіонах. Так, у розрахунку на одного жителя різниця видатків становить >40%. У 2011 р. в Закарпатській області ця сума становила 713,88 грн., а в Києві — 1104,38 грн. (Міністерство фінансів України, 2011).

За період з 2000 по 2011 р. видатки на ПМСД залишаються практично незмінними — від 11,33% у 2000 р. до 9,8% — у 2011 р. (Міністерство фінансів України, 2012). При цьому частка населення, яка задовольняє попит на ПМСД у міській місцевості, становить 30%, а в сільській — 50% (Князевич В., 2010).

Для повноцінного фінансування ПМСД необхідно, щоб її фінансування становило 25–35% основних видатків у сфері охорони здоров'я. Зростання видатків зведеного бюджету України у 2–2,5 рази (з 9,8 до 25–30%) забезпечить розширення охоплення населення послугами ПМСД практично у 2 рази.

Відсутні дієві заходи щодо створення необхідної нормативної бази з інтеграції практичної охорони здоров'я та медичної науки і освіти у створенні університетських клінік. До першочергових завдань слід віднести розмежування відповідальності за організацію лікування та навчальної роботи.

Необхідне розширення мережі станції та підстанції екстреної та швидкої медичної допомоги, паліативної та хоспісної допомоги на базі розробки відповідних стандартів.

До першочергових завдань слід віднести розробку стандартів щодо діяльності медичних закладів через систему їх акредитації шляхом обґрунтування показників результативності та індикаторів якості.

Система охорони здоров'я потребує першочергової підготовки лікарів та медсестер ПМСД, паліативної та хоспісної допомоги, фахівців і стратегічного та операційного планування, економіки і фінансів, маркетингу, інформаційних технологій та управління кадрами.

Необхідна зміна механізму оплати праці на основі оцінки результатів лікування, а не кількості пролікованих пацієнтів та здійснених ними візитів.

На державному рівні необхідна розробка єдиної інформаційної системи охорони здоров'я.

## Об'єкт і методи дослідження

Об'єктом дослідження є процес трансформації системи охорони здоров'я в Україні. Для оцінювання результатів нами використано методи системного аналізу до функціонування системи охорони здоров'я та статистики стосовно удосконалення об'єктивних показників діяльності сфери охорони здоров'я.

## Результати та їх обговорення

Враховуючи досвід реформування систем охорони здоров'я передових країн світу та України, нами пропонується нижченаведений перелік об'єктивних показників для проведення оцінки розвитку системи охорони здоров'я:

1. Бюджетні видатки на охорону здоров'я (% до ВВП), а також бюджетні видатки у розрахунку на одного жителя.

2. Бюджетні витрати за формами надання медичної допомоги.

3. Показники охоплення та надання послуг ПМСД населенню:

а) коефіцієнт охоплення населення послугами ПМСД (частка громадян, які звернулись за отриманням послуг ПМСД, до середньорічної чисельності населення);

б) коефіцієнт надання послуг ПМСД (частка громадян, які звернулись за отриманням ПМСД, до середньорічної чисельності громадян, які перебували на обліку в закладах ПМСД);

в) коефіцієнт охоплення населення послугами сімейного лікаря (частка громадян, яким надавалася медична допомога сімейним лікарем, до середньорічної чисельності населення);

г) коефіцієнт надання послуг сімейними лікарями (частка громадян, які звернулись до сімейних лікарів за отриманням ПМСД, до середньорічної чисельності громадян, які перебували на обліку в них);

д) коефіцієнт госпіталізації ПМСД (частка госпіталізованих щодо середньорічної чисельності населення, якому надаються зазначені послуги).

4. Заклади загальної/спеціалізованої медицини, у тому числі приватні (інші заклади, які надають платні медичні послуги, в тому числі приватні).

5. Показники запобіжної смертності за факторами:

а) немедичної профілактики;

б) раннім виявленням захворюваності;

в) надання медичної допомоги.

Розкриття суті кожного з показників дозволяє оцінити в динаміці стан розвитку системи охорони здоров'я України.

### 1. Видатки зведеного бюджету на охорону здоров'я (% номінального ВВП)

Валовий внутрішній продукт характеризує кінцевий результат виробничої діяльності економічних одиниць — резидентів матеріального і нематеріального виробництва у сфері охорони здоров'я — та містить зміни як до обсягів виробництва, так і цін.

У міжнародній статистиці показники динаміки використання ВВП розраховують методом дефлювання. При цьому як індекси-дефлятори використовують індекси цін.

