

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Тернопільський національний економічний університет
Юридичний факультет
Кафедра психології та соціальної роботи

БАРАНОВ Андрій Іванович

**Соціальне забезпечення у системі охорони здоров'я
населення/ Social providing in the system of protection
population health**

спеціальність 232 – Соціальне забезпечення
магістерська програма – Соціальне забезпечення
Магістерська робота

Виконав студент групи СЗзм-21
Баранов А.І.

Науковий керівник:
д.пс.н., професор С.К.Шандрук

Магістерську роботу допущено
до захисту:

«___» _____ 20__ р.

Завідувач кафедри
_____ **А. В. Фурман**

ТЕРНОПІЛЬ -2018

РЕЗЮМЕ

Робота містить 112 сторінок, 102 – основного тексту, 4 рисунки, список використаних джерел із 84 найменувань.

Мета роботи: охарактеризувати систему соціального забезпечення охорони здоров'я та провести критичний аналіз реформ у сфері задля визначення їхньої ефективності. **Об'єкт дослідження** – система соціального забезпечення сфери охорони здоров'я населення. **Предмет дослідження** – сфера охорони здоров'я як джерело дії соціального забезпечення даної галузі. **Методи дослідження:** теоретичні – системний підхід, історичний метод, абстрагування, узагальнення; емпіричні – описове моделювання, прогностичний метод.

Наукова новизна полягає у всебічному дослідженні системи соціального забезпечення у сфері охорони здоров'я населення, а також у наданні рекомендацій щодо реформ у сфері за умов структурних змін галузі. **Практична значущість** одержаних результатів дослідження полягає в можливості їх використання для регулювання процесів трансформації соціального забезпечення медичної сфери, що є важливим на сучасному етапі становлення України.

Ключові слова: *соціальне забезпечення, нормативно-правова база, сфера охорони здоров'я; профілактика хвороб; лікування; репродуктивне здоров'я.*

RESUME

The work contains 112 pages, 102 – main text, 4 figures, list of used sources of 84 titles.

Purpose: to describe the system of social security of health care and to conduct a critical analysis of reforms in the field in order to determine their effectiveness. **The object** of research – the system of social security of public health. **Subject** of research – healthcare as a source of social security in this field. **Methods** of research: theoretical – system approach, historical method, abstraction, generalization; empirical – descriptive modeling, prognostic method.

The scientific novelty consists in a comprehensive study of the social security system in the healthcare sector, as well as in providing recommendations for reforms in the field in the context of structural changes in the industry. **The practical significance** of the results of the study is the possibility of their use for regulating the processes of transformation of the social security of the medical sphere, which is important at the present stage of the formation of Ukraine.

Key words: *social security, normative-legal base, sphere of health protection; disease prevention; treatment; reproductive health.*

АНОТАЦІЯ

Баранов Андрій Іванович. Соціальне забезпечення у системі охорони здоров'я населення. – Рукопис.

Дослідження на здобуття освітньо-кваліфікаційного рівня магістра за спеціальністю 232 «Соціальне забезпечення». – Тернопільський національний економічний університет. Юридичний факультет. – Тернопіль, 2018.

У магістерській роботі охарактеризовано систему соціального забезпечення охорони здоров'я та проведено критичний аналіз реформ у сфері задля визначення їхньої ефективності. Зокрема, досліджено організаційно-правові засади соціальної політики у цій сфері, специфіку, особливості та пріоритетні напрямки соціального забезпечення у сфері захисту здоров'я. Також проаналізовано та показано основні напрямки реформування сфери охорони здоров'я населення.

SUMMARY

Baranov Andrii Ivanovych. Social providing in the system of protection population health. – The manuscript.

Study on obtaining an educational qualification level of a master's degree in specialty 232 «Social security». – Ternopil National Economic University. Faculty of Law. – Ternopil, 2018.

The master's work describes the system of social security of health care and conducted a critical analysis of reforms in the field in order to determine their effectiveness. In particular, the organizational and legal principles of social policy in this area, specifics, features and priority directions of social security in the field of health protection are researched. The main directions of reforming the public health sphere are also analyzed and shown.

ПЛАН

Вступ

РОЗДІЛ 1 ЗДОРОВ'Я ГРОМАДЯН ЯК ПРІОРИТЕТ РОЗВИТКУ ДЕРЖАВИ

- 1.1. Здоров'я людини як об'єкт дослідження соціальної науки і складова національної безпеки
 - 1.2. Організаційно-правові основи соціальної політики у сфері профілактики соціально небезпечних хвороб
- Висновки до розділу 1

РОЗДІЛ 2 ПРІОРИТЕТНІ НАПРЯМКИ СОЦІАЛЬНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

- 2.1. Охорона репродуктивного здоров'я як важливий вектор соціального забезпечення
 - 2.2. Особливості соціального забезпечення сфери охорони здоров'я
 - 2.3. Специфіка соціального забезпечення сфери охорони здоров'я розвинених країн світу
- Висновки до розділу 2

РОЗДІЛ 3 ГОЛОВНІ НАПРЯМКИ РЕФОРМУВАННЯ СФЕРИ

- 3.1. Перспективи співпраці держави, місцевого самоврядування та неурядових організацій у соціальному забезпеченні сфери охорони здоров'я
- 3.2. Вектор спрямування соціального забезпечення медичної сфери за умов структурного реформування галузі

Висновки до розділу 3

Висновки

Список використаної літератури

ЗМІСТ

Вступ	12
РОЗДІЛ 1	
ЗДОРОВ'Я ГРОМАДЯН	
ЯК ПРІОРИТЕТ РОЗВИТКУ ДЕРЖАВИ	
	15
1.1. Здоров'я людини як об'єкт дослідження соціальної науки і складова національної безпеки	15
1.2. Організаційно-правові основи соціальної політики у сфері профілактики соціально небезпечних хвороб	30
Висновки до розділу 1	40
РОЗДІЛ 2	
ПРІОРИТЕТНІ НАПРЯМКИ	
СОЦІАЛЬНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ	
У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ	
	41
2.1. Охорона репродуктивного здоров'я як важливий вектор соціального забезпечення	41
2.2. Особливості соціального забезпечення сфери охорони здоров'я	57
2.3. Специфіка соціального забезпечення сфери охорони здоров'я розвинених країн світу	70
Висновки до розділу 2	79
РОЗДІЛ 3	
ГОЛОВНІ НАПРЯМКИ РЕФОРМУВАННЯ СФЕРИ	
	81
3.1. Перспективи співпраці держави, місцевого самоврядування та неурядових організацій у соціальному забезпеченні сфери охорони здоров'я	81
3.2. Вектор спрямування соціального забезпечення медичної сфери за умов структурного реформування галузі	90
Висновки до розділу 3	99
Висновки	100
Список використаної літератури	103

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Українська держава на сучасному етапі розвитку вирішує низку складних соціально-економічних проблем, що загострилися внаслідок світової фінансової кризи та зволікання структурних реформ в економіці і соціальній сфері. Особливо це стосується системи охорони здоров'я, яка тривалий час залишається майже незмінною і нездатна забезпечити надання громадянам послуг високої якості. Позитивні зрушення у галузі можливі за умов оснащення лікувально-профілактичних закладів сучасним обладнанням та забезпечення медперсоналу адекватної заробітної плати, переорієнтації державного управління на вирішення системної проблеми залишкового принципу фінансування галузі. У зв'язку з цим нагальним стає стабільного соціального забезпечення, формування та запровадження нової концепції розвитку системи охорони здоров'я і приведення її у відповідність з міжнародними стандартами якості медичної допомоги, що потребує належного наукового обґрунтування і розробки дієвих механізмів соціального забезпечення цієї надважливої сфери.

Реалізація пріоритетних напрямів соціально-економічного розвитку помітно підвищила увагу до системи соціального забезпечення сфери охорони здоров'я, їх впливу на збереження та поліпшення здоров'я людей, скорочення прямих і непрямих втрат суспільства за рахунок зниження захворюваності й смертності населення. Виділення значних коштів забезпечило збільшення чисельності лікарів і середнього медичного персоналу, помітне зростання середньої заробітної плати в галузі, селективне оновлення її матеріально-технічної бази. Проте рівень якості й доступності медичних послуг, як і раніше, не задовольняє потреб основної маси населення. Принципові зміни умов функціонування галузі (перехід до

моделі обов'язкового медичного страхування, поява ринку медичних послуг) не привели поки що до системної трансформації системи управління охороною здоров'я. Тим часом соціальне забезпечення – це завжди визначальний чинник стану й результатів у будь-якій сфері життєдіяльності суспільства. По-новому впливати на процеси розвитку системи охорони здоров'я можна за допомогою змін усередині галузі, які набувають характеру, адекватного нинішнім інституційним характеристикам.

Мета роботи: охарактеризувати систему соціального забезпечення охорони здоров'я та провести критичний аналіз реформ у сфері задля визначення їхньої ефективності.

Завдання дослідження:

- 1) дослідити організаційно-правові засади соціальної політики у сфері охорони здоров'я населення;
- 2) виявити специфіку, особливості та пріоритетні напрямки соціального забезпечення у сфері захисту здоров'я;
- 3) дати критичний аналіз та виявити основні напрямки реформування сфери.

Об'єкт дослідження – система соціального забезпечення сфери охорони здоров'я населення.

Предмет дослідження – сфера охорони здоров'я як джерело дії соціального забезпечення даної галузі.

Методи дослідження: теоретичні – системний підхід, історичний метод, абстрагування, узагальнення; емпіричні – описове моделювання, прогностичний метод.

Наукова новизна полягає у всебічному дослідженні системи соціального забезпечення у сфері охорони здоров'я населення, а також у наданні рекомендацій щодо реформ у сфері за умов структурних змін галузі.

Практична значущість одержаних результатів дослідження полягає в можливості їх використання для регулювання процесів трансформації соціального забезпечення медичної сфери, що є важливим на сучасному етапі становлення України.

Структура та обсяг роботи. Робота складається із вступу, трьох розділів, висновків і списку використаних джерел. Дослідження містить 112 сторінок (102 – основного тексту), список використаних джерел із 84 найменувань, 4 рисунки.

РОЗДІЛ 1

ЗДОРОВ'Я ГРОМАДЯН

ЯК ПРІОРИТЕТ РОЗВИТКУ ДЕРЖАВИ

1.1. Здоров'я людини як об'єкт дослідження соціальної науки і складова національної безпеки

Здоров'я громадян є основною індивідуальною та соціальною цінністю будь-якої країни. Ставлення людей до свого здоров'я – це той соціокультурний феномен, що має суттєві просторово-часові відмінності. На жаль, наша історія з її нехтуванням життям окремого індивіда сформувала стереотипи нехтування підтримкою особистістю власного здоров'я. На відміну від цього західна модель домінування індивідуальності стимулювала розвиток цінностей здоров'я та відповідного ставлення до нього людини. Незважаючи на ті зміни, які відбуваються сьогодні в українському суспільстві (перш за все йдеться про процеси індивідуалізації суспільної свідомості, «приватизації» ціннісного світу особистості тощо), ставлення наших співвітчизників до свого здоров'я практично не змінилось. І хоча, за даними численних соціологічних досліджень, здоров'я займає першу (найвищу) позицію в ієрархії термінальних цінностей людей різних вікових груп, їх реальна поведінка не сприяє підтримці та поліпшенню власного здоров'я. У цьому зв'язку соціологи роблять висновок про те, що для пересічного українця, у тому числі молодого, здоров'я є лише декларованою цінністю. Особливу стурбованість у цьому контексті викликає стан здоров'я і ставлення до

нього молоді, адже від цього залежить майбутнє нашого суспільства, відтворення нових поколінь українців.

Древньогрецький філософ Платон серед усіх земних благ на перше місце ставив здоров'я. За його висловом, здоров'я існує не саме по собі, а є умовою існування ще більш значущої цінності – життя. Адже можна жити, будучи нездоровим, але не можна, будучи здоровим, не жити.

Співвітчизник Платона – філософ і вчитель усіх лікарів Гіппократ – відзначав, що здоров'я є найбільшим багатством людини, а Цицерон стверджував, що найбільше благо досягається на основі повного фізичного і психічного здоров'я. Німецький філософ А. Шопенгауер писав: «Здоров'я настільки перевищує усі інші блага життя, що воістину здоровий жебрак – щасливіший, ніж хворий король» [див. 58].

Філософський аналіз феноменів здоров'я і хвороби, в першу чергу, націлений на з'ясування їх взаємозв'язку зі сферою людської волі, з особистим вибором індивіда певного типу свого буття. Під «здоров'ям» у філософії розуміють таку форму актуалізації тілесних потенцій, що забезпечує максимум можливостей для самореалізації людини. При цьому особистісна настанова на здоров'я полягає в позиції «невідчуженої відповідальності за власне буття» [12].

Щодо соціологічного вивчення здоров'я, то воно головню стосується таких питань, як соціальна зумовленість суспільного здоров'я у системі сенсожиттєвих цінностей особистості. Підкреслимо, що за сучасних умов підвищена увага приділяється саме особистісному ставленню до здоров'я. При цьому акцент робиться на тому, що здоров'я є не тільки найважливішою термінальною цінністю людини, воно має інструментальний характер і часто постає як єдиний засіб досягнення поставлених цілей, задоволення різноманітних потреб.

З широких філософських позицій під здоров'ям індивіда розуміють значущість міри можливого здійснення людиною цілеспрямованих та

усвідомлених дій без погіршення свого фізичного й духовного стану, без втрат в адаптації до життєвого середовища. Здоров'я соціуму (громади) як цінність – це значущість для суспільства ступеня реалізації життєвих можливостей його членів.

Серед класиків соціологічної думки найбільш вагомий внесок у соціологічну інтерпретацію концепту здоров'я зробив Т. Парсонс, який розглядав здоров'я, перш за все, як цінний соціальний капітал, важливий ресурс для індивідуальних досягнень і стабільного функціонування суспільства. Хоча поганий стан здоров'я не завжди є соціальним за походженням, Парсонс намагався довести, що у хворобі будь-якого типу може бути присутній психологічний чинник, що вона може бути вмотивованою. Саме це твердження привело його до визначення хвороби як відхилення від норми.

«В.Ф. Москаленко, посилаючись на наукові праці І.С. Ларіонова, Ю.П. Лісіцина, В.М. Медика та В.К. Юрьєва, стверджує, що здоров'я має інтегративний характер. Проте в ньому можна розглядати як окремі взаємопов'язані складові фізичне (біологічне), духовне (психічне) і соціальне здоров'я. За фізичними параметрами здоров'я є значенням біологічних (соматичних) показників стану людини та її життєдіяльності. Вітальні характеристики здоров'я розкривають значення його біопсихосоціальних показників, але на індивідуальному рівні, без включення людини в систему суспільних відносин. Духовне здоров'я як цінність фіксує параметри ідеальних феноменів, які дозволяють людині бути повноправним членом суспільства. Здоров'я як соціальна цінність показує значення соціальних зв'язків, місця і ролі людини у вирішенні соціальних завдань, ступеня реалізації нею громадських інтересів, що забезпечує їй достатній рівень соціальної адаптованості» [29].

Здоров'я як поняття належить до складної біологічної, соціальної та філософської категорії і може характеризуватися безліччю складових,

споріднених з такими поняттями, як життя людини та науково-технічний прогрес у всій його багатогранності.

За умов сьогодення стан здоров'я людини, як правило, оцінюють за наступними критеріями: відсутність хвороб; нормальна робота організму; психічне, фізичне і соціальне благополуччя; здатність повноцінно працювати; прагнення до творчості; здатність пристосовуватися до змін навколишнього середовища.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначає здоров'я як стан повного фізичного, духовного й соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних вад. При цьому істотною умовою здоров'я названо здатність людини до гармонійного життя в постійно мінливому оточенні [див. 8].

Комплексний аналіз літературних джерел за темою дослідження дає підстави стверджувати, що поняття «здоров'я» є багатofакторним, складним і динамічним явищем, яке у філософській, соціально-економічній, психологічній та медичній літературі тлумачиться з різних методологічних позицій. Досить широкий перелік навіть тих термінів, які найчастіше (здоров'я населення, популяції, колективу, людини, особистості, сім'ї, світу тощо) використовувалися і використовуються вітчизняними та зарубіжними авторами в різні історичні епохи – від Гіппократа до наших днів.

Завдання ускладнюється ще й необхідністю багаторівневої оцінки здоров'я. Учні пропонують виділити три взаємопов'язаних рівні здоров'я, що потребують неоднозначного методичного підходу, – суспільний (популяційний), груповий та індивідуальний [8; 22; 25; 30; 41; 44; 54; 66].

«Слід зауважити, що на розуміння поняття «здоров'я» як медико-біологічного та громадсько-політичного феномену чітко вказував ще О.П. Доброславін. Він, зокрема, підкреслював, що в медичному розумінні здоров'ям вважають фізіологічний стан організму, в якому всі функції

здійснюються, не відступаючи від норм. Під суспільним здоров'ям, на його думку, слід розуміти стан найбільшої здатності до праці, який відповідає сумі сил людини. Саме О.П. Доброславін уперше вказав на обмежені можливості медицини щодо здійснення санітарно-оздоровчих заходів, постійно підкреслюючи державний характер останніх і звідси, в основному, державну, а не медичну природу охорони здоров'я як системи щодо організації, розробки та реалізації заходів, спрямованих на збереження та зміцнення суспільного й особистого здоров'я. О.П. Доброславін справедливо вважав, що головним завданням охорони здоров'я є вивчення законів стійкості фізіологічної рівноваги в організмі при різних умовах суспільної діяльності та вивчення найвірогідніших умов збереження і розвитку виробничих сил організму» [33].

Ще у 1991 році, з метою вироблення єдиного тлумачення поняття «здоров'я», було проведено структурно-семантичний аналіз його 79 визначень, у результаті чого отримані такі тлумачення [21]:

Здоров'я – це морфологічна, функціональна, інформаційна, енергетична цілісність системи.

Здоров'я – це збереження і підтримання генетично спричинених і набутих у процесі розвитку властивостей системи.

Здоров'я – це оптимальне функціонування системи, тобто можливість виконання функцій, необхідних для життєдіяльності системи з максимальним ефектом при мінімальних затратах.

Здоров'я – це збалансування елементів, підсистем між собою, всередині системи і цілісної системи з середовищем перебування (адекватна саморегуляція і підтримка гомеостазу).