Загальні витрати на охорону здоров'я за стандартами Національних рахунків охорони здоров'я (НРОЗ) включають державні та приватні витрати разом з урахуванням офіційних та неофіційних прямих платежів населення. Як зазначалося вище, надходження коштів у систему охорони здоров'я враховується за трьома основними джерелами:

а) *державні (суспільні) кошти*, які включають зведений бюджет і соціальне страхування — це більше половини загальних витрат на охорону здоров'я.

Динаміка видатків зведеного бюджету на охорону здоров'я у % до ВВП за період з 2000 по 2011 р. викладена в **табл. 1**. У ній містяться розроблені нами прогностичні показники видатків зведеного бюджету до 2025 р. включно. Із них 75% становлять кошти місцевих бюджетів, а 25% — державних;

б) *приватні кошти* домашніх господарств, роботодавців, некомерційних організацій, що обслуговують домогосподарства, ~45%. Нами розроблені прогностичні приватні витрати на охорону здоров'я України у % до ВВП до 2025 р. (**табл. 2**);

в) *кошти іншого світу* (кошти міжнародних донорських організацій, спрямованих у систему охорони здоров'я України) — кілька десятків відсотка.

Загальні витрати на охорону здоров'я як % номінального ВВП протягом 2003–2010 рр. з розкриттям прогностичних показників до 2025 р. включно викладені в **табл. 3**.

Згідно із НРОЗ використовують такі показники, як «Загальні витрати на охорону здоров'я на душу населення» (**табл. 4**) та «Розподіл загальних витрат за фінансуючими організаціями» (державні, приватні, домогосподарства, донори) (**табл. 5**).

1.1. Загальні витрати на охорону здоров'я України (% номінального ВВП).

1.2. Видатки зведеного бюджету охорони здоров'я України у розрахунку на одного мешканця.

1.3. Приватні витрати на охорону здоров'я України (% номінального ВВП).

### 2. Бюджетні витрати за видами надання медичної допомоги (% номінального ВВП)

1. Витрати зведеного бюджету на ПМСД (становлять 10% загальних витрат на систему охорони здоров'я) (**табл. 6**). Частка фінансування ПМСД має становити 25–30% загальних витрат на систему охорони здоров'я.

2. Частка сімейних лікарів у системі охорони здоров'я повинна становити не менше 35–40% загальної кількості лікарів.

3. Частка закладів ПМСД у системі охорони здоров'я становить 4,9 на 10 тис. населення. Необхідно переоснастити медичним обладнанням 65% центрів ПМСД та інших закладів ПМСД та збільшити на 50% забезпечення ПМСД санітарним транспортом.

4. Частка фінансування профілактичної допомоги в загальній структурі витрат на надання медичної допомоги має становити 20%.

5. Частка фінансування паліативної та хоспісної допомоги має становити до 7% загальних витрат на систему охорони здоров'я (створити мережу хоспісів та відділень надання паліативної допомоги).

Згідно із НРОЗ використовується розподіл загальних витрат не за видами надання медичної допомоги (нами пропонується здійснити доопрацювання НРОЗ),

а за функціями, де достатньо проблематично відділити первинну медико-санітарну, екстрену, паліативну та хоспісну допомогу.

Враховуючи особливості диспропорцій у фінансуванні різних видів медичної допомоги згідно з пріоритетами, вважаємо за доцільне введення параметрів по 35% фінансуванню ПМСД та 10% фінансуванню паліативної та хоспісної допомоги.

Виходячи із зазначених параметрів нами розроблені прогнози видатки зведеного бюджету на ПМСД до 2025 р. (табл. 7).

Прогнози витрати зведеного бюджету на ПМСД у % до ВВП наведені в табл. 8.

**3. Коефіцієнт надання послуг сімейними лікарями (частка громадян, які звернулися до сімейних лікарів за отриманням ПМСД, до середньорічної чисельності громадян, які знаходились на обліку у них)**

• Коефіцієнт охоплення населення послугами ПМСД (частка громадян, які

звернулися за отриманням послуг ПМСД, до середньорічної чисельності населення):

$$K_p = (N_{vp}/S_m) \cdot 1000,$$

де  $K$  — коефіцієнт охоплення населення послугами ПМСД,  $N_{vp}$  — кількість громадян, які звернулися для отримання послуг ПМСД,  $S_m$  — середньорічна чисельність населення.

• Коефіцієнт надання послуг ПМСД (частка громадян, які звернулися за отриманням ПМСД, до середньорічної чисельності громадян, які перебували на обліку в закладах ПМСД):

$$K = (N_p/S_m) \cdot 1000,$$

де  $K$  — коефіцієнт надання послуг,  $N_p$  — кількість громадян, які звернулися для отримання ПМСД,  $S_m$  — середньорічна чисельність громадян, які перебували на обліку.

• Коефіцієнт охоплення населення послугами сімейного лікаря (частка громадян, яким надавалася медична допомога сімейним лікарем, до середньорічної чисельності населення):

$$K_p = (N_{vp}/S_m) \cdot 1000,$$

де  $K$  — коефіцієнт охоплення населення послугами ПМСД сімейними лікарями,  $N_{vp}$  — кількість громадян, які звернулися для отримання послуг ПМСД,  $S_m$  — середньорічна чисельність населення.

• Коефіцієнт надання послуг сімейними лікарями (частка громадян, які звернулися до сімейних лікарів за отриманням ПМСД, до середньорічної чисельності громадян, які перебували на обліку у них):

$$K = (N_p/S_m) \cdot 1000,$$

де  $K$  — коефіцієнт надання послуг,  $N_p$  — кількість громадян, які звернулися для отримання ПМСД,  $S_m$  — середньорічна чисельність громадян, які перебували на обліку.

**4. Заклади загальної/спеціалізованої медицини, у тому числі приватні**

Діюча статистика закладів охорони здоров'я та захворюваності населення України, яку видає Державний комітет статистики, не структурована за видами надання медичної допомоги, в тому числі, і первинної, з чітким розподілом за формами власності — державної, комунальної, акціонерної, приватної (пропозиція структурувати зазначену класифікацію та діючі показники згідно з видами надання медичної допомоги).

Необхідно прийняти на рівні Кабінету Міністрів України відповідну постанову щодо створення стандартів для використання при розбудові медичних інформаційних систем, які б могли спілкуватися між собою, обмінюючись інформацією стосовно лікування пацієнта. Створення умов на задоволення попиту на медичну інформацію в режимі реального часу та спрощені, стандартизовані методи доступу до послуг та інформації охорони здоров'я є критичними у наданні безпечної та доступної для всіх медичної допомоги. Важливим при цьому є забезпечення безпеки даних у сфері охорони здоров'я та їх зберігання.

**Таблиця 1** Поточні та прогнози видатки зведеного бюджету на охорону здоров'я України у % до ВВП (за матеріалами Держкомстату України) (Міністерство фінансів України, 2011; 2012)

Рік	% до ВВП	Рік	% до ВВП
2000	2,9	2006	3,6
2001	3,1	2007	3,7
2002	3,3	2008	3,5
2003	3,6	2009	4,0
2004	3,5	2010	4,1
2005	3,5	2011	3,7
<b>Прогнози показники</b>			
2012	3,98	2019	6,22
2013	4,54	2020	6,5
2014	4,82	2021	6,78
2015	5,1	2022	6,96
2016	5,38	2023	7,24
2017	5,66	2024	7,52
2018	5,94	2025	7,7

**Таблиця 2** Поточні та прогнози приватні витрати на охорону здоров'я України у % до ВВП (за матеріалами Держкомстату) (Калачова І., 2011; 2012)

Рік	% до ВВП	Рік	% до ВВП
2003	3,81	2004	3,8
2005	3,7	2006	3,6
2007	3,5	2008	3,8
2009	3,9	2010	3,85
2011	3,85	2012	3,85
*	*	*	*
2013	3,5	2020	2
2014	3,2	2021	2
2015	2,9	2022	1,8
2016	2,8	2023	1,6
2017	2,6	2024	1,5
2018	2,4	2025	1,5
2019	2,2	—	—

**Таблиця 3** Поточні та прогнози загальні витрати на охорону здоров'я України у % до ВВП (за матеріалами Держкомстату України) (Калачова І., 2011; 2012)

Рік	% до ВВП	Рік	% до ВВП
2003	6,96	2004	6,65
2005	6,43	2006	6,41
2007	6,37	2008	6,65
2009	7,82	2010	7,83
2011	7,9	2012	7,9
*	*	*	*
2013	8,1	2020	9,4
2014	8,3	2021	9,6
2015	8,5	2022	9,8
2016	8,7	2023	9
2017	8,9	2024	10,1
2018	9	2025	10,2
2019	9,2	—	—

**Таблиця 4** Загальні витрати на охорону здоров'я на душу населення (за матеріалами Держкомстату України) (Калачова І., 2011; 2012)

Витрати	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
У гривнях	388,0	485,5	605,3	748,7	990,0	1368,2	1552,4	1850,3
У доларах США	72,7	91,3	118,2	148,3	196,0	259,8	199,3	199,3