Здоров'я – це відсутність дефектів, патологічних станів, ушкоджень у системі, які порушують життєдіяльність або перешкоджають її розвитку.

Наведені вище визначення перекривають понад 88% змістової інформації проаналізованих тлумачень поняття «здоров'я».

«У контексті викладеного вагомими є і аргументи професора П.І. Мельниченка про те, що здоров'я – атрибут людини як біосоціальної системи, що відображає стан її елементів: структури, функції, адаптації, за допомогою яких здійснюються якісно-кількісні співвідношення в системі «людина – середовище» і завдяки яким забезпечується існування людини в одній із фаз адаптогенези: адаптації, адаптованості (стійкості рівноваги), дезадаптації» [78].

На думку українських вчених, найбільш доцільним є такий підхід до визначення поняття «здоров'я», при якому враховуються різні цілі.

За одним із визначень ВООЗ (1993 р.), здоров'я розглядається як високий потенціал фізичної, психічної і розумової здатності людини, як стан повного соціального благополуччя. Таке тлумачення поняття «здоров'я» останнім часом доповнилося розумінням того, що життя має бути не тільки тривалим, але й якісним. Зрозуміло, що забезпечення якісного і тривалого життя, умов його збереження, розвитку і соціальної реалізації не може бути функцією тільки галузі охорони здоров'я, але є функцією держави, завданням її соціальної політики й умов сталого людського розвитку.

Загально-філософський (норма для живого):

інтервал, у межах якого кількісні коливання біологічних процесів здатні римувати живу систему на рівні функціонального оптимуму

Здоров'я індивіда:

а) теоретичний підхід (ідеал): стан повного соціального, біологічного та психічного благополуччя, коли функції всіх органів і систем урівноважені з навколишнім середовищем, відсутні захворювання, хворобливі стани та фізичні дефекти;

б) практичний підхід: стан організму, коли він здатний повноцінно виконувати свої функції.

Необхідність використання арсеналу науки для кількісного вираження здоров'я може бути подана у вигляді потужності та кількості.

Потужність характеризує стан структури, функції та адаптаційні резерви у даний момент часу. Це потенціал можливостей людини та популяції щодо реалізації процесу життя за певного стану чи кількості в момент його виміру. Для визначення потужності здоров'я використовують різні показники. Насамперед медико-діагностичні, які характеризують стан серцево-судинної, дихальної, видільної, ендокринної та інших систем. Великі можливості щодо оцінки потужності здоров'я, особливо суспільного, мають медико-статистичні показники – фізичний розвиток, захворюваність, летальність, працевтрати.

Сукупний розгляд медико-статистичних і медико-діагностичних показників дає змогу реально характеризувати фізичний стан, нервово-психічний та імунний статус, вітамінну забезпеченість індивіда і популяцій, визначити ступінь передморбідного (стан перед розвитком хвороби) стану, ідентифікувати «фактори ризику» довкілля. Для кількісної характеристики отриманих показників доцільно буде використати величини стандартних відхилень і побудову відповідних шкал.

Кількість здоров'я являє собою загальний його запас упродовж життя, детермінований генетичними і соціальними чинниками. Його доцільно визначати не тільки біологічними, але й соціальними показниками, в які саме й інтегруються всі позитивні та негативні складові його величини. Такими показниками є середня тривалість життя, інтеграл працездатності за життя, самопочуття тощо.

За всіх труднощів запропонованих варіантів можливого визначення потужності й кількості здоров'я це визначення відкриває шлях до об'єктивної оцінки зусиль суспільства, яких воно докладає для створення

громадянам держави нормальних умов проживання, мірилом чого в кінцевому результаті завжди буде здоров'я.

В сучасній світовій практиці формується нова філософія здоров'я, побудована на визнанні багатоаспектної цінності здоров'я та його пріоритету в низці найважливіших потреб людини і суспільства. Формування здоров'я населення і медичних потреб відбувається під впливом різних чинників [57, с. 19–20]:

демографічних (чисельність, статевовікова структура, рівень міграції населення, народжуваність, загальна і дитяча смертність та ін.);

соціально-економічних (особливості економічного розвитку територій, характер і рівень розвитку виробництва, система розселення, густота населення, стан шляхів, транспорту, зв'язку);

клімато-географічних (географічні та кліматичні характеристики, регіональні особливості, що впливають на характер захворюваності населення, доступність медичної допомоги тощо);

соціально-медичних (рівень і структура захворюваності населення, рівень розвитку медичної допомоги, ресурсне забезпечення закладів охорони здоров'я);

соціально-культурних (житлово-побутові умови, матеріальний рівень життя населення, рівень розвитку соціальних служб, сімейний стан, чисельність і склад сім'ї, національні традиції, рівень культури, освіти, санітарно-гігієнічної освіченості населення).

Протягом багатовікової історії людства на різних етапах розвитку суспільства представники різних наук та фахів досліджували таємниці феномену здоров'я, вивчали його сутність з метою вмілого та економного його використання впродовж усього життя, пошуку засобів для його збереження.

«Не можна не погодитися з думкою Р.В. Богатирьової, яка, посилаючись на наукові праці А.М. Нагорної, стверджує наступне.

Сьогодні здоров'я вже не розглядається як суто медична проблема. Формується переконання в тому, що комплекс медичних питань становить лише незначну частину феномену здоров'я. Узагальнені підсумки досліджень залежності здоров'я людини від різних чинників переконують, що стан системи охорони здоров'я зумовлює в середньому лише близько 10% всього комплексу впливів. Відомою є формула (або модель) обумовленості здоров'я (50–55% – вплив факторів способу життя, 20–25% – стану навколишнього середовища, 15–20% – генетичних факторів і 8–10% – стан служб охорони здоров'я), яка за критерій оцінки мала первинну загальну захворюваність населення та його груп (популяційний рівень). Інакше кажучи, власне медичний аспект не є головним серед різноманітності впливів на здоров'я людини, а отже, медичне визначення здоров'я як відсутність хвороби не відповідає реаліям і потребам життя. Очевидно, що здоров'я людини є складним феноменом глобального значення, котрий може розглядатися як філософська, соціальна, економічна, біологічна, медична категорії, як об'єкт споживання, інвестування капіталу та індивідуальна й суспільна цінність, явище системного характеру, динамічне, що постійно взаємодіє з навколишнім середовищем, яке, у свою чергу, постійно змінюється» [84].

Відомі українські фахівці в галузі державного управління розглядають національну безпеку як сукупність взаємопов'язаних елементів, різнорідних за функціональними сферами, важливими складовими якої є політична, економічна, екологічна, технологічна, воєнна та інформаційна безпека.

У Національному інституті стратегічних досліджень до названого вище переліку компонентів національної безпеки включають і людську (демографічну) безпеку.

Такий підхід є абсолютно виправданим. Адже тільки здорова нація, з одного боку, спроможна забезпечити належний рівень політичної,

економічної, екологічної, технологічної, воєнної та інформаційної безпеки, а з другого – хвора нація не може відтворювати себе у здорових поколіннях. Виконання основного стратегічного завдання діяльності системи охорони здоров'я України – збереження та зміцнення здоров'я громадян держави – неможливе без знання основних характеристик, тенденцій та закономірностей стану здоров'я українського народу. А рівень здоров'я громадян нашої держави є інтегральним (узагальненим) показником соціальної політики та державного управління в цілому.

Модель управління та соціального забезпечення системи охорони здоров'я населення, де враховано основні суб'єкти здоров'я, їх функції та точки докладання зусиль, що спрямовані на зміцнення здоров'я, на підставі аналізу всебічної інформації про індивідуальне здоров'я громадян, яку пропонують науковці, подано на рис. 1.1. Вирішення проблеми зміцнення здоров'я мешканців може бути досягнуто за рахунок синтезу персонального вибору людини на користь власного здоров'я й соціальної відповідальності всіх комунальних структур міста за створення умов, які сприятимуть такому вибору людини та забезпечуватимуть можливості його реалізації у повсякденному житті [50].

Загадка психічного здоров'я та його розладу є таємницею, яку люди намагаються збагнути впродовж багатьох тисячоліть. Як дитину лякає темна кімната, населена її фантазіями, так і дорослу людину відлякує все непізнане й непередбачуване. Ймовірно, саме тому в суспільстві існує безліч соціальних стигм у вигляді міфів, забобонів і домислів, що стосуються людей із душевними розладами. Це відбувається тому, що все незрозуміле людина намагається певним чином пояснити. І, не знаючи до кінця природи захворювання, не розуміючи істинних причин неадекватної поведінки психічно хворих людей, складно, а іноді неможливо, здоровій людині та суспільству в цілому правильно побудувати систему стосунків і модель поведінки з ними.

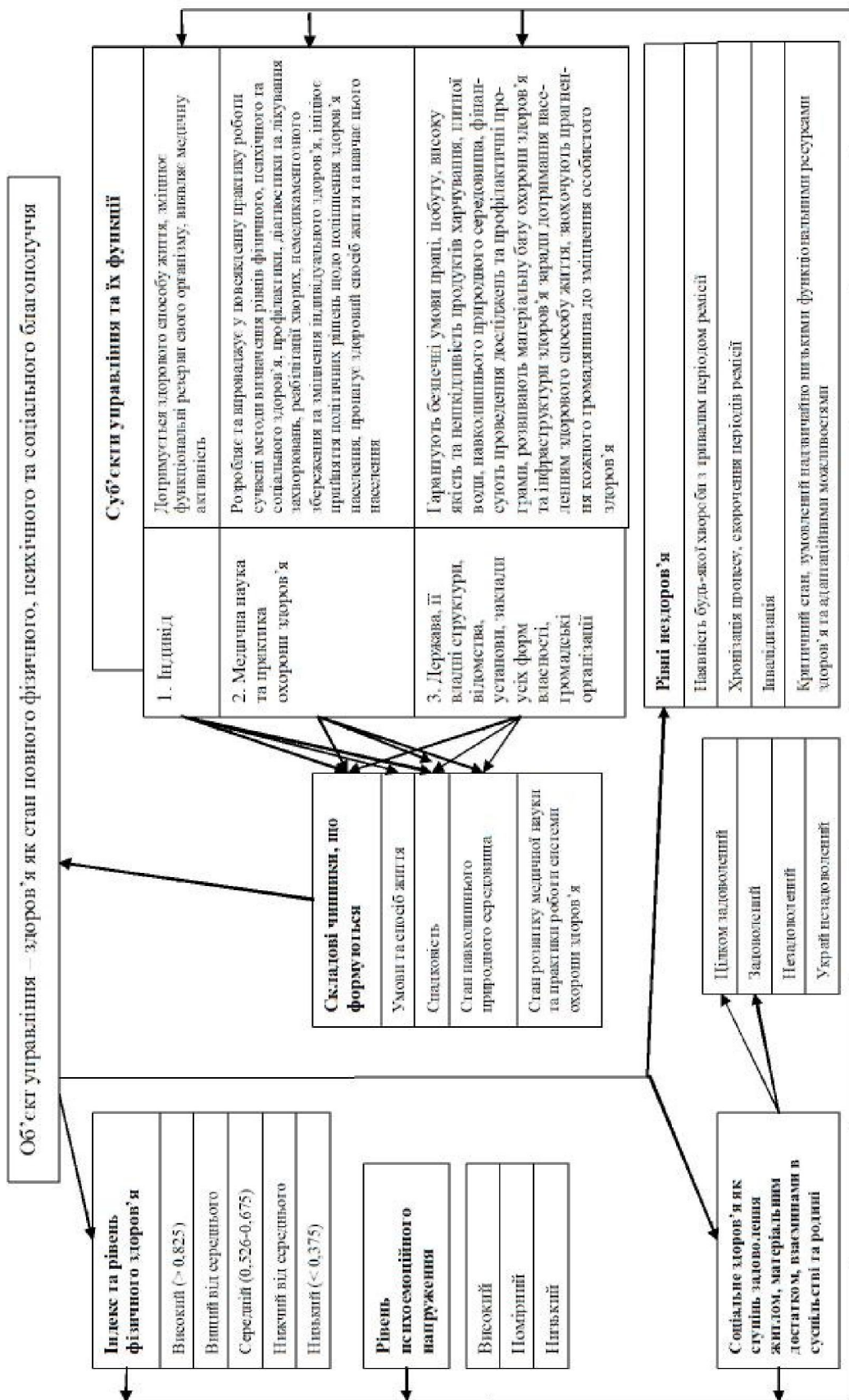


Рис. 1.1. Схема управління та соціального забезпечення системою охорони здоров'я

«На сучасному етапі розвитку суспільства охорона психічного здоров'я є одним із пріоритетних напрямів. Навіть поняття «здоров'я», про що йшлося вище, ВООЗ визначається як «стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не тільки відсутності хвороб або фізичних дефектів». Це свідчить про нерозривність фізичного і психічного здоров'я, дозволяє розглядати соціальний, біологічний, психічний та фізичний рівні життя й адаптації людини як надзвичайно складну біопсихосоціосистему» [18, с. 82].

В ієрархії загальнолюдських цінностей психічне здоров'я посідає провідне місце, забезпечуючи потенціал нації і конкретної людини. Нині в нашій країні, як і в усьому світі, відбувається процес активного переусвідомлення пріоритетів і цінностей у сфері психічного здоров'я. Змінюється сутність психіатрії, на перший план виходить необхідність об'єктивної оцінки таких чинників, як особистість пацієнта, його світоглядні позиції і настанови, релігійні погляди, соціокультурні особливості життєвого укладу, рівень соціальної адаптації. Саме тому на сучасному етапі розвитку суспільства охорона психічного здоров'я є одним із пріоритетних напрямів державної політики України в галузі охорони здоров'я.

«У контексті викладеного вище, цілком поділяючи думку, що «...психічне здоров'я людини характеризується наявністю в її психіці активних і пасивних патернів, що постійно генерують позитивний психоенергетичний потенціал, який забезпечує усвідомлене позитивне сприйняття навколишнього світу, гармонію з ним і собою...», можна стверджувати, що психічне здоров'я окремих громадян і соціальних груп суттєво впливає на стан національної безпеки. Високий рівень психічного здоров'я населення є важливим чинником соціальної єдності, про-

дуктивності праці, суспільного спокою, що сприяє зростанню благополуччя та економічного розвитку суспільства» [4, с. 271].

Якість психічної адаптації людини і різних верств населення корелює з соціальними умовами життя, тому особливості психічного функціонування окремої особи і населення загалом не можуть розглядатись у відриві від соціально-економічної ситуації, що склалася в країні.

Сучасний етап розвитку України, як і світу в цілому, характеризується надзвичайно високим рівнем зростання кількості непсихотичних розладів, у тому числі депресій, неврозів. Спадковість є важливим чинником виникнення розладів психіки.

«Комплексний аналіз літературних джерел за темою дослідження дає підстави стверджувати, що психічне здоров'я є загальною для всіх країн світу проблемою, тому що більш ніж у 25% населення земної кулі у певний момент життя розвивається один або кілька психічних розладів. За оцінками ВООЗ, на планеті налічується близько 450 млн осіб із розладами психіки та поведінки. Близько половини всіх психічних розладів починається у 14 років» [24, с. 72].

Старіння населення зумовлює значне поширення психічних захворювань. На самому початку XXI ст. кількість психічно хворих в Україні становила 1,2 млн осіб. Крім того, зареєстровано близько 700 тис. пацієнтів з алкогольною та близько 70 тис. осіб з наркотичною залежністю. З 2001 р. показник рівня психіатричної захворюваності в Україні поступово знижувався з 252,9 на 100 тис. населення до 230,9 у 2006 р. із щорічним від'ємним темпом росту в 2,8%. У 2007 та 2008 рр. спостерігалось зростання показника зареєстрованої захворюваності до 242,3 і 249,2 на 100 тис. населення відповідно, а в 2009 та 2010 рр. цей показник знову знизився до 232,4 та 234,6 відповідно.

У цілому динаміка показників захворювань на розлади психіки збігається за своїми найвищими відмітками з несприятливими політичними та економічними процесами, що відбувалися в Україні і залишили свій відбиток на стані психічного здоров'я населення. Разом з тим аналіз статистичних даних показує, що при скороченні загальної кількості захворювань на психічні розлади кількість осіб з таким діагнозом зростає, що свідчить про погіршення стану психічного здоров'я населення. Поширеність цього захворювання досягла 2,6% усього населення України, допомоги лікаря-психіатра потребує 1,17 млн осіб [27].

Аналіз поширеності психічних і поведінкових розладів свідчить про те, що на кінець 2010 р. в психіатричних закладах України під диспансерним та консультативним спостереженням перебувало 1168717 осіб з різними формами цієї патології. За 10-річний період показник поширеності розладів психіки та поведінки поступово збільшився на 4,2% (з 2449,2 на 100 тис. населення у 2001 р. до 2552,8 – у 2010 р.) [27].

І хоча поширеність психічних розладів в Україні в 10 разів менша від країн Західної Європи, це не означає, що наші громадяни менше хворіють на розлади психіки. Проблема полягає в тому, що переважна частина населення не вважає психічні розлади таким станом, який потребує медичного втручання, і намагається справлятися з ними самотужки. Існує хибна думка, що медична допомога лікаря необхідна лише в стані стійкої ремісії психічного розладу.

Наявні дані про стан психічного здоров'я населення України свідчать про необхідність посилення уваги до організації та ефективної діяльності не тільки цієї служби, а й спрямування всіх суспільних інститутів на подолання хвороб, які пов'язані із втратою душевної рівноваги, психічними розладами та депресивними станами як окремої особи, так і населення в цілому.

У структурі зареєстрованої захворюваності переважають психічні розлади непсихотичного характеру, які складають 74,3% (або 17,4 на 100 тис. населення) від загальної кількості зареєстрованих розладів психіки та поведінки, розлади психотичного характеру – 17,5% (40,9), розумова відсталість – 8,2% (19,2) [77].

Психічні розлади завдають суттєвих економічних збитків суспільству, які зумовлені непрацездатністю та соціальною дезадаптацією хворих та їхніх родичів, суїцидальною та соціально небезпечною поведінкою цього контингенту осіб, суттєвим погіршенням якості життя самих хворих та їхніх близьких.

Основними напрямками покращення ситуації у сфері психічного здоров'я є:

необхідність розробки державної стратегії в галузі психічного здоров'я, яка визначає проблеми профілактики психіатричних та поведінкових розладів пріоритетами держави та забезпечує участь усього суспільства та міжвідомчу взаємодію у вирішенні цієї складної проблеми;

проведення структурної реформи галузі, спрямованої на відтворення мережі стаціонарзамінних форм допомоги при поступовому зменшенні потенціалу стаціонарної допомоги (така модель має назву «збалансованої» соціально орієнтованої допомоги та рекомендується для впровадження Всесвітньою психіатричною асоціацією).

1.2. Організаційно-правові основи соціальної політики у сфері профілактики соціально небезпечних хвороб

Соціальна політика у сфері профілактики соціально небезпечних хвороб поширюється на всі сфери життєдіяльності українського суспільства – виробничу, соціальну, політичну, духовну – та регулює відносини між суспільством, колективом, громадою, окремим громадянином у кожній із цих сфер та зонах їх взаємодії, що стосується цієї сфери.

Про посилення державницької уваги до проблем управління у сфері профілактики соціально небезпечних хвороб свідчить те, що Президент України визначає профілактику цих хвороб як державний пріоритет, що потребує зосередження уваги органів виконавчої влади всіх рівнів на заходах протидії ВІЛ/СНІДу та туберкульозу.

Із самого початку виникнення епідемій соціально небезпечних хвороб в Україні провідну роль щодо формування системи державного управління відігравали інституції Президента України та Кабінету Міністрів України. І це є цілком зрозумілим, адже Президент України, відповідно до ст. 106 Конституції України, формує основні засади державної політики у сфері профілактики соціально небезпечних хвороб, використовуючи такі інструменти:

звертається з посланням до народу та із щорічними і позачерговими посланнями до ВРУ про внутрішнє і зовнішнє становище України;

утворює, реорганізує та ліквідує за поданням Прем'єр-міністра України, міністерства та інші центральні органи виконавчої влади;

очолює Раду національної безпеки і оборони України;

створює консультативні, дорадчі та інші допоміжні органи та служби;

підписує закони, що регулюють вплив держави на сферу охорони здоров'я.

Рада національної безпеки і оборони України, керуючись чинним законодавством, має також певні загальні повноваження, які дозволяють їй здійснювати державно-управлінську діяльність у сфері профілактики соціально небезпечних хвороб, а саме:

координує і контролює діяльність органів виконавчої влади у сфері національної безпеки і оборони;

координує та контролює діяльність органів виконавчої влади з організації захисту населення та забезпеченню його життєдіяльності, охороні життя, здоров'я та при виникненні кризових ситуацій, що загрожують національній безпеці України.

Національна рада з питань охорони здоров'я населення як консультативно-дорадчий орган при Президентові України створена з метою сприяння формуванню та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я населення. Одним із завдань діяльності ради є розробка та внесення пропозицій щодо підготовки та ефективної реалізації заходів, спрямованих на боротьбу з соціально небезпечними хворобами.

Комітет Верховної Ради України з питань охорони здоров'я готує та вносить на розгляд парламенту відповідні законопроекти, ініціює проведення слухань з питань соціально небезпечних хвороб. Так, ще у 2003 р. за ініціативою Комітету були проведені парламентські слухання на тему «Соціально-економічні проблеми ВІЛ/СНІДу, наркоманії та алкоголізму в Україні та шляхи їх розв'язання». У 2012 р. за ініціативою Комітету було розроблено та прийнято Закон України «Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки».

Верховна Рада України відповідно до ст. 85 Конституції України уповноважена виконувати діяльність щодо прийняття необхідних законів; затвердження Державного бюджету України та внесення змін до нього; контролю за його виконанням; затвердження загальнодержавних програм з питань соціального розвитку.

Національна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу утворена згідно з постановою Кабінету Міністрів України від 11 липня 2007 р. № 926 як консультативно-дорадчий орган при Кабінеті Міністрів України.

Основними завданнями, покладеними на Національну раду, є:

підготовка пропозицій щодо визначення пріоритетів та забезпечення реалізації державної політики з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу, консолідованого використання коштів, передбачених у державному та місцевих бюджетах, коштів міжнародних та громадських організацій, призначених для фінансування програм і заходів з протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/ СНІДу, з метою їх раціонального та ефективного витрачання;

сприяння узгодженій діяльності міністерств, інших центральних і місцевих органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, міжнародних та громадських організацій, у тому числі тих, що об'єднують людей, які живуть з туберкульозом та ВІЛ-інфекцією/СНІДом, представників бізнесових кіл, об'єднань профспілок і роботодавців та релігійних організацій з метою реалізації на державному рівні проектів з протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу;

проведення моніторингу виконання програм та здійснення заходів з протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу;

участь у розробленні проектів нормативно-правових актів, програм та заходів з протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу;

інформування Кабінету Міністрів України та громадськості про результати здійснення заходів з протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Основною метою діяльності Українського фонду боротьби з ВІЛ-інфекцією і СНІДом як державної спеціалізованої неприбуткової організації визначено сприяння залученню та цільовому використанню позабюджетних міжнародних коштів для реалізації програм із запобігання захворюванню населення на ВІЛ-інфекцію і СНІД.

Центральний рівень управління у сфері профілактики соціально небезпечних хвороб представлений також МОЗ України – спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади, на який законодавцем покладено функції щодо:

формування та забезпечення реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я;

формування державної політики у сферах санітарного та епідемічного благополуччя населення, створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів, медичних імунобіологічних препаратів і медичних виробів, протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним захворюванням.

Міністерство реалізує свої функції з державного регулювання у сфері профілактики соціально небезпечних хвороб через діяльність відповідних структурних підрозділів: Державна санітарно-епідеміологічна служба України, Державна служба України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань і Державна служба України з лікарських засобів.

Державна санітарно-епідеміологічна служба України є центральним органом виконавчої влади, основними завданнями якого є внесення пропозицій щодо формування державної політики у сфері санітарного та

епідемічного благополуччя населення; реалізація державної політики у сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення.

В рамках реалізації адміністративної реформи в Україні (Указ Президента України № 1085/2010 «Про оптимізацію системи центральних органів виконавчої влади») була створена Державна служба України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним захворюванням (Держслужба України соцзахворювань) як центральний орган виконавчої влади, який реалізує державну політику у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним захворюванням. Функції з реалізації державної політики у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним захворюванням, які раніше належали Комітету з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам, перейшли до повноважень Держслужби України соцзахворювань (відповідно до Указу Президента України від 8 квітня 2011 р. № 441 «Питання Державної служби України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним захворюванням»).

Основними завданнями Держслужби України соцзахворювань є:

– внесення пропозицій щодо формування державної політики у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним захворюванням;

– реалізація державної політики у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним захворюванням.

У своїй структурі Держслужба України соцзахворювань має профільні управління: управління протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та управління протидії туберкульозу. У кожному з них сформовано по два відділи: відділ супроводу програм і заходів та відділ організації медико-соціальної допомоги.

Провідною установою центрального рівня з реалізації державної політики у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу є також державний заклад Український центр профілактики та боротьби зі СНІДом, який підпорядковується МОЗ України та фінансується за рахунок коштів державного бюджету. Відповідно до свого положення Центр виконує такі функції управління:

- розробка заходів і підготовка інформації та рекомендацій щодо запобігання розповсюдженню на території України епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу;

- моніторинг та оцінка виконання програмних заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу;

- участь у розробці нормативно-правових актів щодо удосконалення законодавства у сфері запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/ СНІДу та інших соціально небезпечних хвороб, зокрема щодо його приведення у відповідність з міжнародними стандартами;

- участь у розробці, реалізації та координації державної політики у сфері організації надання спеціалізованої лікувально-профілактичної, діагностичної, консультативної допомоги ВІЛ-інфікованим і хворим на СНІД;

- підготовка пропозицій з питань організаційно-методичного керівництва, розробка інноваційних підходів в управлінні діяльністю закладів охорони здоров'я щодо надання спеціалізованої лікувально-профілактичної допомоги ВІЛ-інфікованим і хворим на СНІД;

- підготовка пропозицій з питань, пов'язаних з профілактикою ВІЛ-інфікування, діагностикою та лікуванням ВІЛ-інфікованих, для прийняття відповідних рішень Міністерством охорони здоров'я України.

У 2009 р. при Українському центрі профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України як структурний підрозділ розпочав свою роботу Центр моніторингу та оцінки програмних заходів (наказ МОЗ України від

9 квітня 2009 р. № 236 «Про створення Українського центру моніторингу та оцінки виконання програмних заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу при Українському центрі профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України»). Відповідно до наказу МОЗ України від 25 жовтня 2011 р. № 182-0 Центр став державною установою з новим статутом.

Державний заклад «Всеукраїнський центр контролю за туберкульозом МОЗ України» функціонує відповідно до статуту, затвердженого Міністерством охорони здоров'я України (наказ МОЗ від 14 липня 2011 р. № 140-0).

Діяльність Центру спрямована на координацію роботи протитуберкульозної служби та загальної лікувальної мережі, громадських та міжнародних організацій при впровадженні заходів контролю за туберкульозом; створення національного комп'ютерного реєстру хворих на туберкульоз; на організацію консультативно-діагностичної та лікувально-профілактичної допомоги хворим на туберкульоз; організацію інфекційного контролю в протитуберкульозних закладах; навчання медичного персоналу; організацію санітарно-просвітницької роботи щодо профілактики туберкульозу; проведення епідемічного моніторингу за туберкульозом у країні.

До обласного (територіального, міського) рівня управління у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу належать такі суб'єкти: управління охорони здоров'я територіального органу державного управління у сфері охорони здоров'я (управління та відділи охорони здоров'я обласних державних адміністрацій) та спеціалізовані лікувально-профілактичні заклади – центри профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІДом. Сьогодні обласні центри профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІДом функціонують на всіх 27 адміністративних територіях.

Крім того, до мережі спеціалізованих лікувально-профілактичних та лікувально-діагностичних закладів входять обласні (міські) СЕС, кабінети

довіри як структурний підрозділ територіальних поліклінік, спеціальні лабораторії діагностики СНІДу, спеціалізовані стаціонарні відділення для ВІЛ-інфікованих, кабінети інфекційних захворювань в амбулаторно-поліклінічних установах.

Відповідно до Указу Президента України додатково можуть створюватись і міські центри, якщо на відповідній території обслуговування мешкає понад 500 і більше хворих на ВІЛ/СНІД. Обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом підпорядковується обласному управлінню охорони здоров'я та фінансується за рахунок коштів обласного бюджету.

Наочно структурно-функціональний зміст діяльності державних інституцій, які становлять підсистему управління у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу на обласному рівні. Обласна (міська) координаційна рада з питань запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/ СНІДу як консультативно-дорадчий орган при обласній державній адміністрації (при органах місцевого самоврядування). Здійснює функції регіонального координатора міжгалузевої та міжсекторальної співпраці з питань профілактики ВІЛ/СНІДу.

До районного рівня управління у сфері профілактики ВІЛ/ СНІДу належить відділ охорони здоров'я райдержадміністрації, який є структурним підрозділом райдержадміністрації. Згідно з постановою КМУ від 28 листопада 2007 р. № 1364 «Про затвердження Типового положення про відділ охорони здоров'я районної державної адміністрації» відділ утворюється головою райдержадміністрації, є підзвітний та підконтрольний голові райдержадміністрації та управлінню (Головному управлінню) охорони здоров'я Обласної державної адміністрації.

Однією із функцій районного відділу охорони здоров'я є сприяння та підтримка санітарно-епідемічного благополуччя населення району.

Інституції, що безпосередньо виконують завдання з реалізації заходів профілактики ВІЛ/СНІДу на районному рівні, представлені єдиним лікувально-профілактичним закладом – центральною районною лікарнею.

До функцій центральної районної лікарні зараховано координацію роботи з питань профілактики, діагностики та лікування хворих на ВІЛ/СНІД. Реалізацію основних завдань щодо виконання зазначених функцій на районному рівні здійснює лікар-інфекціоніст (районний інфекціоніст), який проводить прийом у кабінеті інфекційних захворювань ЦРЛ. У великих районах може функціонувати районний кабінет довіри, який відкривається на базі ЦРЛ за рішенням територіального органу влади (районної ради).

В Україні соціальне забезпечення заходів протидії соціально небезпечним хворобам здійснюється на основі чинного законодавства та шляхом реалізації загальнодержавних програм (Загальнодержавна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 рр. Національна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004-2008 рр. Загальнодержавна програма протидії захворюванню на туберкульоз на 2007-2011 рр. Програма профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2001-2003 рр. Національна програма боротьби із захворюванням на туберкульоз на 2002-2005 рр. Програма профілактики СНІДу та наркоманії на 1999-2000 рр. Національна програма профілактики СНІДу на 1995-1997 рр. Національна програма профілактики СНІДу в Україні на 1992-1994 рр. У 2012 році МОЗ України підготовлений та погоджений проект Концепції загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз в Україні на 2012–2016 рр.).

Основу нормативно-правового регулювання проблем профілактики соціально небезпечних хвороб складають укази Президента України,

закони України, постанови Уряду та накази Міністерства охорони здоров'я України, серед яких найбільш значущими є:

Указ Президента України «Про вдосконалення державного управління у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу в Україні» (із змінами, внесеними згідно з Указом Президента № 46/2007 від 26 січня 2007 р.);

Указ Президента України «Про невідкладні заходи щодо запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу» від 1 листопада 2000 р. № 1182/2000;

Указ Президента України «Про додаткові заходи щодо посилення боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом» від 28 серпня 2001 р. № 741/2001;

Закон України « Про виконання програм Глобального фонду для боротьби із СНІДом, туберкульозом та малярією в Україні»;

Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ»;

Закон України « Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009– 2013 роки».

Вищезазначене вказує на те, що в Україні питання протидії соціально небезпечним хворобам є одним із пріоритетів соціальної політики у сфері охорони здоров'я і соціального розвитку. Адже епідемія соціально небезпечних хвороб поступово зменшує свої масштаби в Україні. За останнє десятиліття значно зросла роль держави як лідера у подоланні епідемії, зокрема за рахунок розширення ресурсів, спрямованих на подолання епідемії СНІДу та туберкульозу в Україні, а також за рахунок розпочатого реформування системи закладів охорони здоров'я на національному рівні задля успіху в цій боротьбі. Також вдалося досягти уповільнення темпів поширення ВІЛ-інфекції та туберкульозу серед населення країни; досягнуто успіху в залученні донорських коштів для бо-

ротьби з епідеміями двох соціально небезпечних хвороб – СНІДу і туберкульозу. В Україні набув активного розвитку неурядовий сектор з надання послуг уразливим верствам населення, а громадянське суспільство стало більш згуртованим для відповіді на подвійну епідемію.

Висновки до розділу 1

Здоров'я громадян завжди було важливим напрямком піклування держави. З широких позицій під здоров'ям індивіда розуміють значущість міри можливого здійснення людиною цілеспрямованих та усвідомлених дій без погіршення свого фізичного й духовного стану, без втрат в адаптації до життєвого середовища. Здоров'я соціуму (громади) як цінність – це значущість для суспільства ступеня реалізації життєвих можливостей його членів.

Щодо соціологічного вивчення здоров'я, то воно головню стосується таких питань, як соціальна зумовленість суспільного здоров'я у системі сенсожиттєвих цінностей особистості. За сучасних умов підвищена увага приділяється саме особистісному ставленню до здоров'я. При цьому акцент робиться на тому, що здоров'я є не тільки найважливішою термінальною цінністю людини, воно має інструментальний характер і часто постає як єдиний засіб досягнення поставлених цілей, задоволення різноманітних природніх та соціальних потреб людини.

РОЗДІЛ 2

ПРІОРИТЕТНІ НАПРЯМКИ

СОЦІАЛЬНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ

У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

2.1. Охорона репродуктивного здоров'я як важливий вектор соціального забезпечення

Конституція України визначає, що людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю. Проте на сьогодні загальнодержавного значення набула проблема репродуктивного здоров'я населення країни. Так, у 1990 році народжуваність становила 12,7 на 1000 населення, а уже в 2013 р. – 8,5, загальна смертність – відповідно, 12,1 і 16,0. За інформацією Державної служби статистики України, упродовж останніх років кількість населення України зменшилася з 48,9 млн у 2001 р. до трохи більш як 46 млн у 2010 р. і до майже 45 млн. – у 2016 році. Здебільшого причини такої тенденції зумовлені зниженням рівня репродуктивного здоров'я та здоров'я населення України в цілому. При цьому варто акцентувати увагу на тому, що чисельність населення, його динаміка і статевовікова структура є одними з ключових чинників реалізації репродуктивного права і, як наслідок, найважливішими показниками демографічної характеристики народонаселення [53].

За таких умов абсолютно правильним є твердження, що репродуктивне здоров'я – це важливий чинник національної безпеки,

критерій ефективності соціальної та економічної політики держави у сфері соціального забезпечення. В існуючих соціально-економічних умовах, коли мають місце падіння народжуваності та високий рівень загальної смертності населення, проблема охорони репродуктивного здоров'я повинна стати предметом особливої уваги державного управління.

Здоров'я нації визначається головним чином здоров'ям осіб фертильного віку, їх здатністю до відтворення населення і якістю потомства. Як показують численні гендерні дослідження, чоловіки і жінки мають одні й ті самі проблеми зі здоров'ям, зумовлені соціальними факторами, навколишнім середовищем, умовами праці, психологічним станом, але жінки, через біологічні та соціальні особливості, зумовлені специфікою статі, все ж мають і специфічні для них проблеми, пов'язані з їх репродуктивною функцією.

Проблеми, пов'язані з репродуктивним здоров'ям, обмежують право на продовження роду і реалізацію репродуктивних настанов людини. Тому охорона і зміцнення репродуктивного здоров'я є найважливішим стратегічним завданням нашої держави, необхідною умовою досягнення національної безпеки, максимально можливої якості життя [17].

Сучасний стан репродуктивного здоров'я населення вимагає нових підходів та ефективних шляхів вирішення проблеми його збереження і поліпшення. Крім цього, необхідність наукового пошуку в даному напрямі визначається наявністю ряду важливих чинників.