**Таблиця 5** Розподіл загальних витрат за фінансуючими організаціями (%): державні, приватні компанії, домогосподарства, донори та інші (за матеріалами Міністерства фінансів України) (Калачова І., 2011; 2012)

Фінансуючі організації	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Державні та комунальні установи	58,1	58,1	59,3	60,6	61,7	57,5	54,9	56,5
Приватні структури	2,9	2,9	3,0	2,9	3,4	2,9	3,0	2,6
Домогосподарства	38,5	38,3	37,4	36,2	34,6	39,3	41,9	40,4
Донори та інші	0,5	0,7	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,3

**Таблиця 6** Зміни розподілу основних видатків зведеного бюджету України у сфері охорони здоров'я за видами надання медичної допомоги за 2000–2010 рр. (за матеріалами Міністерства фінансів України у %) (Міністерство фінансів України, 2011; 2012)

Види допомоги	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
ПМСД	11,13	11,4	13,11	13,03	9,74	13,43	13,42	13,6	13,5	13,51	13,6	9,8
Спеціалізована медична допомога	88,8	85,7	86,7	86,09	87,19	85,7	85,68	85,6	85,6	85,6	85,79	88,3

**Таблиця 7** Поточні та прогнозні видатки зведеного бюджету на ПМСД у % до основних видатків зведеного бюджету на систему охорони здоров'я України (за матеріалами Держкомстату України) (Міністерство фінансів України, 2011; 2012)

Рік	% до ВВП	Рік	% до ВВП
2000	11,3	2006	13,42
2001	11,4	2007	13,6
2002	13,11	2008	13,5
2003	13,03	2009	13,51
2004	9,74	2010	13,6
2005	13,43	2011	9,8
<b>Прогнозні показники</b>			
2012	10,97	2019	18,6
2013	12,07	2020	19,7
2014	13,1	2021	20,8
2015	14,2	2022	21,9
2016	15,3	2023	23
2017	16,4	2024	24,1
2018	17,5	2025	25,2

**Таблиця 8** Поточні та прогнозні витрати зведеного бюджету на ПМСД у % до ВВП (за матеріалами Держкомстату України) (Міністерство фінансів України, 2011; 2012)

Рік	% до ВВП	Рік	% до ВВП
2000	0,3	2006	0,4
2001	0,31	2007	0,4
2002	0,33	2008	0,4
2003	0,36	2009	0,4
2004	0,3	2010	0,4
2005	0,4	2011	0,4
<b>Прогнозні показники</b>			
2012	0,5	2019	2,1
2013	1	2020	2,2
2014	1,2	2021	2,3
2015	1,5	2022	2,4
2016	1,76	2023	2,5
2017	1,9	2024	2,6
2018	2	2025	2,7

Міністерству охорони здоров'я України необхідно встановити термінологію, коди, класифікацію та медичні рекомендації. При цьому слід враховувати три типи стандартизації клінічної інформації:

1. Стандарти стосовно структури документів, які визначають інформацію, що може містити певний клінічний документ, як інформація представлена, а також, де у документі вона розміщена.

2. Термінологічні та кодувальні стандарти з набором кодованих термінів для вирішення проблеми синонімів.

3. Онтологія — це знання у формі, яка може використовуватися комп'ютером.

**Пропозиція** — внести зміни до розділу «Мережа лікувально-профілактичних закладів» із їх розкриттям за видами надання медичної допомоги (так, розділ «Фельдшерська допомога» необхідно замінити на «Первинна медико-санітарна допомога» (Leavitt M., 2001)). Це ж стосується і структурування розподілу лікарів за видами надання медичної допомоги. Особливої уваги заслуговує внесення змін до основних показників стаціонару з уведенням показника результатів діяльності як результату лікування. До нього не належить кількість візитів або пролікованих пацієнтів. Крім цього, необхідно передбачити статистику реформ організації лікарень, яка складається з двох категорій: до першої належать системні зміни лікарень, які пов'язані з об'єднанням та злиттям, вер-

тикальні та горизонтальні інтеграції лікарняних служб та створення інтегрованих систем надання допомоги, спільні закупівлі, укладання договорів зі сторонніми організаціями; до другої — внутрішня реструктуризація лікарень, що веде до кардинальної зміни клінічного лікування та взаємовідносин між тими, хто бере участь у наданні медичних послуг (World Health Organization, 2008).

##### 5. Рівень передчасної смертності, в тому числі у працездатному віці

а) показник запобіжної смертності за фактором раннього виявлення захворюваності.