По-перше, це пов'язано з тим, що нинішня ситуація у сфері відтворення населення України характеризується тривалою депопуляцією з суттєвим погіршенням якісних характеристик здоров'я населення, передусім репродуктивного.

По-друге, найважливішими показниками здоров'я дітей та жінок репродуктивного віку є стан репродуктивного здоров'я населення, рівень народжуваності, безпечність пологів, рівень материнської, перинатальної

та дитячої захворюваності, інвалідності та смертності. Важливим для формування цих показників є не тільки медична і соціально-економічна складова, а й державно-управлінська.

По-третє, з огляду на значущість питання народження здорових дітей – майбутнього потенціалу будь-якої держави, охорона материнства і дитинства є основною складовою державної політики. У цьому контексті репродуктивне здоров'я необхідно розглядати як частину громадського здоров'я, тобто як медико-соціальний ресурс і потенціал суспільства, що сприяє забезпеченню національної безпеки.

Науковий інтерес до проблеми народжуваності з точки зору природного відтворення населення ґрунтується на двох концептуальних положеннях – неухильному зростанні чисельності населення планети протягом усієї історії існування людства і спаді народжуваності в деяких країнах, який спостерігається в останні десятиліття. Інакше кажучи, дана проблема, як правило, пов'язана або з перенаселенням планети в цілому, або з депопуляцією певної території.

Явище народжуваності є джерелом суперечностей подвійного характеру – проблемою як високої, так і низької народжуваності. Історично на першу з них звернули увагу раніше, коли в Англії ситуацію з надлишковим населенням у XVIII ст. почали розглядати на державному рівні. Висока народжуваність, обмеженість ресурсів, брак робочих місць створюють проблему, точніше, цілий вузол проблем, пов'язаних із т. зв. надлишковим населенням. Протиріччя проявляється в тому, що наявна економічна дійсність не відповідає демографічній вимозі – тиску з боку чисельності й складу населення, а демографічна структура, у свою чергу, не відповідає економічній структурі та рівню розвитку продуктивних сил даного суспільства [23].

«Початок дослідження проблеми народжуваності поклав Т. Мальтус у праці «Досвід про закон народонаселення» (1798), в якому автор першим

зробив висновок про те, що чим більше людей народжується, тим менше засобів існування припадає на частку кожного і, відповідно, тим вищим є надлишок робочої сили» [37].

Природною перешкодою безконтрольному процесу розмноження у тварин, як відомо, є зовнішнє середовище, яке визначає межу чисельності будь-якого біологічного виду. Населення також здатне зростати доти, доки, нарешті, не зустрине перешкоди на своєму шляху. Такою природною перешкодою народжуваності для людини, на думку Т. Мальтуса, є обмежена кількість робочих місць на ринку праці, який «природним» чином регулює розподіл ресурсів серед населення. Проблема полягає в тому, що механізм цього ринку починає працювати вже після того, як певна кількість людей існує, а достатньої кількості харчових ресурсів ще немає. Несвоєчасність виникнення ресурсів (або передчасну появу людей) Т. Мальтус пов'язує з тим, що відтворення людських індивідів підкоряється біологічному закону зростання населення, а виробництво засобів існування – економічним законам постійного зниження родючості ґрунту й продуктивності наступних витрат. На основі цього протиріччя Мальтус сформулював «природний» закон, згідно з яким збільшення чисельності населення відбувається нібито стихійно, з геометричною прогресією, подібно до вибуху, а економічне зростання, навпаки, зовсім не нагадує вибух, а скоріше повільний і важкий підйом угору. При цьому збільшення засобів існування можливе лише в арифметичній прогресії.

Таким чином, протиріччя на рівні явищ – демографічного й економічного – Т. Мальтус зводить на рівень сутнісного протиріччя їх законів: зростання населення й економічного зростання.

Тоді, коли в Англії був опублікований « Досвід...» Мальтуса, у Франції почався процес зниження народжуваності (причому за рахунок його внутрішньо-сімейного обмеження), який поступово поширився й на інші західні країни. Історичний перелом у народжуваності, який відбувся

на тлі зростання промислового капіталу та поліпшення економічного становища суспільства західних країн, спричинив появу досить важливої проблеми: зниження народжуваності збігається з процесом індустріалізації, що значно покращує добробут громадян. До речі, ця проблема не вирішена й досі: забезпечені сім'ї обмежують кількість дітей свідомим плануванням сім'ї. І навпаки, найбільш незабезпечені родини є багатодітними. Особливо яскраво це помітно на прикладі такого етносу, як цигани.

Дослідження чинників народжуваності почалося також у Франції наприкінці XIX ст. на основі розроблених показників природного переміщення населення і даних переписів. Воно мало, як правило, описовий характер і свідчило про скорочення кількості дітей у родині, а також про відмінності щодо народжуваності в економічних групах населення. Зокрема, було помічено, що в країнах, економіка яких складалася переважно з аграрного сектору, народжуваність була вищою, ніж в індустріально розвинутих. Крім того, у родинях з низьким рівнем доходу (незалежно від країни проживання) кількість дітей найчастіше була більшою, ніж у родинях з високим рівнем доходу й соціальним статусом. Виявилось, що сама дійсність підтверджує правдивість даного положення, тому й фактор добробуту став розглядатись як такий, що справляє на народжуваність зворотний вплив.

Цей феномен дістав назву зворотного зв'язку народжуваності з умовами життя, навколо якого в науковому світі точилися дискусії до середини 1970-х років, а на рівні наукового й повсякденного розуміння суперечки не вщухають і донині. Справа в тому, що сприйняття феномену зворотного зв'язку суперечить здоровому глузду – чому підвищення добробуту призводить до зниження народжуваності, тоді як, здавалося б, має бути навпаки.

У наш час репродуктивне здоров'я традиційно аналізується в рамках медичного напрямку, тому більшість визначень, концепцій і досліджень цього феномену вивчається в межах медичного дискурсу. Останнім часом дедалі частіше репродуктивне здоров'я розглядають у контексті репродуктивних прав людини.

Поняття «репродуктивне здоров'я» містить у собі й сексуальне здоров'я – стан, що дозволяє людині повною мірою відчувати статевий потяг і реалізовувати його, одержуючи при цьому задоволення. За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, сексуальне здоров'я – це така взаємодія соматичних, емоційних, інтелектуальних і соціальних факторів сексуальної суті людини, завдяки якій її внутрішній світ стає багатшим, а особисті якості, здатність до спілкування й вираження любові проявляються з новою силою. Тому під сексуальним здоров'ям розуміють позитивне ставлення до прояву сексуальності, причому мета державної політики у сфері охорони сексуального здоров'я повинна полягати у створенні сприятливих умов для життя й міжособистісного спілкування, а не зводиться лише до проблем консультування та лікування з приводу інфекцій, які передаються статевим шляхом, або відтворення потомства [33].

Як показує практика, поняття «сексуальне» і «репродуктивне» здоров'я не завжди трактуються всебічно, часто під ними розуміють тільки проблеми зниження народжуваності, абортів або інфекцій, що передаються статевим шляхом. У зв'язку з розширенням меж репродуктивного здоров'я на Міжнародній конференції з народонаселення й розвитку було ухвалене визначення, що включає аспекти сексуального здоров'я (відповідальне статеве життя, що приносить задоволення), вільний репродуктивний вибір (доступність інформації, методів контрацепції та послуг), а також безпечне материнство (безпечна вагітність, пологи й здорові діти).

Репродуктивне здоров'я є найважливішою частиною загального здоров'я і посідає центральне місце в розвитку людини, воно стосується особистих і найвищою мірою ціннісних аспектів життя. Як відображення якості здоров'я та підтримувач відтворення, воно також формує основу для забезпечення здоров'я після закінчення репродуктивних років життя як жінок, так і чоловіків, і визначає наслідки, передані від покоління до покоління.

На сучасному етапі проблеми, пов'язані з репродуктивним і сексуальним здоров'ям, є основною причиною поганого стану здоров'я й передчасної смертності у світі, особливо серед жінок. До таких проблем належать: від'ємний приріст населення, небажані вагітності, переважання абортів перед контрацепцією, збільшення кількості гінекологічних захворювань та інфекцій, що передаються статевим шляхом, ВІЛ-інфекування тощо.

Як свідчать результати численних соціологічних досліджень [13; 14; 31; 38; 81], сучасна ситуація в Україні характеризується відсутністю у населення, в тому числі у підлітків та молоді, достатньої інформації про те, що таке планування сім'ї, інфекції, які передаються статевим шляхом, сучасна контрацепція, безпечний секс і т. ін. Це пов'язано з недостатнім рівнем кваліфікації спеціалістів, які працюють з молодими людьми, а також з відсутністю системи сексуальної освіти та виховання особистості.

Ряд авторів розглядають репродуктивне і сексуальне здоров'я індивіда в аспекті різних функцій людської життєдіяльності [8; 13; 22; 31; 36; 43; 56]. Так, у публікаціях вітчизняних фахівців з'являється термін «репродуктивний потенціал», під яким мається на увазі рівень фізичного та психічного стану, котрий, при досягненні соціальної зрілості, визначить якість здоров'я народженого покоління, або «здатність популяції до відтворення репродуктивного здоров'я з покоління в покоління». Тут мається на увазі не тільки наявність основних характеристик

репродуктивного здоров'я, його збереження, але й можливість його передавання в наступному поколінні. Крім того, при оцінці репродуктивного потенціалу деякі автори рекомендують ураховувати поширеність соматичних захворювань, що впливають на репродуктивну функцію; рівень фізичного і статевого розвитку; поширеність захворювань репродуктивної системи; стан статевого виховання, сексуальну поведінку; психологічну готовність до материнства, рівень репродуктивних настанов.

Проблематика репродуктивного здоров'я в демографії вивчається переважно в контексті відтворення та репродуктивної поведінки населення. Під репродуктивною поведінкою в демографії розуміють систему дій, стосунків і психічного стану особистості, пов'язаних з народженням або відмовою від народження дітей, у шлюбі або поза шлюбом.

Таким чином, ми бачимо, що з погляду демографії репродуктивна поведінка спрямована на реалізацію повного репродуктивного циклу – від моменту прийняття рішення про зачаття дитини і до її народження, що включає різні інструментарії його регулювання та репродуктивні настанови.

Зростання ролі соціальних чинників, які визначають поведінку індивіда, змусило дослідників звернутися не тільки до більш глибокого соціологічного і психологічного аналізу репродуктивного здоров'я, але й до вивчення можливостей впливу на нього. У результаті таких досліджень було встановлено, що спосіб життя відображається в певній поведінці людини, у тому числі демографічній, яка включає репродуктивну поведінку, у ставленні до здоров'я, родини і шлюбу.

Репродуктивне здоров'я і поведінка – це найважливіші складові загального здоров'я кожної конкретної людини, кожної родини і суспільства в цілому, що важливо для системи соціального захисту населення. Крім того, вони посідають центральне місце в розвитку

людини, виступаючи індикатором стану здоров'я суспільства та держави. У цьому зв'язку народження здорового потомства, збереження репродуктивного здоров'я та контрольована репродуктивна поведінка вийшли за межі медичної проблеми і перетворилися на соціальну, яка вимагає вирішення на міжгалузевому рівні.

На сексуальне й репродуктивне здоров'я населення можуть впливати багато чинників, починаючи від рівня життя населення або бюджету держави у сфері охорони здоров'я й закінчуючи наявними в суспільстві культурними стереотипами сексуальної та репродуктивної поведінки. У зв'язку з цим актуальним є розширення «бачення» феномену репродуктивного здоров'я, особливо в соціокультурному зрізі, як предмета уваги державного управління. Завдяки виділенню певних «зрізів» або компонентів цього феномену, що належать до соціокультурного контексту, деякими авторами вивчалися сексуальна та контрацептивна культура.

Сьогодні в Україні проблема охорони здоров'я й поведінки опинилась у центрі суспільної уваги. Цьому сприяють лібералізація суспільства, більша відкритість в обговоренні даних питань, активізація діяльності недержавних організацій, а також несприятливі тенденції щодо погіршення здоров'я населення України в цілому і репродуктивного здоров'я зокрема. Питання та проблеми, пов'язані з репродуктивним здоров'ям, стосуються багатьох аспектів суспільного життя, і розв'язати їх одному сектору охорони здоров'я не під силу. У зв'язку з цим актуальним, на нашу думку, є новий підхід до вивчення цього феномену, який допоможе не тільки ґрунтовніше охарактеризувати і дослідити існуючу ситуацію, але й розглянути можливі шляхи його оптимізації, знайти фактори впливу на його формування. Даний підхід ґрунтується на концепції соціальної політики розвитку репродуктивного здоров'я, в основу якого покладено соціальний та ряд інших аспектів.

Репродуктивне здоров'я, його стан і ступінь розвитку, характер функціонування й динаміка змін, поєднання або ж розбалансованість із соціальним буттям суб'єкта є важливими індикаторами здоров'я. Для нас репродуктивне здоров'я – це не тільки один з видів здоров'я (у своєму природно-фізичному прояві), але й соціально-культурне явище, яке зазнало впливу й перетворення в результаті його включення до соціально-культурного контексту державної політики. Саме в цьому очевидний високий ступінь взаємозалежності між визнанням здоров'я як цінності й репродуктивним здоров'ям як значуще зацікавленим ставленням до репродуктивної та сексуальної функції людини і на вербально-оцінному, і на практично-поведінковому рівні. Так само вірною є й зворотна залежність: негативно-руйнівне ставлення до здоров'я завжди виступає проєкцією та проявом негативної цінності репродуктивного здоров'я. Аксиологія репродуктивного здоров'я – це не тільки один з важливих елементів у структурі феномену здоров'я, але й певне його розуміння, необхідне для розробки стратегії і тактики формування й підтримки здоров'я.

Увесь спектр реального ставлення до репродуктивного здоров'я – від вихідних ціннісних орієнтацій, настанов, уявлень і до їхньої практичної реалізації – входить у структуру феномену здоров'я. Особливості сприйняття, трактування та оцінки репродуктивного здоров'я; усвідомлення його місця і значущість у соціокультурному розвитку людини; визнання культури репродуктивного здоров'я як повноправної складової не тільки культури здоров'я, але й культурного простору в цілому; рівень і місце фізичного благополуччя, здоров'я та іміджу на суспільній та особистій шкалі цінностей, особливості стереотипів валеологічної свідомості, пояснення їх походження і механізмів відтворення – усе це позиції, значущі для розуміння тієї чи іншої моделі культури здоров'я. На жаль, такий соціокультурний ракурс вивчення й

аналізу репродуктивного здоров'я практично відсутній у вітчизняних соціально-гуманітарних дослідженнях і в масовій свідомості у цілому.

Значна поширеність традиційного підходу до вивчення феномену репродуктивного здоров'я проявляється не тільки на особистісному, але й на суспільному рівні: за такого підходу відстороняється або ігнорується не лише культурний статус репродуктивного здоров'я особистості, але й культура репродуктивного здоров'я. Таким чином, не визнається важливість самого процесу його культивування.

Крім того, останнім часом відбувається процес соматизації людини, створення культу зовнішнього образу тіла, при цьому не приділяється достатньо уваги більш здоровому способу життя, і тим самим ціннісне ставлення до здоров'я випадає із соціокультурного простору соціального управління. Таким чином, стійка традиція роз'єднання тілесності (у тому числі з погляду здоров'я/нездоров'я) і культури, розведення «внутрішнього» світу людини та її зовнішнього прояву у світі спричинює, поряд із уже згаданою проблемою відсутності справжньої культури здоров'я тощо, не менш важливі соціальні проблеми.

Роз'єднання цих взаємозалежних компонентів особистості призводить до розриву фізичного розвитку з іншими аспектами становлення особистості, у тому числі з соціокультурними практиками. Отже, спостерігаємо відсутність культури здоров'я як важливого соціокультурного процесу формування і розвитку особистості та суспільства в цілому, тоді як одним із базових принципів культурного процесу є відтворення людини як цілісності. У даному контексті роль держави є очевидною і беззаперечною. Таким чином, можна говорити про недостатнє опрацювання проблем здоров'я, і зокрема репродуктивного, з погляду їх соціокультурного змісту та культурно значущих характеристик.

Включення репродуктивного здоров'я в соціокультурний простір перетворює його з біологічного феномену на соціокультурне явище, яке

набуває соціального забарвлення. У цьому випадку ми маємо можливість провести порівняльний аналіз впливу різних систем соціальних відносин, соціальних інститутів, культурних цінностей та субкультурних орієнтацій на репродуктивне здоров'я. Досліджуваний нами феномен являє собою не тільки природну та біологічну даність, але й набуває при цьому зовсім іншого змісту, ціннісних акцентів та інших соціокультурних атрибутів.

Безсумнівно, різні соціальні процеси, що відбуваються в суспільстві, урбанізація, наукові технології (у т. ч. медичні) та інші суспільні фактори впливають на спосіб життя людини й створюють об'єктивні підстави для потенційних і реальних змін у характеристиках її репродуктивного здоров'я та поведінки. Аналіз репродуктивного здоров'я як соціального феномену потребує розгляду різних проблемних блоків [60]:

про об'єктивний вплив на репродуктивне здоров'я людини таких факторів, як особливості способу життя, соціально-економічні чинники, окремі соціальні групи й система соціальних інститутів;

про репродуктивне здоров'я у структурі повсякденних уявлень і спеціалізованого знання: розуміння цього феномену й формування уявлення про нього; місце репродуктивного здоров'я в загальній системі цінностей здоров'я особистості, групи та суспільства; ціннісно-орієнтований підхід до розуміння репродуктивного здоров'я;

соматична соціалізація та інкультурація як цілеспрямований процес трансляції, освоєння й розвитку цінностей, знань і навичок, пов'язаних з репродуктивним здоров'ям особистості: фактори соматичної соціалізації, їх змін у динаміці суспільства; агенти й механізми соматичної соціалізації; особливості соматичної інкультурації в різних культурних і субкультурних просторах;

діяльнісно-практичне ставлення до репродуктивного здоров'я як результат актуалізації змісту, спрямованості соматичних уявлень та орієнтації в соціальній практиці; інструментальне й експресивне

використання соматичних характеристик людини; перетворення, цілеспрямоване формування характеристик і навичок репродуктивної поведінки на основі прийнятих цінностей, норм, ідеалів і зразків.

Виділення природного, соціального та культурного компонентів феномену репродуктивного здоров'я дозволяє розглядати рівні його функціонування, прояву, використання й формування в контексті людського життя та культури. Завдяки природній, або біологічній, складовій репродуктивне здоров'я індивіда підкоряється законам існування, функціонування та розвитку живого організму. Незважаючи на це, як істоти соціальні, люди у всіх своїх проявах, якостях лише до певної міри можуть розглядатись як суто природні істоти, оскільки вплив соціального простору поширюється навіть на найстійкіші природні характеристики й механізми людського організму.

Соціальна складова політики з охорони репродуктивного здоров'я фіксується завдяки результату взаємодії природного (біологічного) організму людини з соціальним середовищем. З одного боку, в процесі взаємодії виявляється об'єктивний вплив зовнішніх факторів на репродуктивне здоров'я (наприклад, несприятлива екологічна ситуація не тільки позначається на стані репродуктивного здоров'я, але й на народженні здоровішого/нездорового потомства). З другого боку, розглянутий нами феномен формується в результаті цілеспрямованих впливів на нього, насамперед, у зв'язку з необхідністю виконання певних соціальних функцій у суспільстві (у нашому випадку – це відтворення населення й продовження людської популяції). При цьому фіксується виконання певних функцій людини в суспільстві – народження дітей. Медицина, система освіти і виховання, система фізичного виховання та інші системи у своїй сукупності утворюють інституційний рівень впливу на репродуктивне здоров'я людини з метою її адаптації, підтримки й

забезпечення нормального функціонування в мінливому соціальному середовищі.

Культурний або соціокультурний компонент репродуктивного здоров'я передбачає цілеспрямоване й ціннісно-орієнтоване формування, відповідно до вибору самою особою тієї чи іншої «моделі», що пропонується їй суспільством. При цьому відбувається формування системи культурних цінностей, норм та орієнтацій. Результатом цього процесу має стати досягнення оптимального рівня репродуктивного здоров'я завдяки сформованому ціннісному ставленню до нього, а також формуванню потреби й здатності його використання відповідно до принципів культури.

Розглядаючи культурну складову репродуктивного здоров'я, ми повинні визначити цю сферу людського буття як культурну діяльність, спрямовану не тільки на формування ціннісного ставлення до репродуктивного здоров'я, але й на його практичне застосування та реалізацію в процесі життєдіяльності. Таким чином, культура репродуктивного здоров'я особистості може бути визначена як потреба і здатність індивіда до максимальної самореалізації як соціально й індивідуально значущого суб'єкта, спрямована на нормальне функціонування особистості як одиниці суспільства, завдяки використанню своїх біологічних здібностей і засобів, що відповідають культурним принципам.

На перший погляд, рівень проблеми репродуктивного здоров'я може здаватися занадто глобальним або, навпаки, особистісним. Але останнім часом стало зрозуміло, що проблеми репродуктивного, і особливо сексуального, здоров'я мають, як правило, поведінкове коріння. Таким чином, щоб поліпшити репродуктивне й сексуальне здоров'я людини, ми повинні акцентувати увагу на її знаннях і настановах, надаючи достовірну й адекватну інформацію, формуючи або змінюючи навколишнє (суспільне)

середовище. Важливим для вивчення репродуктивного здоров'я є визначення його як структури, яку можна подати у вигляді послідовності таких компонентів, як репродуктивні потреби, настанови, мотиви, інтереси, плани, рішення, дії або результати дій. Медичного ракурсу цій проблемі надають результати репродуктивних дій, якими є не тільки обов'язкове народження дітей, але й заходи контрацепції та аборти.

Розуміння важливості даної проблематики дозволяє дійти висновку, що коли ми прагнемо вплинути на репродуктивне здоров'я й поведінку, то повинні враховувати всі аспекти. Якщо поведінка (у тому числі й репродуктивна) розвивається послідовно – від формування потреб і настанов до дій і результатів, – то дослідження поведінки відбувається, природно, у зворотній послідовності – від результатів поведінки та дій до потреб через настанови й мотиви.

У цьому зв'язку вивчення знань, настанов і поведінки індивіда у сфері репродуктивного здоров'я дозволить нам краще зрозуміти не тільки поведінку людей, але й невикористані можливості для формування культури репродуктивного здоров'я й популяризації здорового способу життя у процесі формування механізмів державного управління розвитком репродуктивного здоров'я. Поки індивіди не почнуть відчувати відповідальність за власне здоров'я (у тому числі й репродуктивне), вони не зможуть сприймати ідеї щодо здорового способу життя, які ґрунтуються на необхідності змінювати поведінку людей.

У сучасних умовах здоров'я населення набуває безпрецедентного значення для поступального розвитку суспільства, соціального забезпечення, політичної стабільності, прогресу в соціально-економічній, науковій, інтелектуальній, оборонній, культурній сферах, стає обов'язковою передумовою реалізації життєвої програми кожної людини, підвищення добробуту та якості життя всіх громадян. Забезпечення належного рівня здоров'я населення є пріоритетним завданням будь-якої

держави, її системи охорони здоров'я, на чому наголошується в стратегічних документах міжнародного, європейського та національного рівнів. Цілі та завдання, що стоять перед системою охорони здоров'я, спрямовані на збереження і зміцнення здоров'я, забезпечення населення доступною та якісною медичною допомогою відповідно до рівня технологічного розвитку, реальних потреб і з дотриманням принципів рівності та справедливості.

Розв'язання проблем соціального забезпечення охорони репродуктивного здоров'я у різних країнах здійснюється з урахуванням соціально-економічних, демографічних, медико-організаційних, територіальних та інших особливостей і національних традицій тощо. Вивчення досвіду різних країн світу із запровадження та розвитку певних моделей охорони здоров'я, їх організаційно-управлінських та нормативно-правових засад, критеріїв діяльності має важливе значення для обґрунтування еволюційних або реформаторських змін у національній системі державного управління охорони репродуктивного здоров'я.

Основними ризиками системи управління та соціального забезпечення системи охорони репродуктивного здоров'я в Україні є:

- недостатній рівень фінансування охорони здоров'я;
- невідповідність стану медичних закладів рівню розвитку науки;
- недостатні капіталовкладення в охорону здоров'я;
- низька мотивація та недостатнє стимулювання персоналу.

Ефективна стратегія розвитку охорони репродуктивного здоров'я потребує системного підходу – сприяння формуванню здорового способу життя, позитивного впливу на детермінанти здоров'я, профілактики захворювань, покращання медичної допомоги.

Зростаючі потреби медичного обслуговування населення обумовили завдання та необхідність визначення оптимальної системи охорони репродуктивного здоров'я, яка забезпечить, з одного боку, відповідний

рівень медико-демографічних показників (рівень смертності, народжуваності, захворюваності тощо), а з другого – рівний доступ усіх верств населення до медичної допомоги, гарантії якості медичних послуг, а також можливості інтеграції національної системи у світову систему охорони здоров'я. Визначення оптимальної моделі охорони репродуктивного здоров'я дозволить органам управління ефективніше визначити кінцеву мету і розробити обґрунтовані стратегічні плани довгострокового розвитку галузі.

2.2. Особливості соціального забезпечення сфери охорони здоров'я

Демократичні перетворення, що відбуваються в сучасному українському суспільстві, супроводжуються складними й суперечливими процесами, трансформацією влади, економічних основ держави, соціальної структури, суспільного устрою, що призвело до зростання ролі державних інститутів у регулюванні суспільних відносин.

З середини 60-х р. ХХ ст. з'явилися перші ознаки демографічної кризи в Україні. Поглиблення кризи впродовж наступних сорока років зумовлене низкою соціально-економічних, екологічних чинників та неефективністю заходів щодо збереження стану суспільного здоров'я. Це стало причиною того, що сьогодні в Україні середня тривалість життя громадян на 10–12 років нижча, ніж у країнах Європейського Союзу, а смертність, особливо серед чоловіків працездатного віку, у 3–4 рази перевищує середньоєвропейські показники.

Ефективність соціальної політики з охорони громадського здоров'я визначається кількома базовими критеріями, а саме [54]:

станом суспільного здоров'я (зокрема середньою очікуваною тривалістю життя);

ефективністю механізмів фінансового захисту громадян на випадок захворювання;

економічною ефективністю діяльності галузі;

задоволенням потреб громадян щодо послуг з охорони здоров'я та медичного забезпечення.

Широкий спектр нових соціально-економічних та екологічних проблем, що визначають здоров'я населення в сучасній Україні, висуває нові завдання дослідження та практичної сфери соціального забезпечення охорони громадського здоров'я (далі – СЗОГЗ). Орієнтиром розвитку СЗОГЗ в Україні слід вважати висловлене у Щорічній доповіді Президента України твердження, що охорона здоров'я в Україні повинна перетворитися з суто медичної допомоги в охорону здоров'я громадян, тобто охорону громадського здоров'я.

Про важливість прийняття принципів і методів роботи з охорони громадського здоров'я говорить той факт, що Світовий банк зацікавлений у досягненні якісних показників роботи у сфері охорони здоров'я. Ефективні заходи щодо охорони суспільного здоров'я безпосередньо пов'язані з досягненням «Цілей розвитку тисячоліття».

Головні функції сфери суспільної охорони здоров'я, у рамках діяльності Світового банку, згруповані у п'ять основних категорій, а саме: розробка політики; збір і поширення інформації про політику, стратегії і заходи у сфері охорони здоров'я; профілактика захворювань; міжгалузєва робота зі зміцнення здоров'я; підготовка кадрів.

Ці основні категорії функцій суспільної охорони здоров'я охоплюють широкий діапазон заходів, таких як: формування політики, інституційно-нормативне регулювання, моніторинг та оцінка, профілактика і боротьба із захворюваннями, підготовка кадрів;

установлення пріоритету заходів щодо охорони суспільного здоров'я під час обговорення політики і кредитування; включення функцій суспільної охорони здоров'я в доповіді про стратегії скорочення бідності тощо.

Вважається, що витoki поняття «охорона суспільного здоров'я» сягають часів Гіппократа, коли вперше науково був доведений зв'язок між факторами зовнішнього середовища і захворюваннями. Впродовж усієї історії розвитку науки управління охороною громадського здоров'я чітко виявлялася взаємодія між суспільно-економічним розвитком і можливістю впливати на фактори, пов'язані зі здоров'ям населення.

У результаті складної взаємодії рівнів доходів, освіти, способу та стилю життя, державної політики і медичного обслуговування тривалість життя збільшилася майже на двадцять п'ять років. Багато заходів, що поліпшили здоров'я, є результатом екологічних заходів і дій сфери суспільної охорони здоров'я. При цьому управління більшістю вирішальних факторів, що впливають на стан здоров'я, виходить за межі сектору охорони здоров'я.

Зокрема, експерти Світового банку визначили, що більше 10 млн дітей світу віком до 5 років помирають щорічно із причин, яким можна запобігти; у подальшому неінфекційні захворювання стануть основною причиною втрати працездатності й передчасної смерті, такі як серцеві захворювання, депресії, інсульти, дорожні травми. При цьому визначено чотири основні проблеми охорони здоров'я, на вирішення яких мають бути спрямовані зусилля міжнародного співтовариства та урядів країн: скорочення надмірної смертності і захворюваності серед незаможних; інвестування в наукові дослідження і розробки щодо охорони суспільного здоров'я, спрямовані на охорону здоров'я незаможних; протидія погрозам здоров'ю, що виникають внаслідок економічних криз, нездорової екології і проблемного способу життя; а також створення більш ефективних і результативних систем охорони здоров'я.

В останні роки зросла аналітична робота Світового банку щодо охорони суспільного здоров'я і, відповідно, кредитування заходів зміцнення здоров'я незаможних, підвищення ефективності охорони здоров'я, особливо тих із них, що стосуються здоров'я матері і дитини.

У цільову аудиторію досліджень Світового банку також включені керівники країн, які кредитуються та до обов'язків яких входять питання охорони здоров'я; керівництво країн і галузей охорони здоров'я; працівники інших галузей, робота яких значно впливає на охорону здоров'я, а також фахівці, що аналізують політику у сфері охорони здоров'я.

Разом з тим у більшості країн на даний момент не сформовані інфраструктури управління охороною суспільного здоров'я. В Україні також не прийнята концепція охорони громадського здоров'я, яка б сформулювала мету, завдання та намітила стратегію галузі в Україні.

Варто звернути увагу на те, що сфера суспільної охорони здоров'я не є еквівалентом медичного обслуговування (власне, охорони здоров'я), а охоплює політичні, економічні, екологічні та суспільні чинники впливу на здоров'я населення.

Американська асоціація суспільної охорони здоров'я визначила шість основних її принципів: а) акцент на колективній відповідальності за здоров'я; б) керівна роль держави в питаннях захисту і пропаганди здоров'я народу; в) охоплення всіх груп населення; г) акцент на профілактиці; д) врахування основних соціально-економічних факторів, що впливають на здоров'я; е) багатодисциплінарний підхід до вирішення проблем охорони суспільного здоров'я [14].

Світовий банк останнім часом приділяє значну увагу і виділяє кошти на вирішення проблем охорони суспільного здоров'я в Україні при наданні кредитів. Головні функції сфери суспільної охорони здоров'я можна згрупувати у п'ять категорій [14]:

розробка політики;
збір і поширення інформації про політику, стратегії і заходи у сфері суспільної охорони здоров'я;
профілактика і боротьба із захворюваннями;
міжгалузева робота зі зміцнення здоров'я;
підготовка кадрів та розширення потенціалу.

Кожна з цих основних категорій сфери суспільної охорони здоров'я включає широкий діапазон робіт. Групування функцій суспільної охорони здоров'я сприяє визначенню істотно важливих проблем у межах кожної країни, інвестиційних потреб та виміру ефективності їх використання.

Відповідно до результатів досліджень експертів Світового банку, функції сфери охорони суспільного здоров'я – це цілий спектр повноважень у різних галузях, які сприяють охороні здоров'я. І тільки держава є незмінним єдиним відповідальним без права передавання обов'язків за охорону здоров'я іншим структурам.

Всесвітньою організацією охорони здоров'я визначені 10 основних оперативних функцій охорони громадського здоров'я, що можуть бути використані іншими країнами. Для виконання цих функцій найбільш ефективним і рентабельним способом є інтегрований підхід. Виходячи з цього виокремлено базові функції охорони суспільного здоров'я [33]:

1. Епіднагляд та оцінка стану здоров'я і благополуччя населення.
2. Моніторинг і реагування на небезпеки для здоров'я і при надзвичайних ситуаціях.
3. Забезпечення безпеки навколишнього середовища, праці, харчових продуктів тощо.
4. Зміцнення здоров'я, включаючи вплив на соціальні детермінанти і скорочення нерівностей за показниками здоров'я.
5. Профілактика захворювань, включаючи раннє виявлення порушень здоров'я.

Оцінка охорони громадського здоров'я здійснюється за принципом оцінки політики держави, характеристика якої має включати три важливих моменти:

чітке та стисле формулювання обраної політики або констатація відсутності сформульованої політики в даній галузі;

чіткий перелік галузевої політики в дотичних сферах, що можуть мати опосередкований вплив на досліджувану проблему;

докладний опис проблеми, для розв'язання якої було розроблено політику, а також оцінку обсягу та нагальності цієї проблеми.

Такий підхід дослідження СЗОГЗ відповідає вимогам Світового банку при наданні кредитів. Крім цього, при формуванні СЗОГЗ враховуються також умови середовища, в якому запроваджується дана політика соціального забезпечення.

Політика з охорони громадського здоров'я майже завжди виникає у відповідь на реальні потреби, проте нерідко вона відбиває потреби однієї частини населення більшою мірою, ніж іншої його частини. Таким чином, політика формується у певному середовищі:

соціальне середовище, яке включає культурні, етнічні, релігійні та інші звички, очікування, моделі поведінки та способи взаємодії між ними, що встановлюються в тому чи іншому суспільстві;

фізичне середовище, яке включає: клімат, архітектуру, природні ресурси та інші фізичні характеристики, що визначають спосіб життя, прийнятий у даному суспільстві;

економічне середовище – включає активність економічного життя суспільства, в тому числі характер індустрії та торгівлі, економічну незалежність регіону, на який поширюється політика, рівень безробіття, рівень економічного зростання тощо;

політичне середовище, що включає урядові структури, чинне законодавство, політичні партії, переважаючу ідеологію, нагальні політичні проблеми даного моменту тощо.

Насамперед слід зазначити, що існує кілька усталених і тотожних термінів: громадська охорона суспільного здоров'я, охорона громадського здоров'я, охорона суспільного здоров'я. Це викликано розбіжностями у перекладах, а також множиною тлумачення вказаних термінів.

Але перш ніж перейти до визначення охорони громадського здоров'я, наведемо дефініції, які дадуть змогу більш повно зрозуміти термін «охорона громадського здоров'я» та його синонім «охорона суспільного здоров'я» [57].

З. Френкель (1920-ті рр.):

Наука про взаємозв'язок здоров'я населення з усіма сторонами соціалістичного будівництва.

Н.А. Семашко (1930-ті рр.):

Основне завдання соціальної гігієни полягає в тому, щоб глибоко вивчати вплив соціального середовища на здоров'я людини і розробити ефективні заходи щодо усунення шкідливого впливу середовища.

Г. Баткіс (1960-ті рр.):

Одна з наук, предметом якої є питання санітарного стану населення і організація охорони здоров'я.

Є. Белицька (1960-ті рр.):

Наука, що вивчає закономірності впливу соціальних факторів на здоров'я людських колективів, визначає шляхи його збереження і зміцнення.

К. Майстрах, І. Лаврова (1970-ті рр.):

Наука про здоров'я суспільства, соціальні проблеми медицини і охорони здоров'я.

А. Серенко (1970-ті рр.):

Наука, що розробляє соціальні проблеми медицини, вивчаючи вплив соціально-економічних та суспільних відносин на стан здоров'я населення.

К. Вінслоу (1935 р.):

Громадське здоров'я – знання і мистецтво попередження хвороб, зміцнення і подовження життя, здоров'я, фізичної та психологічної активності груп населення через сумісну діяльність.

Г. Шер (1976 р.):

Громадське здоров'я – організовані зусилля суспільства щодо охорони, зміцнення і відновлення здоров'я населення.