**Пропонується** введення додаткових показників, які визначають дієвість надання медичної допомоги населенню — коефіцієнтів охоплення послугами ПМСД, коефіцієнт надання послуг ПМСД та коефіцієнт звернень громадян;

б) показник запобіжної смертності за фактором надання медичної допомоги.

**Пропонується** введення коефіцієнта загальної смертності за формулою:

$$m = M/S \cdot 1000,$$

де  $M$  — число померлих за рік,  $S$  — середньорічна чисельність населення, коефіцієнта смертності громадян у працездатному віці за формулою:

$$mx = Mx/Sx \cdot 1000,$$

де  $Mx$  — кількість померлих за рік у працездатному віці,  $Sx$  — середньорічна чисельність працездатного населення.

**Пропонується** введення додаткових показників для оцінки доступності та якості ПМСД:

- Коефіцієнт смертності у працездатному віці (співвідношення кількості померлих за рік у працездатному віці до середньорічної чисельності працездатного населення).
- Коефіцієнт смертності чоловіків у працездатному віці (співвідношення кількості померлих чоловіків за рік у працездатному віці до середньорічної чисельності працездатного населення).
- Коефіцієнт госпіталізації ПМСД (частка госпіталізованих по відношенню до середньорічної чисельності населення, якому надаються зазначені послуги).

**Пропонується** ввести додатковий показник — коефіцієнт госпіталізації ПМСД (частка госпіталізованих по відношенню до середньорічної чисельності населення, якому надаються зазначені послуги):

$$G = N/S,$$

де  $G$  — загальний рівень госпіталізації,  $N$  — кількість госпіталізованих,  $S$  — середньорічна чисельність населення.

- Коефіцієнт викликів швидкої допомоги (співвідношення кількості викликів швидкої допомоги до середньорічної кількості населення).

**Пропонується** ввести додатковий показник — коефіцієнт викликів швидкої допомоги:

$$A = NA/S,$$

де  $A$  — коефіцієнт викликів швидкої допомоги,  $NA$  — кількість викликів швидкої допомоги,  $S$  — середньорічна чисельність населення.

- Розробка клінічних протоколів щодо 11 видів хвороб, які є основними причинами передчасної смертності, і 25% якої можна уникнути шляхом ефективного лікування.
- Показники запобіжної смертності за факторами немедичної профілактики.

**Пропонується** — оскільки цей показник є інтегральним щодо соціально-економічних та екологічних умов життя громадян — доцільно його запровадити як критерій оцінки ефективності місцевої (на 75%) та центральної (на 25%) влади.

## Обговорення

Що стосується оцінки ВВП, індекс фізичного обсягу продукції сфери охорони здоров'я розраховується за допомогою індексів динаміки кількості медичного персоналу. В закладах, які надають платні послуги, у чисельнику індексу фізичного обсягу продукції зазначають їхню валову виручку. Крім цього, застосовуються обчислення з урахуванням кількості наданих послуг на додану вартість у базовий період. При відсутності таких відомостей, як показник динаміки наданих послуг сферою охорони здоров'я, використовують темпи зростання кількості зайнятих ліжок та ліжко-днів у лікарнях. В Україні індекс-дефлятор розраховують діленням валового випуску в поточних цінах на валовий випуск у зрізаних цінах (Гаврилишин Б.Д. (ред.), 2000).

Крім цього, обчислюють індекс цін дефляторів ВВП за категоріями продажу і витрат, формами власності тощо (Гаврилишин Б.Д. (ред.), 2000).

Україна з 2007 р. перейшла до складання НРОЗ, що показує рух фінансових потоків від одного учасника системи охорони здоров'я до іншого та аналітичний огляд з питань фінансування системи охорони здоров'я з відповідними міжнародними порівняннями (Осипова І.І., 2011).

Основні принципи реформування системи охорони здоров'я України виходячи із європейської інтеграції мають ґрунтуватися на сучасних загальноприйнятих стратегіях організації охорони здоров'я. До останніх віднесено: справедливість, солідарність, ефективність, продуктивність. При цьому фінансування державного бюджету за рахунок загального оподаткування має базуватися на договірних відносинах між замовниками та постачальниками послуг охорони здоров'я та на моделі охорони здоров'я, яка заснована на медичному страхуванні. Відомості про сукупний номінальний ВВП та загальні витрати на охорону здоров'я викладені в табл. 9.

Методологічні рамки НРОЗ визначаються стандартами класифікації рахунків охорони здоров'я за умови розподілу за категоріями з огляду на потреби конкретної країни (Калачова І., 2011).