Є. Вонсевич (1990-ті рр.):

Громадське здоров'я – наукова дисципліна, яка займається вивченням біологічних і соціальних факторів, що визначають здоров'я і соціальні хвороби.

С. Еверетт-Куп:

Медична допомога життєво важлива для всіх нас – іноді, а суспільна охорона здоров'я життєво важлива всім нам постійно.

Охорона здоров'я – система загальнонаціональних (загальнодержавних) соціально-економічних і медичних заходів, що мають на меті зберегти й підвищити рівень здоров'я кожної окремої людини і населення в цілому, громадська, соціальна функція медицини і всього суспільства, держави, діяльність товариств, установ та організацій (у тому числі медичних) з охорони здоров'я.

Охорона здоров'я – це система державних і громадських заходів правового, організаційного, соціально-економічного, наукового, культурно-освітнього, санітарно-епідеміологічного, медичного, технічного й іншого характерів, спрямованих на збереження і зміцнення здоров'я людей, запобігання та лікування хвороб, подовження тривалості активного життя і працездатності, забезпечення сприятливих для здоров'я умов

побуту й праці, гармонійного фізичного і психічного розвитку дітей та підлітків.

Інституційно сфера охорони здоров'я – сукупність організацій, інститутів і ресурсів, призначених для дій в інтересах здоров'я, тобто надання будь-якого виду допомоги або послуги в громадській охороні здоров'я чи послуги, що надається на основі міжсекторальних ініціатив для поліпшення здоров'я нації.

У реалізації своєї ролі в процесі відновлення генерацій людей сфера охорони здоров'я здійснює низку важливих функцій:

1) забезпечення оптимального рівня здоров'я населення, його активного довголіття та високої працездатності, створення умов і можливостей для кожного члена суспільства постійно оздоровлюватися, наближати власне самопочуття до моральної та фізичної норми;

2) комплексне динамічне спостереження (та піклування) за станом здоров'я окремої людини та всіх членів суспільства;

3) формування оптимальних параметрів здоров'я майбутнього покоління.

Охорона здоров'я – це система державних, громадських та індивідуальних заходів і засобів, що сприяють здоров'ю, запобіганню захворювань та попередженню передчасної смерті, забезпеченню активної життєдіяльності й працездатності людини, що враховують увесь комплекс чинників, які впливають на здоров'я людства. Тобто – на здоров'я нації.

Таким чином, громадське здоров'я – це значно ширше (передусім соціально-економічне) поняття, ніж суто індивідуальне здоров'я. В науковій літературі зустрічаються наступні визначення даної дефініції. Громадське здоров'я та охорона здоров'я – це наука і конкретна діяльність з охорони та зміцнення здоров'я населення, продовження життя шляхом мобілізації зусиль суспільства і проведення відповідних організаційних заходів на різних рівнях державного управління.

Громадське здоров'я (Public Health as a resource) – медико-соціальний ресурс і потенціал суспільства, що сприяє забезпеченню національної безпеки, зумовлений комплексним впливом соціальних, поведінкових і біологічних факторів; його поліпшення сприяє збільшенню тривалості та якості життя, благополуччя людей, гармонійному розвитку особистості й суспільства.

Громадське здоров'я виявляє закономірності розвитку народонаселення, досліджує демографічні процеси, прогнозує перспективу, розробляє рекомендації щодо державного регулювання чисельності населення, вивчає вплив соціальних умов і факторів зовнішнього середовища на здоров'я населення з метою розробки профілактичних заходів щодо оздоровлення населення.

Крім того, громадське здоров'я – характеристика важливих властивостей, якостей, аспектів суспільства як соціального організму, суспільне багатство (багатство суспільства), фактор, без якого не може створюватися вся сукупність матеріальних і духовних цінностей. Громадське здоров'я – такий стан, така якість суспільства, що забезпечує умови для способу життя людей, не обтяжених захворюваннями, фізичними та психічними розладами, такий стан, коли забезпечується формування здорового способу життя.

Громадська охорона здоров'я (Public Health as a system) – система наукових і практичних заходів і структур медичного та немедичного характеру, діяльність яких спрямована на охорону і зміцнення здоров'я населення, профілактику захворювань і травм, збільшення тривалості активного життя та працездатності населення і передбачає об'єднання зусиль суспільства щодо створення умов, які сприяють поліпшенню здоров'я населення.

Громадська охорона здоров'я – це наука й практика запобігання хворобам, продовження життя і зміцнення здоров'я за допомогою

організованих зусиль суспільства, що проявляється в таких процесах, як демонополізація системи охорони здоров'я, децентралізація управління галуззю, виникнення нових економічних відносин, розвиток сучасних форм надання медичної допомоги і технологій

Крім того, громадська охорона здоров'я – сфера наукової та практичної діяльності, що забезпечує управління охороною здоров'я як однією з ключових соціальних систем, де медична галузь є лише одним із компонентів, поряд з економікою, агропромисловим комплексом, промисловістю, соціологією, політичними науками тощо.

Таким чином, громадське здоров'я та охорона здоров'я – наука про закономірності громадського здоров'я, способи його збереження та поліпшення, про вплив соціальних умов та факторів способу життя на здоров'я населення, про соціальні аспекти профілактики, лікування, діагностики та реабілітації.

Зазначимо, що громадське здоров'я не є арифметичною сумою показників індивідуального здоров'я громадян.

Громадське здоров'я, на думку ВООЗ, слід розглядати як ресурс національної безпеки, засіб, що дозволяє людям жити благополучним, продуктивним і якісним життям.

Таким чином, здоров'я людини може розглядатися в різних аспектах: соціально-біологічному соціально-політичному, економічному морально-естетичному, психофізичному тощо.

Термін «суспільна охорона здоров'я» («модель суспільної охорони здоров'я») – відносно новий для України, тоді як більшість розвинутих країн світу в процесі вироблення державної політики розвитку сфери охорони здоров'я спираються на знання і принципи даної категорії.

Західна модель охорони суспільного здоров'я у спрощеному вигляді – це варіант суспільного договору між державою (державним регулятором: міністерствами, департаментами і т.д.) та професійним медичним

співтовариством (недержавним регулятором асоціаціями, палатами, гільдіями і т.д.) про розмежування повноважень (прав, обов'язків і відповідальності) з ключових питань медичного забезпечення населення, кінцевим результатом, основною метою і наріжним каменем яких є здоров'я населення.

Тобто це розробка заходів політичного, економічного, медико-соціального та організаційного характеру, спрямованих на поліпшення показників суспільного здоров'я. Предметом вивчення в усіх випадках визначень є закономірності науки про громадське здоров'я та його охорону: вивчення факторів збереження здоров'я, а також несприятливого впливу соціально-економічних факторів та умов на здоров'я населення, його груп, і вироблення науково обґрунтованих рекомендацій щодо усунення та попередження шкідливого для здоров'я людей впливу соціальних умов та економічних факторів в інтересах охорони й підвищення рівня суспільного здоров'я.

Зрештою метою охорони громадського або суспільного здоров'я є поліпшення й охорона здоров'я та подовження середньої тривалості життя населення суспільними і державними заходами.

Узагальнені завдання цієї науки наступні:

1. Оцінка та вивчення здоров'я населення, динаміки його розвитку.
2. Оцінка та вивчення суспільних та інших умов, що впливають на здоров'я.
3. Розробка методів і способів зміцнення здоров'я, попередження захворювань та інвалідності, а також їх реабілітації.
4. Теоретичне обґрунтування принципів розвитку, оцінка якості та ефективності охорони здоров'я.
5. Вирішення проблем управління, фінансування та економіки охорони здоров'я.
6. Правове регулювання охорони здоров'я.

7. Формування соціально-гігієнічного менталітету і мислення медичних працівників.

Виходячи з поставлених завдань охорона громадського здоров'я вирішує такі проблеми:

поширення знань про охорону здоров'я та захворюваність серед населення;

ідентифікація найбільш важливих медичних, біологічних та соціальних факторів, що впливають на здоров'я (рівень захворюваності);

контроль за умовами навколишнього середовища в місцях проживання і на робочому місці, заходів щодо поліпшення екологічної ситуації;

розробка більш ефективних методів планування і реалізації різних форм медичної допомоги;

активна участь у формуванні державної політики в галузі охорони здоров'я населення.

Для оцінки здоров'я населення використовуються індикатори (показники):

демографічні показники;

захворюваність;

інвалідність;

фізичний розвиток.

Громадське здоров'я зумовлене комплексною дією на нього соціальних, біологічних і поведінкових чинників ризику.

2.3. Специфіка соціального забезпечення сфери охорони здоров'я розвинених країн світу

Значним ресурсом поліпшення соціальної політики охорони здоров'я в Україні можна вважати вивчення і використання досвіду розвинених країн, таких як Фінляндія, Швеція, Норвегія, Японія та ін. [див. 14; 17; 24; 29; 34; 44; 58 та ін.].

Найбільш очевидним показником загального впливу європейської соціальної політики досягнення здоров'я для всіх на національні стратегії охорони здоров'я є факт згадування цієї політики в різних політичних програмних документах, розроблених у країнах.

Фінляндія

Охорона здоров'я, включаючи профілактику хвороб, була головним фокусом фінської соціальної політики впродовж багатьох десятиліть. Це привело до зникнення поширених інфекційних захворювань, зменшення пов'язаних зі способом життя хвороб і покращення здоров'я населення.

Управління та соціальне забезпечення охороною здоров'я здійснюється в країні на національному і муніципальному рівнях. Багато неурядових організацій також виконують великі програми з охорони здоров'я. Охорона здоров'я фінансується насамперед за допомогою муніципального бюджету. Крім того, державний бюджет включає окремий розділ для програм охорони здоров'я (9,3 млн євро в 2017 р.), які здійснюються муніципалітетами, неурядовими організаціями й ін. Неурядові організації також мають право на фінансову підтримку держави.

На національному рівні головним суб'єктом управління охороною здоров'я є міністерство, яке відповідає за охорону здоров'я населення. Це міністерство також включає екомедицину і контроль за хімічними речовинами, тютюном та алкоголем. Департаменти цього міністерства

мають функції зв'язку з іншими секторами щодо вирішення проблем впливу на здоров'я. У 2017 р. уряд ініціював нову чотирирічну мультисекторну Програму урядової політики з охорони здоров'я. Мета програми полягала в тому, щоб підвищити рівень здоров'я населення і скоординувати дії різних міністерств.

Програма співробітництва охорони здоров'я є широкою основою для охорони здоров'я в різних сферах суспільства, що досягається через різні сектори управління, тому що охорона суспільного здоров'я значною мірою виходить за межі компетенції галузі охорони здоров'я. Поняття якості життя і благополуччя відіграють ключову роль у програмі. Стратегія представлена на восьми напрямках, що вимагають погоджених дій різними організаціями. Ці напрями включають: подовження середніх здорових років життя на два роки, скорочення смерті від нещасного випадку і насильницької смерті молодих повнолітніх чоловіків на третину, затримання середнього пенсійного віку на три роки і скорочення паління серед молодих людей. Сприяння гігієні праці визначене як завдання роботодавців. Відповідно до закону (закон про турботу і гігієну праці), роботодавці повинні надавати послуги, необхідні для того, щоб запобігти ризикам для здоров'я, пов'язаним із роботою. Вони повинні також надавати інформацію про ризики для здоров'я, пов'язані з роботою, і консультувати співробітників з питань того, як уникнути цих ризиків. Здійснювалась політика скорочення споживання шкідливих продуктів, таких як алкоголь і тютюн. Держава контролює і регулює політику екомедицини в цілому. Основна відповідальність за політику екомедицини, тим часом, передана до муніципалітетів. Послуги екомедицини у Фінляндії включають наступне: якість і гігієну продовольства, медичні впливи житла, шумопоглинання, контроль якості води, оцінку організації збору і видалення відходів тощо. Крім того,

контроль генної технології, хімічного контролю і захисту від радіації включений у політику екомедицини.

Муніципалітети є відповідальними за надання добровільних імунізацій жителям. Загальна програма імунізації у Фінляндії стосується всього населення. Муніципалітети забезпечують планування родини й інші послуги репродуктивного здоров'я, вони також відповідальні за виконання послуг екомедицини відповідно до територіальних потреб.

Є багато неурядових організацій, які працюють у медичному просторі Фінляндії. Фінський центр охорони здоров'я об'єднує 125 таких організацій. Його мета полягає в тому, щоб сприяти співробітництву між університетами, владою та організаціями, які діють у сфері охорони здоров'я. Центр бере участь у різних проектах, програмах і кампаніях (наприклад, при сприянні здоров'ю у школах, запобіганні внутрішнім нещасним випадкам, зловживанні наркотиками). За його сприяння було проведено кілька кампаній щодо охорони здоров'я у Фінляндії з тим, щоб скоротити смертність і зменшити фактори ризику, пов'язані з хронічними захворюваннями. Різні методи використовувалися в проекті: надання загальної інформації і санітарної освіти (через матеріали, засоби масової інформації, зустрічі, кампанії і т.д.); розвиток процедур звернення і добору в медичному обслуговуванні; підтримка екологічних змін (таких як обмеження паління, сприяння раціональному харчуванню, співробітництво з продовольчими виробниками); профілактична робота, спрямована на дітей і молодих людей. Найбільший вплив на здоров'я населення мало виконання Північного карельського проекту. Проект сприяв змінам політики в питаннях здоров'я, сільського господарства і торгівлі в межах Фінляндії в цілому (наприклад, харчова промисловість, яка співпрацювала з проектом, запровадила знежирені молочні продукти, зменшила кількість солі в кількох продуктах).

Крім того, була виконана національна Програма, що включала кілька різних стратегій: Стратегію харчових втручань і підвищеної фізичної активності; Стратегію високого ризику, що передбачала співпрацю з харчовою промисловістю (наприклад, постачання молочних продуктів з низьким відсотком тваринного жиру і підвищеним використанням рослинної олії). Були прийняті закони щодо здорового харчування.

Особлива увага у Фінляндії приділяється здоров'ю дітей. Безкоштовні клініки здоров'я дитини існували у Фінляндії з кінця 40-х р. минулого століття. Головною метою було й лишається сприяння здоровому способу життя заради здоров'я майбутніх поколінь.

Японія

В охороні здоров'я Японії існує тенденція спрямовувати істотні зусилля на групи населення визначеного ризику. Це означає, що охорона здоров'я повинна все більше уваги приділяти поліпшенню здорового способу життя. Відповідаючи на цей історичний виклик для охорони здоров'я, ще у 1994 р. закон про Центр охорони здоров'я (1947) був відмінений і прийнятий новий закон – про здоров'я територіальної громади. Закон про здоров'я територіальної громади визначає відповідальність та організацію послуг охорони громадського здоров'я й окреслює в загальних рисах, що головним чином муніципалітети відповідальні за надання медичного обслуговування жителям їх територій. Значна увага акцентується на здоров'ї матері і дитини.

У 1947 р. був прийнятий закон про охорону дитинства, що включав наступні регулюючі положення:

губернатор кожної префектури повинен сприяти послугам санітарної освіти під час вагітності й догляду за дитиною;

губернатор повинен гарантувати, що медичні огляди дітей до 7 років виконуються в обов'язковому порядку;

інституціональна допомога має бути надана усім вагітним жінкам, які її потребують.

Для охорони здоров'я дорослого населення мають значення контроль держави за гігієною праці, робочими місцями; заходи щодо хвороб, пов'язаних зі способом життя; послуги охорони здоров'я для людей похилого віку; контроль за поширеними інфекційними захворюваннями, а також Програма масової вакцинації.

Таким шляхом Японія досягла високого рівня здоров'я населення. Ефективна система охорони громадського здоров'я відіграє важливу роль у зменшенні смертності й захворюваності. Люди можуть використовувати профілактичні послуги, такі як імунізація, медичні діагностичні огляди в центрах охорони громадського здоров'я, муніципальних поліклініках чи клініках. Люди можуть перевіряти загальний стан свого здоров'я й отримувати послуги санітарної освіти, надані на територіальному рівні й робочих місцях.

У кожній муніципальній області для планування здоров'я територіальної громади і сприяння участі громадськості у здійсненні плану діє комітет з питань сприяння здоров'ю територіальної громади. Довга тривалість життя в Японії значною мірою є результатом скорочення дитячої смертності і смертельних випадків з інфарктами, цереброваскулярних захворювань. Недавнє зниження смертельних випадків від цереброваскулярних хвороб відображає ефективну співпрацю мережі територіальних об'єднань, важливу роль медсестер в охороні громадського здоров'я.

Разом з тим суспільство з довгою тривалістю життя населення стикається з підвищенням рівня хвороб, пов'язаних зі способом життя, порушеннями функціонування органів кровообігу, захворюваннями на рак. Тому Японія потребує подальшого вдосконалення політики, зорієнтованої на здоров'я населення, заохочення його вести більш здоровий спосіб

життя. Щоб упоратися з цією проблемою, японський уряд прийняв національну Програму «Здорові Люди – 21». Ця програма сприятиме активній участі населення у збереженні власного здоров'я. Основна її ідея – співпраця уряду і населення в охороні громадського здоров'я.

Швеція

Аналіз концепції соціального забезпечення охорони здоров'я населення Швеції показав, що в країні розроблені політика і стратегія, а також конкретні програми і проекти, що сприяють збереженню здоров'я населення та попередженню захворювання, реабілітації. До пріоритетних проблем зараховані: проблеми здорових робочих місць; погіршення психічного здоров'я, особливо серед молоді; малорухомий спосіб життя; збільшення вживання алкоголю. Були також визначені рівні владної відповідальності за охорону громадського здоров'я: національний, регіональний і муніципальний.

До структур, відповідальних за охорону громадського здоров'я на національному рівні, зараховані: Національний інститут громадського здоров'я; Національна адміністрація охорони навколишнього середовища; Національна адміністрація з надзвичайних ситуацій; Національна дорожня служба.

Регіональний рівень представляють – префектури (представники державного управління); регіональні ради (виборні органи, збирачі податків). Муніципальний рівень (громади) – муніципальні ради (виборні органи), місцеві збирачі податків.