**Пропозиція** — стандартизація медичної допомоги має передбачати нижченаведене:

- розробку стандартів акредитації медичних закладів шляхом розробки показників результативності діяльності й індикаторів якості;
- перегляд вимог до акредитації медичних закладів шляхом розробки критеріїв і стандартів для національної політики щодо управління якістю медичної допомоги та управління ризиками;
- збільшення акредитаційного періоду організаційного циклу до 5 років і підготовки кадрів для функціонування нової системи акредитації;
- розробку єдиної структури (програмного продукту) і єдиної термінології (класифікаторів);
- обов'язкові та додаткові критерії виконання стандартів; забезпечення членства Міністерства охорони здоров'я України у міжнародних організаціях, що надають підтримку розробникам клінічних рекомендацій, медичних стандартів і локальних протоколів — GIN, ADAPTE;
- перегляд рекомендацій щодо переліку індикаторів оцінки якості лікарень та клінічних індикаторів якості;
- реалізацію у діяльності закладів охорони здоров'я заходів щодо впровадження системи управління якістю на всіх рівнях надання медичної допомоги (процес клінічного аудиту має

стати основою діяльності медичного закладу);

- створення інформаційної системи для підтримки та моніторингу системи управління якістю медичної допомоги.

Нерозвиненість стандартів діяльності медичних закладів (Ярош Н.П., 2009) є ключовою проблемою, яка блокує проведення реформ (Проект ЄС «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні», 2009б).

Запобіжна смертність у разі раннього виявлення захворювань із подальшим лікуванням у розрахунку на 100 тис. населення серед чоловіків у 1995 р. становила 3,5, у 2006 р. — 3,4; серед жінок — 51,6 та 51,7 на 100 тис. населення відповідно (Лехан В.М. та співавт., 2010).

Запобіжна смертність серед населення віком 25–64 років в Україні при дослідженні критеріїв ефективності медичної допомоги в розрахунку на 100 тис. населення серед чоловіків у 1995 р. становила 118,9, у 2006 р. — 192,9, серед жінок — 48,9 і 49,1 відповідно (Лехан В.М. та співавт., 2010).

В Україні за даними Українського центру соціальних реформ, яким проведено широкомасштабне дослідження запобіжної смертності, встановлено, що показник смертності на 100 тис. населення серед чоловіків у 1995 р. становив 720,4, у 2006 р. — 624,0, серед жінок у 1995 р. показник становив 188,2, у 2006 р. — 167,4 на 100 тис. населення (Лехан В.М. та співавт., 2010).

За даними масового опитування в рамках міжнародного дослідного проекту HITT-CIS «Здоров'я в перехідний період: тенденції здоров'я населення і політика в сфері охорони здоров'я в країнах СНД» («Health in Times of Transition: Trends in Population Health and Health Policies in CIS Countries») за десятирічний період отримано відомості, що за цей період суттєво зменшилася частка громадян України, які постійно обмежували себе в чомусь, — майже вдвічі. Разом з тим стан здоров'я як «задовільний» оцінюють майже половина громадян України (Даниленко І.В. та співавт., 2010).

Таким чином, економічні чинники не є визначальними в самооцінці стану здоров'я, і на перший план виходить значення суспільного добробуту — як мережі соціальних зв'язків, можливості реалізації своєї громадської позиції, відчуття громадянської співучасті, добросусідства, знань і навичок в ринковому середовищі, соціального самопочуття (Воронин Г.Л., 2009).

### Висновки

В Україні на сьогодні відсутня орієнтація системи надання медичної допомоги на пацієнта, яка б враховувала та відповідала б його особистим вимогам, потребам та цінностям.

- Неопрацьований і не впроваджений механізм розробки та реалізації як на національному, так і на регіональних рівнях стратегічних планів розвитку галузі.

Невизначені обсяги, види та форми надання якісної та доступної медичної допомоги у державних і комунальних закладах охорони здоров'я, які гарантовані державним та місцевим бюджетами. Це не дозволяє ефективно використовувати ресурси, враховуючи реальні потреби населення у ПМСД спеціалізованій і високоспеціалізованій, екстреній та паліативній і хоспісній допомозі, та розробити плани оптимізації мережі закладів на рівні кожної області з обґрунтуванням потреб у інвестиціях. Існує нераціональне використання наявного кадрового потенціалу медичної галузі, матеріально технічної бази, застарілих ідей, які не дозволяють привести у відповідність до потреб пацієнтів систему охорони здоров'я.