Було визначено 11 національних завдань у сфері соцзабезпечення громадського здоров'я:

- участь у житті суспільства і вплив на нього;
- економічна і соціальна безпека;
- безпека і сприятливі умови життя дітей і підлітків;
- більш здорові умови праці;

здорові та безпечні продукти харчування і навколишнє середовище;
система охорони здоров'я, спрямована на охорону суспільного
здоров'я;

ефективний захист від інфекційних хвороб;

безпечні статеві стосунки і репродуктивне здоров'я;

підвищення рівня фізичної активності;

здорове і безпечне харчування;

скорочення вживання тютюну й алкоголю, суспільство, вільне від
заборонених препаратів.

У процесі визначення основних завдань у сфері громадського
здоров'я важлива роль належить правильному розподілу обов'язків між
регіональними радами і громадами. Регіональні ради повинні відповідати
за громадський транспорт, регіональне планування та надання послуг з
охорони здоров'я.

Громади – відповідальні за освіту, соціальні служби та житлове
забезпечення.

У контексті викладеного вище національну політику Швеції у сфері
охорони громадського здоров'я можна визначити як успішну, але
відчувається відсутність закону про громадське здоров'я і його охорону,
хоча в державі й прийнята значна кількість законів, що опосередковано
регламентують проблеми щодо охорони громадського здоров'я.

Уряди країн Європейського Союзу визначають цілі політики з
охорони здоров'я як завдання для різних сфер управління. Це знаходить
своє вираження у змісті відповідних обов'язків різних стейкхолдерів у
прийнятті рішень щодо фінансування і виконання стратегії політики
охорони здоров'я.

У результаті цього аналізу експерти з наукових питань і політики
таких країн, як Англія, Фінляндія, Іспанія і Швеція, які провели анкетне

опитування, підтвердили інформацію щодо використання міжгалузевого підходу в забезпеченні охорони здоров'я населення.

Соціальна політика у сфері охорони здоров'я у 15 країнах ЄС включає в цей процес і лікувальні, і профілактичні підходи. Характерно, що країни з федеральною і децентралізованою системою державного управління розвивають політику з охорони здоров'я населення як на національному рівні, так і враховуючи регіональні аспекти. Оскільки принципи, на основі яких створені політичні засади охорони здоров'я в країнах Європейського Союзу, відрізняються в окремих країнах у контексті соціальних, економічних і політичних питань, оновлена політика ВООЗ рекомендує враховувати національні особливості.

У країнах, де спостерігається більша незалежність управління системою охорони здоров'я, вона має більш тісні взаємозв'язки з іншими суспільними сферами. Окремі сфери розподіляють відповідальність за вплив відповідних детермінант на стан здоров'я. Так, наприклад, сфера державного управління екологічною безпекою є відповідальною за попередження впливу негативних факторів як зовнішнього середовища, так і біологічних харчових добавок, консервантів харчової продукції тощо.

Розглядаючи різні механізми, що використовуються при формуванні державної політики з охорони здоров'я на міжгалузевій основі, ми відмітили, що особливості структури в кожній із досліджуваних країн були зараховані до однієї з трьох категорій: складні, дуалістичні та інтегровані системи. До складних систем охорони здоров'я належать системи в Німеччині, Австрії та Італії. Вони характеризуються одночасно наявністю об'єктивного набору цілей на федеральному рівні відповідно до цілей здоров'я, що рекомендуються Європейським бюро ВООЗ, так і до регіональних особливостей поліпшення здоров'я. У Німеччині, наприклад, були визначені сім цілей для поліпшення здоров'я. В Австрії у плані федерального уряду щодо розвитку охорони здоров'я на трирічний період

включають національні особливості. В обох країнах установлюються пріоритети власної політики щодо питань розвитку охорони здоров'я. В зазначених трьох країнах функціонування система охорони здоров'я характеризується розподілом відповідальності у межах загальної стратегії між різними сферами господарювання.

Фінляндія, Нідерланди, Іспанія і Швеція належать до країн з дуалістичною структурою системи охорони здоров'я. В них спостерігаються два напрямки соціальної політики у сфері захисту здоров'я громадян. Перший – спрямований на медичні послуги охорони здоров'я: їх доступність, їх якість, медичне і соціальне страхування, розгалуженість провайдерів. Другий пов'язаний з попередженням, профілактикою захворювань, що передаються від людини до людини, профілактичними заходами, спрямованими на дітей і дорослих, сприянням раціональному харчуванню і фізичному розвитку, поліпшенням гігієнічних умов робочих місць і заходів щодо профілактики забруднень навколишнього середовища. Очевидно, що другий напрям потребує для реалізації міжгалузевий механізм забезпечення й управління.

Система охорони здоров'я Великої Британії належить до третьої категорії, при якій відправною точкою для розробки політики є визначення пріоритетів в охороні здоров'я. Для кожного пріоритету охорони здоров'я розробляється група рекомендацій, доречних як для медичних послуг, так і для профілактичних заходів. Тут різні заходи щодо здоров'я об'єднані в глобальну державну політику, що розглядає, як пріоритети цілей здоров'я можуть бути здійснені не тільки в межах системи охорони здоров'я, але й бути спрямовані на більш широкі детермінанти здоров'я, що забезпечуються іншими секторами. Так, система охорони здоров'я розглядається скоріше як один із компонентів національної політики здоров'я, а не є окремою структурою. При цьому медичні й соціальні дії

для виконання цілей національної політики щодо здоров'я можуть бути деякою мірою об'єднані.

Ця система реалізується не тільки на національному, але й на регіональному і місцевому рівнях. Аналізуючи сказане, можна відзначити, що і пріоритети, і використовувані інструменти на національному рівні, ступінь регіональної та місцевої автономії дуже відрізняються в окремих країнах. Розглянуто дві важливі проблеми: медичної допомоги та охорони громадського здоров'я, тобто систему охорони здоров'я як таку, і більш широко – охорони суспільного здоров'я з урахуванням різних детермінант здоров'я. Управлінські механізми, використовувані для їх інтеграції, можуть діяти як на національному, так і регіональному рівні.

Зроблений короткий аналіз дає підстави стверджувати, що відповідні інституції України мають можливість використовувати найкращий міжнародний досвід з соціального забезпечення охорони громадського здоров'я у своїй практичній діяльності.

Висновки до розділу 2

Охорона здоров'я – це система державних і громадських заходів правового, організаційного, соціально-економічного, наукового, культурно-освітнього, санітарно-епідеміологічного, медичного, технічного й іншого характерів, спрямованих на збереження і зміцнення здоров'я людей, запобігання та лікування хвороб, подовження тривалості активного життя і працездатності, забезпечення сприятливих для здоров'я умов побуту й праці, гармонійного фізичного і психічного розвитку дітей та підлітків. Інституційно сфера охорони здоров'я – це сукупність організацій, інститутів і ресурсів, призначених для дій в інтересах здоров'я, тобто надання будь-якого виду допомоги або послуги в

громадській охороні здоров'я чи послуги, що надається на основі міжсекторальних ініціатив для поліпшення здоров'я нації.

Соціальні процеси, що відбуваються в суспільстві, урбанізація, наукові технології (у т. ч. медичні) та інші суспільні фактори впливають на спосіб життя людини й створюють об'єктивні підстави для потенційних і реальних змін у характеристиках її репродуктивного здоров'я та поведінки. Аналіз репродуктивного здоров'я як соціального феномену потребує розгляду різних проблемних блоків. Включення репродуктивного здоров'я в соціокультурний простір перетворює його з біологічного феномену на соціокультурне явище, яке набуває соціального забарвлення. У цьому випадку ми маємо можливість провести порівняльний аналіз впливу різних систем соціальних відносин, соціальних інститутів, культурних цінностей та субкультурних орієнтацій на репродуктивне здоров'я, що є важливим і для соціальної сфери загалом.

РОЗДІЛ 3

ГОЛОВНІ НАПРЯМКИ РЕФОРМУВАННЯ СФЕРИ

3.1. Перспективи співпраці держави, місцевого самоврядування та неурядових організацій у соціальному забезпеченні сфери охорони здоров'я

Здоров'я людини є чинником «людського капіталу» держави, який зумовлює рівень продуктивності праці в суспільстві й визначає перспективи соціально-економічного розвитку держави. Саме тому забезпечення охорони здоров'я населення є першочерговим державним соціальним людинолюбчим завданням. Проте тільки загальносуспільне усвідомлення цінності здоров'я громадян може стати передумовою розробки і впровадження реформ у системі охорони здоров'я в Україні.

Створення громадських організацій з метою поліпшення здоров'я населення є реальним шляхом до збереження етносу.

Цей процес відбувається в Україні за двома схемами:

розробка міжнародних партнерських проектів і програм з питань здоров'я, до яких належали Українсько-Канадські програми «Партнери в охороні здоров'я», «Міста здоров'я», «Молодь за здоров'я» (1993–2013 р.), що охоплювали здебільшого освітні заклади;

створення національних програм з різних аспектів здоров'я населення – СНІДу, наркоманії, тютюнопаління, алкоголізму та міжгалузевої національної програми «Здоров'я нації».

Значну роль у соціальній ефективності реформ відіграє освітня галузь, покликана реалізувати нову концепцію профілактичної медичної освіти. І власне людина в цій концепції є не пасивним «предметом»

підкування медицини, а самостійним активним будівником власного здоров'я.

Роль громадських організацій при демократичних суспільних перетвореннях надзвичайно велика. Так, ступінь демократичної спрямованості змін прийнято визначати за ступенем участі громадськості і, особливо, у формі неурядових громадських організацій в управлінні державою. Роль громадських організацій стосовно доступу до процесів прийняття рішень владними структурами найбільш суттєва і результативна на місцевому рівні. Саме участь громадськості в процесі обговорення і прийняття рішень владою робить дії останньої прозорими, підвищує відповідальність політиків і представників влади перед громадянами, перешкоджає корупції, сприяє ефективному державному управлінню і покращанню соціально-економічного становища в країні.

Велике значення у підвищенні ефективності й результативності участі громадських організацій у прийнятті управлінських рішень з приводу надання окремих державних послуг мають форма і механізми участі громадськості в державному управлінні. Їх розвиток є завданням демократичної влади, особливо місцевого рівня в умовах ініціативи представників громадянського суспільства. Найбільш поширеними стратегіями і методами участі громадськості у прийнятті рішень і політиці державної влади є: проведення громадських слухань; організація громадських дорадчих груп; соціальний моніторинг щодо надання державних послуг; проведення аналітичних досліджень; розробка прогностичних планів тощо [54].

Роль участі громадськості у виробленні та реалізації політики в галузі охорони здоров'я на місцевому рівні характеризується використанням різних форм взаємодії у прийнятті рішень органами місцевого самоврядування залежно від стадії просування реформ, але

основна риса – взаємодія у прийнятті рішень – залишається незмінною в співпраці влади й громадськості.

Першим етапом взаємодії можна вважати:

участь у розробці рішень (до цієї роботи слід зарахувати визначення суспільної думки шляхом опитування);

обробку та оприлюднення отриманих результатів; визначення пріоритетних питань, що потребують прийняття рішень;

обговорення отриманих результатів;

аналітичне дослідження ситуації, визначеної як пріоритетна;

визначення проблеми для прийняття рішення через аналіз ситуації.

Другим етапом взаємодії громадських організацій щодо соцзабезпечення в галузі охорони здоров'я є участь у прийнятті рішень. До цієї роботи належать:

утворення робочих груп з обговорення і складання рішень органами місцевого самоврядування;

утворення дорадчого комітету;

взаємодія громадян з обраними ними представниками влади (через засоби масової інформації, робочі наради); безпосередня участь громадян у прийнятті рішення.

Третім етапом є реалізація рішень та регулярний контроль і оцінка діяльності органів влади.

Ефективним інструментом розвитку участі громадськості в розробці й прийнятті рішень слід вважати застосування комплексної методології із включенням перерахованих форм та участю громадян на всіх етапах управління процесом реформування системи охорони здоров'я на муніципальному рівні, що сприятиме ефективності, відповідальності та відкритості дій владних структур.

Недоліками активного втручання населення у прийняття соціально важливих рішень із задоволення потреб територіальної громади є

недостатня обізнаність щодо можливостей і дій громадських організацій, незначний досвід використання методів соціального моніторингу та маркетингу. Навчання населення прийомів громадської роботи посилює роль і відповідальність самих громадян, зменшує опір інноваційним владним рішенням, сприяє розвитку регіонального управління та місцевого самоврядування.

Важливим аспектом участі громадськості у прийнятті й підготовці рішень з реформування муніципальної системи охорони здоров'я є забезпечення якісної експертної підтримки, яка базується на доказовому науковому аналізі проблеми і науковому стратегічному плануванні.

Соціальна політика з охорони громадського здоров'я в сучасних умовах повинна базуватися на рівних можливостях щодо охорони здоров'я, залученні громадян до розробки, впровадження та контролю за виконанням управлінських рішень, а також на розвитку міжгалузевих взаємозв'язків у державному управлінні охороною громадського здоров'я. Міжгалузеві взаємозв'язки не можуть розвиватися в межах традиційних технологій управління. Потрібні нові функціонально-структурні можливості управління, до яких у першу чергу належать міжгалузеві підходи. Інструментом, що сприяє новій технології управління, є реалізація дієвих заходів, спрямованих на підтримку та зміцнення суспільного здоров'я, шляхом збереження як довкілля, так і умов праці, проживання та корекції факторів ризику захворювань. Така політика за суттю є міжгалузевою за масштабами реалізації та об'єднуючою за стратегією державного управління суспільним здоров'ям. При цьому дана стратегія не має обмежень «по горизонталі» державного управління, а також стосується всіх рівнів управління і «по вертикалі» – національного, регіонального та рівня місцевого самоврядування.

Основні засади державної політики та стратегій, що передбачають необхідність нової управлінської технології на основі міжсекторального

підходу, як зазначалось вище, базуються на документах Оттавської хартії, проголошеної на Першій міжнародній конференції з поліпшення здоров'я. Даний документ уперше привернув увагу політиків та урядовців усіх рівнів до базових соціально-економічних умов, що впливають на стан здоров'я населення. Пріоритетного значення набули суто політичні аспекти, зокрема такі як зменшення несправедливості й нерівності в доступі до послуг з охорони здоров'я тощо. Були запропоновані стратегії, які в процесі забезпечення здоров'я населення включали підтримку громадських дій та дій неурядових організацій, окремих рівнів та галузей управління і вперше передбачали необхідність перетворення процесу управління охороною здоров'я на міжсекторальну діяльність.

Можна виокремити п'ять стратегій соціальної політики та дієвих заходів щодо формування і збереження здоров'я населення, зокрема на регіональному рівні:

розробка та впровадження державної політики, яка могла б гарантувати внесок кожної сфери суспільного життя у забезпечення реальних умов для збереження, зміцнення та відновлення здоров'я;

створення сприятливих умов навколишнього середовища (техногенних, соціальних, економічних, культурних та духовних), що дозволить адаптуватись до трансформаційних суспільних процесів, включаючи галузь нових технологій та організацію і безпеку праці (здорові робочі місця, чисте повітря, вода, продукти харчування тощо);

посилення діяльності на рівні територіальних громад. У населення окремих адміністративних територій має бути можливість визначати пріоритети, а в органів місцевого самоврядування – розробляти та схвалювати адекватні управлінські рішення стосовно проблем здоров'я окремої громади;

розвиток індивідуальних навичок та вмінь, необхідних для підтримання здоров'я і самореалізації людини;

переорієнтація самої системи охорони здоров'я на пріоритетне забезпечення попередження захворювань та первинної медико-санітарної допомоги, а не тільки на відновлення індивідуального здоров'я.

Аналіз завдань міжгалузевої взаємодії дозволив класифікувати основні чинники формування суспільного здоров'я на національному та регіональному рівнях. Розвиток міжгалузевої співпраці є складним процесом, який повинен базуватися на наступних положеннях:

міжгалузева взаємодія та проведення громадських заходів мають враховувати місцеві умови й забезпечувати участь населення;

розвиток міжгалузевої взаємодії відбувається завдяки об'єднаним програмам між організаціями, діяльність яких спрямована на вирішення конкретної проблеми;

для підтримки міжгалузевої взаємодії необхідне розуміння та відданість фахівців різних сфер зазначеній співпраці;

потрібне забезпечення взаємодії місцевих неурядових інституцій при прийнятті управлінських рішень щодо покращення стану здоров'я територіальної громади;

мотивацією для міжгалузевої взаємодії медичних працівників має бути збереження здоров'я населення;

необхідна чітка вертикальна координація міжгалузевої взаємодії на всіх рівнях державного управління, включаючи регіональне управління та місцеве самоврядування, а також ефективне залучення до вищого координаційного органу представників нижчих рівнів.

Системний аналіз літературних джерел за темою дослідження [7-84] дав можливість виявити чинники, що впливають на міжгалузеву координацію:

інституціоналізація державного управління охороною суспільного здоров'я, особливо на регіональному рівні;

наявність економічних стимулів та механізмів їх упровадження;

розвиток необхідної інфраструктури;

чітко окреслені відносини між органами виконавчої влади та організаціями, що несуть відповідальність за екологічне здоров'я і прийняття політичних рішень на окремих рівнях;

розвиток координуючих систем на національному та регіональному рівнях;

розроблення програм соціально-економічного розвитку з урахуванням стану та ризиків суспільного здоров'я;

встановлення відповідних нормативів та стандартів, проведення наукових досліджень згідно з пріоритетними напрямками;

забезпечення міжурядової та внутрішньоурядової взаємодії щодо проблем суспільного здоров'я (міжурядові консультативні ради, координаційні ради з охорони суспільного здоров'я тощо);

встановлення зв'язків між координаційною діяльністю та проектним плануванням.

Таким чином, для розвитку міжгалузевої взаємодії з охорони здоров'я необхідно сформувати адекватну правову базу та створити відповідні інституції, розподілити повноваження і ресурсні засоби, впровадити заплановані заходи і, нарешті, здійснити контроль за роботою всіх складових системи згідно з визначеними вимогами.

До міжгалузевої кооперації з охорони здоров'я необхідно залучати не лише організації, що несуть пряму відповідальність за стан здоров'я населення, але й ті, діяльність яких опосередковано впливає на здоров'я людей (наприклад, освітні, екологічні, будівельні, економічні, комерційні, транспортні тощо). Тут виникають управлінські проблеми міжсекторальної кооперації. Інтегруючи цінності та принципи суспільного здоров'я в систему державного управління і соціального захисту, можна позбутися багатьох проблем.