- Необхідне створення на базі поліклінік самостійних центрів ПМСД та самостійних юридичних осіб консультативно-діагностичних центрів спеціалізованої амбулаторної допомоги.
- Надмірна кількість спеціалізованих ліжок та лікарень та відсутність їх функціональної диференціації, наявність відомчих закладів є основними причинами неефективності та нераціональності системи охорони здоров'я, очевидним індикатором відсутності структурних реформ.
- Необхідна реорганізація комунальних лікарень у комунальні некомерційні підприємства.
- Необхідне створення класичних університетських багатопрофільних лікарень.
- Необхідне на базі розвитку інформаційних технологій впровадження системи управління якістю.
- Необхідне введення показників оцінки результатів процесу та ресурсів функціонування системи охорони здоров'я. Відсутній справедливий підхід у наданні якісної медичної допомоги незалежно від соціально-економічного статусу пацієнта та його особливих характеристик.

Вкрай нерозвиненим є інститут сімейної медицини, ВМСД, паліативної і хоспісної та екстреної медичної допомоги.

Основною причиною невідповідності ПМСД реальним потребам громадян та низької ефективності спеціалізованої, високоспеціалізованої, екстреної, паліативної та хоспісної допомоги є недосконалість законодавчого і урядового забезпечення розвитку системи охорони здоров'я. Відсутнє законодавче визначення пріоритетності ПМСД. Для охоплення населення належним рівнем якості й доступності ПМСД необхідно щорічно збільшувати

Таблиця 9

Сукупний номінальний ВВП і загальні витрати на охорону здоров'я за 2003–2010 рр.

Витрати	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Сукупний номінальний ВВП (млн грн.)	267 344	345 113	441 452	544 153	720 731	948 056	913 345	1 082 569
Сукупний номінальний ВВП (млн дол. США)	50158,3	64870,9	86221,1	107753,1	142719,0	179992,4	117227,8	136419,3
Загальні витрати на охорону здоров'я (млн грн.)	18621,6	22965,9	28390,4	34888,2	45936,0	63072,7	71410,8	84744,8
Загальні витрати на охорону здоров'я (млн дол. США)	3493,7	4316,9	5545,0	6908,6	9096,2	11974,6	9165,6	10679,1

на 40% її фінансування за рахунок перерозподілу коштів сфери охорони здоров'я.

## Список використаної літератури

- Воронин Г.Л.** (2009) Объективные и субъективные показатели общественного благополучия. Социол. журн., 3: 41–54.
- Всемирная организация здравоохранения** (2000) Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2000г. Системы здравоохранения: улучшение деятельности. World Health Report, World Health Organisation, Geneva, 258 p.
- Гаврилишин Б.Д. (ред.)** (2000) Економічна енциклопедія. Академія народного господарства, Тернопіль, 1: 864.
- Даниленко І.В., Кизилова К.А., Кузіна І.І. та ін.** (2010) Основні соціальні детермінанти здоров'я населення України. Методологія, теорія та практика соціологічного аналізу сучасного суспільства, 16: 568–586.
- Калачова І.** (2009) Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2008 році. Державний комітет статистики України, 88 с.
- Калачова І.** (2011) Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2009 році. Державний комітет статистики України, 130 с.
- Калачова І.** (2012) Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2010 році. Державний комітет статистики України, 150 с.
- Князевич В.** (2010) Первинна медико-санітарно допомога/сімейна медицина. Київ, 404 с.
- Котляр А.** (2012) Перезавантаження: за межами грошових вимірів. Дзеркало тижня. Україна, 41(89).
- Лехан В.М., Слабкий Г.О., Шевченко М.В.** (2010). Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: Український вимір. Україна. Здоров'я нації. Державне управління, 1(13): 5–23.
- Міністерство фінансів України** (2011) Бюджет України за 2010 рік: Статистичний збірник. Мінфін України, Київ, 291 с.
- Міністерство фінансів України** (2012) Бюджет України за 2011 рік: Статистичний збірник. Мінфін України, Київ, 298 с.
- Осипова І.І.** (2011) Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня допустимості окремих видів медичної допомоги у 2010 році. Державний комітет статистики України, 166 с.

**Проект ЄС «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні»** (2009a) Рекомендації щодо реорганізації системи охорони здоров'я в Україні: базова проблематика і варіанти рішень. Представництво Європейської Комісії в Україні, Київ, 110с.

**Проект ЄС «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні»** (2009b) Детальний опис та характеристика госпітальних (лікарняних) інформаційних систем. Оцінка та рекомендації. Представництво Європейської Комісії в Україні, Київ, 35 с.

**Слабкий Г.А.** (2001) Построение сети стационарных медицинских учреждений, оказывающих специализированную помощь взрослому городскому населению. Медицина сегодня и завтра, 3: 141–142.

**Шамов Т.А.** (2012) Взаимоотношение этики, деонтологии, биомедицинской этики и медицинского права. Верхневолж. мед. журн., 3(10): 51–55.

**Ярош Н.П.** (2009) Порівняльний аналіз розвитку державних стандартів надання медичної допомоги в Україні та зарубіжних країнах. Здоров'я нації. Державне управління, 3(11): 62–67.

**Figueras J., McKee M., Lesson S. et al.** (2008) Системы здравоохранения, здоровье и благосостояние: оценка аргументов в пользу инвестирования системы здравоохранения, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 91 p.

**Leavitt M.** (2001) Medscape's response to the Institute of Medicine Report: Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Med. Gen. Med., 3(2): 2.

**Lekhan V., Rudy V., Shishkin S.** (2007) The Ukrainian health financing system and options for reform. A thorough analysis of the health care financing system in the Ukraine and suggestions for feasible changes. World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen, 38 p.

**World Health Organization** (2008) Emergency Medical Services in the EU: Report of an assessment project coordinated by WHO. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 9 p.

## Трансформація системи здравоохранения Украины: состояние и перспективы

**А.П. Корнийчук**

**Резюме.** Рассмотрены концептуальные требования к трансформации и развитию системы здравоохранения и современные тенденции ее функционирования в Украине. Разработан перечень объективных и субъективных показателей для оценки состояния трансформации и развития системы здравоохранения Украины и прогнозные показатели ее финансирования.

**Ключевые слова:** трансформация и развитие системы здравоохранения, объективные и субъективные показатели, прогнозные показатели финансирования.

## Health care transformation in the Ukraine: the state and prospects

**О.П. Korniychuk**

**Summary.** In this article the conceptual requirements to transformation and development of the system of health protection were examined. The list of objective and subjective indexes for the estimation of the state of transformation and development of the system of health protection Ukraine and prognosis indexes of her financing were worked out.

**Keywords:** health care transformation, health care improvement, objective and subjective indicators, prognosis financial indicators.

### Адреса для листування:

Корнийчук Олександр Петрович  
01032, Київ,  
бульв. Тараса Шевченка, 60  
Інститут демографії та соціальних  
досліджень імені М.В. Птухи НАН України  
E-mail: idss-ukraine@ukr.net

Одержано 20.06.2013

## Реферативна інформація

### Науково-практична конференція з міжнародною участю «Інфекційні хвороби: невирішені проблеми (діагностика, етіопатогенетичні особливості, лікування, профілактика)»



10 жовтня 2013 р. у Київському будинку профспілок за адресою: майдан Незалежності, 2, прохідитиме Науково-практична конференція з міжнародною участю «Інфекційні хвороби: невирішені проблеми (діагностика, етіопатогенетичні особливості, лікування, профілактика)», приурочена до щорічних «Читай пам'яті академіка Л.В. Громашевського».

#### Основні науково-практичні напрями конференції:

- Характеристика епідемічного процесу інфекційних та паразитарних хвороб в Україні
- Особливості клінічного перебігу інфекційної патології в сучасних умовах
- Персистенція збудників інфекційних хвороб та її роль у розвитку соматичних захворювань

- Патогенетичні механізми формування хронічної патології під впливом мікроорганізмів
  - Проблема етіопатогенезу, лікування та профілактики інфекційних хвороб нервової системи
  - Тенденції розвитку епідемічного процесу вірусного гепатиту В і С та ВІЛ-інфекції/СНІДу в сучасних умовах
  - Розповсюдження маркерів інфікування вірусами гепатитів В і С серед пацієнтів із хронічними захворюваннями печінки і жовчовивідних шляхів
- У рамках конференції буде видано тези доповідей. Більш детальну інформацію (технічні вимоги до тез і квитанцію на сплату за публікації тез) можна отримати на порталі: [chil.com.ua](http://chil.com.ua)

Реєстрація в режимі online на сайті [www.chil.com.ua](http://www.chil.com.ua)

#### Адреса оргкомітетів:

- «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб імені Л.В. Громашевського НАМН України», Київ, вул. Миколи Амосова, 5. Тел./факс: +38 (044) 275-37-11, e-mail: [epidemics@ukr.net](mailto:epidemics@ukr.net)
- ТОВ «Нью Віво Комунікейшн Груп», Київ, вул. Боженка, 86 Е, 4 -й під'їзд, офіс 1. Тел./факс: +38 (044) 200-17-73, e-mail: [office@newvivo.com.ua](mailto:office@newvivo.com.ua)

Прес-служба «Українського медичного часопису»