Вивчення, поширення та сприйняття населенням принципів індивідуального й суспільного здоров'я, забезпечення законодавчої бази сприятимуть удосконаленню державної політики у цій сфері, чіткому прийняттю управлінських (політичних) рішень, плануванню відповідних програм або проектів.

Основними умовами успішного міжгалузевого інтегрування в соціальному забезпеченні є громадське схвалення та ефективне регіональне управління; документальне підтвердження відповідної екологічної політики; застосування координаційних механізмів для вирішення питань суспільного здоров'я; створення необхідних політичних інституцій та виконавчих структур; визначення основних стратегічних напрямів; технічна готовність; вертикальна координація; ресурсне забезпечення.

На національному та регіональному рівнях необхідно створити політичні організації з чіткими функціями та обов'язками. Вони можуть належати до структури Кабінету Міністрів, міжміністерського рівня тощо. Політичні інституції можуть створюватись у межах вже існуючих структур чи бути новоутвореними. Участь в їх діяльності міністерства охорони здоров'я та навколишнього середовища є необхідною. Окрім того, потрібно заснувати секретаріат (координаційну раду), який би координував міжсекторальну взаємодію всіх необхідних галузей.

При прийнятті політичних та управлінських рішень щодо покращення суспільного здоров'я великої уваги потребують вивчення існуючих проектів та оцінка стану здоров'я. Керуючись основними політичними пріоритетами, виконавчі структури мають проводити моніторинг, визначати процедури для оцінювання стану суспільного здоров'я, надавати рекомендації при плануванні, розвивати інноваційні методи територіального управління тощо. Деякі з цих видів діяльності

вимагають законодавчої підтримки на національному та регіональному рівнях.

Необхідне інформаційне забезпечення інтегрованого планування, щоб уникнути дублювання на рівні організацій виконавчої влади та скоординованого використання ресурсів усіх галузей. Для цього потрібні значні кошти. Тому, маючи певні ресурси, виконавчі установи можуть самостійно проводити деякі дослідження.

Розширення системи прийняття управлінських рішень щодо міжгалузевої координації заходів з охорони суспільного здоров'я призведе до збільшення кількості адміністративних структур: міжурядових політичних організацій, національних та регіональних координаційних інституцій (координаційні ради, робочі й технічні групи, управлінські комісії). Важливо, щоб адміністративні інституції вели активну діяльність, мали законний статус та чітко визначені обов'язки.

У процесі децентралізації все більшу роль у збереженні та зміцненні суспільного здоров'я відіграє система місцевого самоврядування. Законом України «Про місцеве самоврядування в Україні» визнається, що до відання виконавчих органів сільських, селищних, міських рад у цій сфері входять управління закладами охорони здоров'я, які належать і територіальним громадам або передані їм; організація їх матеріально-технічного та фінансового забезпечення; організація медичного обслуговування в закладах освіти, культури, фізкультури та спорту, оздоровчих установах; забезпечення розвитку всіх видів медичного обслуговування, розвитку та вдосконалення мережі лікувальних закладів усіх форм власності, визначення потреб у підготовці спеціалістів для них, організація роботи з підвищення кваліфікації кадрів; забезпечення відповідно до законодавства пільгових категорій населення ліками та виробами медичного призначення; реєстрація згідно із законодавством статутів (положень) розміщених на відповідній території установ охорони

здоров'я незалежно від форм власності; внесення пропозицій у відповідні органи щодо ліцензування індивідуальної підприємницької діяльності у сфері охорони здоров'я.

3.2. Вектор спрямування соціального забезпечення медичної сфери за умов структурного реформування галузі

Сучасний стан охорони здоров'я населення України, як свідчать наукові публікації та відповідні соціальні практики, ще не відповідають потребам демократичного суспільства, умовам реалізації конституційних прав громадян на охорону здоров'я.

Не принижуючи важливості й значущості існуючих наукових досліджень, можна стверджувати, що теоретичні та практичні аспекти соціального забезпечення розвитку медичної галузі в умовах її реформування вивчено недостатньо. Зокрема, це стосується понятійно-категоріального апарату. Ученими досі уточнюється сутність понять «соціальне забезпечення галузі охорони здоров'я», «державне управління системою охорони здоров'я», «медична допомога», «розвиток медичної допомоги». Так, під управлінням та системою соцзабезпечення охорони здоров'я маються на увазі цілеспрямовані дії щодо посилення впливу держави на зміцнення здоров'я громадян, що реалізуються завдяки організуючим, регулюючим, контролюючим заходам та здійснюються органами державної влади з метою надання населенню якісної медичної допомоги. У свою чергу, «медична допомога» визначається як комплекс заходів, що здійснюються медичними фахівцями з метою профілактики, діагностики та лікування захворювань.

Лікувально-профілактичні заклади за ринкових умов є основними структурними складовими соціально-економічної системи, якій властиві

зворотні та незворотні процеси, тобто якісні та кількісні зміни у сфері суспільної продуктивності праці та виробничих відносин. У зв'язку з цим особливого значення набуває поняття «розвиток медичної допомоги» як цілеспрямований, закономірний, незворотний, багаторівневий, керований, відтворювальний, змінний процес діяльності суб'єктів надання медичної допомоги, основними характеристиками якого є якість, прийнятність, законність, професійність, результативність. Отже, лікувально-профілактичні заклади є структурними елементами системи соцзахисту в сфері охорони здоров'я, що здійснюють цей процес з використанням ресурсного потенціалу, новітніх медичних технологій, сучасних стандартів, клінічних протоколів у гармонійному зв'язку з соціальними та економічними факторами розвитку.

Як зазначає В.Г. Шевцов [74-77], розвиток сучасної ринкової економіки потребує трансформації системи охорони здоров'я, адаптації її до ринкових умов – передусім, переходу до страхової медицини. Узагальнення досвіду розвинених країн Європи свідчить про важливість страхової медицини як потужного джерела фінансування охорони здоров'я. Вона є поширеною як у країнах з бюджетним фінансуванням, так і в країнах із соціальним медичним страхуванням.

Соціальне забезпечення системи охорони здоров'я об'єднує низку функцій (організаційно-правову, соціально-економічну), реалізація яких наражається на гострі протиріччя між керуючою та керованою підсистемами, невідповідність фактичних потреб населення реальним можливостям галузі охорони здоров'я. Розв'язання цих суперечностей потребує вдосконалення та впровадження дієвих механізмів державного управління, передусім, організаційного, економічного, правового, соціального.

Ефективність системи соціального забезпечення охороною здоров'я залежить від співвідношення складності інформації керованої і керуючої

підсистем. Окрім того, відносно самостійний розвиток взаємодіючих підсистем може порушувати рівноваги комплексу «керуюча підсистема – технологічна підсистема – керована підсистема». В.Г. Шевцов пропонує структуру системи управління і соціального забезпечення охороною здоров'я України (рис. 3.1), що дає змогу виокремити закономірності впливу на використання ресурсів об'єктами господарської діяльності (лікувально-профілактичні заклади, фізичні особи), а також враховувати можливості застосування нових технологій, приладів, медикаментів, способів і методів лікування, розширювати технологічні і ресурсні можливості управлінських структур у зв'язку з формуванням ринку медичних послуг, страхової медицини, а відтак, – розширити єдиний медичний простір.

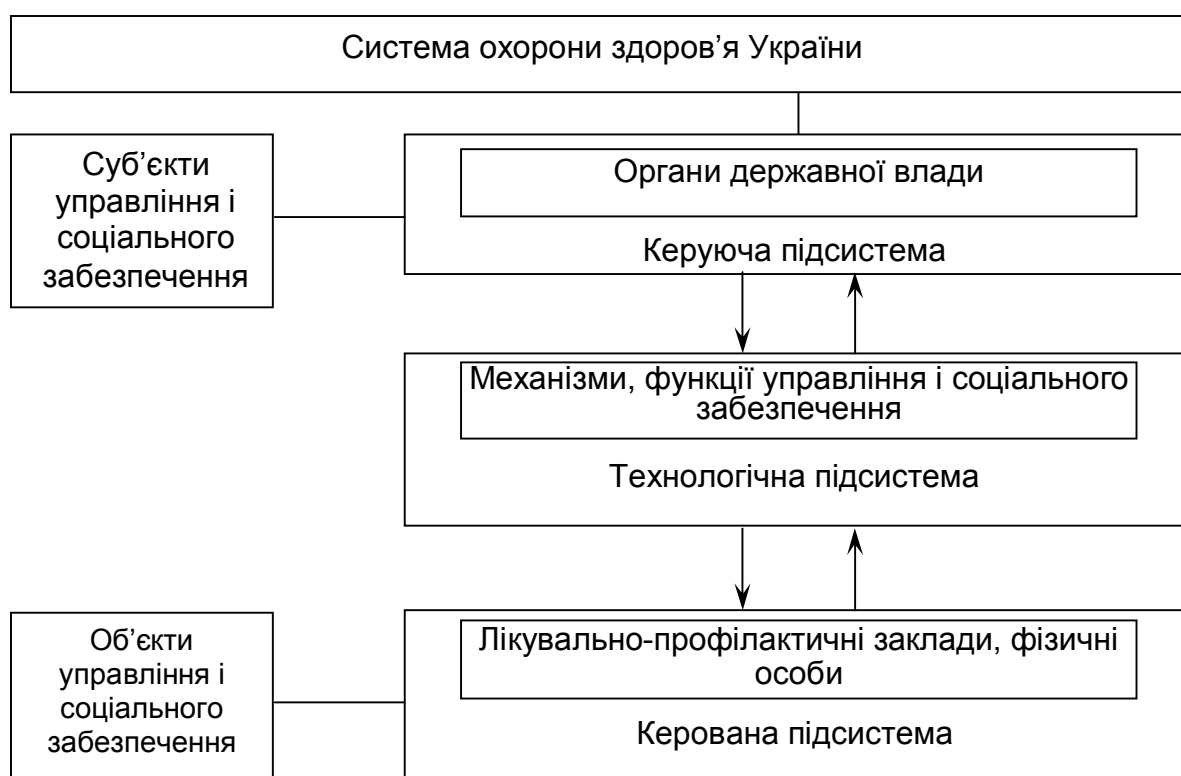


Рис. 3.1. Структура системи соціального управління і соціального забезпечення охороною здоров'я України (за В.Г. Шевцовим) [78].

Дієвість соціального забезпечення системи охорони здоров'я визначається за такими критеріями, як ефективність (співвідношення між витратами на проведення реорганізації галузі та досягнутими результатами), економічність (намагання отримання певних результатів з найменшими витратами) та результативність (міра досягнення поставленої мети) і в ринкових умовах залежить від наслідків функціонування системи надання якісних медичних послуг.

Розвинуті соціальні практики свідчать про те, що механізми соціального забезпечення є визначальними детермінантами діяльності системи охорони здоров'я. В умовах ринкової економіки державне регулювання ресурсним забезпеченням системи охорони здоров'я має вирішальне значення щодо підвищення ефективності її функціонування. Розбудова ринку, як основи економічної політики держави, спонукає до переосмислення цінностей та принципів функціонування системи охорони здоров'я, зміни її парадигми.

Оскільки у сучасних умовах розвитку в українському суспільстві формуються ринкові відносини, необхідною умовою забезпечення сталого розвитку системи охорони здоров'я є поєднання державного і ринкового механізмів управління [81].

На основі узагальнення світового досвіду виділено два підходи щодо розвитку системи соціального захисту і соціального забезпечення охорони здоров'я: підвищення ефективності національних систем охорони здоров'я у поєднанні з механізмами стимулювання суспільних витрат на охорону здоров'я – концепція «good governance» (концепція «доброго управління»); збільшення державних витрат на охорону здоров'я. Зазначається, що в європейських країнах останнім часом переглядаються погляди на роль держави в охороні здоров'я. У більшості країн реформуються системи охорони здоров'я за принципами солідарності, загальнодоступності надання медичної допомоги, фінансування охорони здоров'я.

В.Г. Шевцов у цьому контексті розглядає традиційні моделі організації охорони здоров'я, що діють в європейських країнах і мають перспективу запровадження в Україні. Сучасні світові моделі соцзабезпечення системи охорони здоров'я – державна (система Беверіджа: виступає засобом соціального захисту широких верст населення); державно-ринкова (система Бісмарка: ринково орієнтована система охорони здоров'я); ринкова (модель США: побудована на взаємодії лікарів і пацієнтів, як вільних суб'єктів ринку). Кожна з моделей має певні особливості, які необхідно враховувати в Україні, узгоджуючи їх з вітчизняними традиціями [74-81].

Визначено, що для реформування системи охорони здоров'я в Україні необхідно забезпечувати гарантії прав громадян на медичну допомогу, привести відносини суб'єктів системи у відповідність з базовими умовами суспільного середовища для регульованого і ефективного процесу розвитку системи медичної допомоги з упровадженням страхової медицини.

Реалізація соціальної політики у сфері охорони здоров'я має спиратися на комплекс досконалих законодавчих актів, що створюють правову основу для впровадження обов'язкового медичного страхування. Одним з важливих чинників удосконалення законодавства є оптимальне визначення вимог, що застосовуються в процесі створення законів та підзаконних актів.

У процесі удосконалення законодавчої бази в галузі охорони здоров'я повинні бути вирішені завдання розробки та прийняття законів, що стосуються прав пацієнтів, діяльності медичних закладів, електронного документообігу в охороні здоров'я тощо. Відпрацьовуючи проекти законів, обов'язково необхідно враховувати зв'язок з чинним законодавством та особливості кожного регіону, його демографічні, кліматичні і соціально-економічні умови.

Таким чином, процес створення нормативно-правових актів – це сукупність послідовних організаційних дій, що регулюються конституційними та іншими юридичними нормами. Але всі вони базуються на конкретних соціально-економічних умовах, що складаються в країні та характеризують саме процеси взаємовідносин держави і суспільства.

Невід’ємною складовою сталого розвитку системи охорони здоров’я є страхова медицина з її фондами та агенціями, які безпосередньо оплачують послуги, надані лікувально-профілактичними закладами. На підставі результатів проведених соціологічних досліджень можна стверджувати, що упровадження бюджетно-страхової моделі в Україні дозволяє забезпечувати стабільний розвиток медичної галузі та передбачати багатоканальність оплати медичних послуг (рис. 3.2).

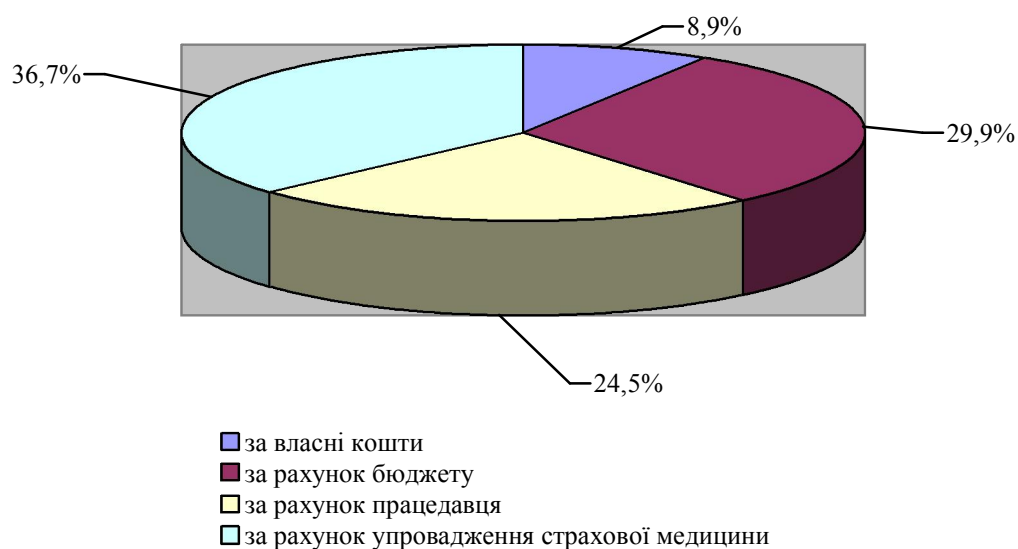


Рис. 3.2. Оплата вартості медичної допомоги в Україні

Таким чином, створення інституції соціально-економічного розвитку медичної допомоги є новою та характерною саме для ринкових відносин,

які знаходяться у стані формування, а система обов'язкового медичного страхування стає складовою системи соціального захисту населення. Отже, Україні потрібен інститут страхової медицини як сукупність однорідних норм права, які регулюють суспільні відносини щодо застосування та реалізації механізмів управління медичним страхуванням. Він має стати елементом структури управління за ринкових умов поряд з такими складовими, як інститути конкурентного середовища, приватної власності, банківського регулювання, ринку цінних паперів тощо.

Основними пріоритетами розвитку медичної галузі в Україні є розширення багатокладності, формування єдиного медичного простору для раціонального використання наявних потужностей і ресурсів, введення гарантованого обсягу та забезпечення високого рівня медичної допомоги, перехід до державно-страхового фінансування, організація керованої медико-санітарної допомоги з використанням інституту сімейного лікаря.

Стратегія розвитку системи охорони здоров'я передбачає перехід від вертикального (нормативно-адміністративного) вектора співвідносності лікувально-профілактичних закладів до горизонтального типу взаємодії суб'єктів медичного простору на рівноправних економічних відносинах; перехід до страхової медицини; створення нових управлінських структур (територіального управління медичною допомогою тощо); формування системи фінансування з багатоканальним надходженням коштів, надання лікувально-профілактичним закладам права фондоутримання і скасування постатейних витрат; структурна зміна системи надання медичної допомоги з переважним розвитком мережі закладів первинної медико-санітарної допомоги.

Отже, пріоритетні напрямки розвитку соціального забезпечення медичної допомоги мають відповідати таким цілям: поліпшення показників стану здоров'я населення; загальнодоступність медичного обслуговування; поєднання збільшення фінансування із стримуванням

зростання собівартості послуг і ефективним використанням ресурсів; залучення до управління медичною галуззю громадськості.

При адаптації медичної галузі до ринкових умов важливу роль відіграють механізми державного управління, які забезпечують ефективність та стабілізують функціонування всієї системи управління. В роботі запропоновано комплексний механізм соціального забезпечення розвитком галузі, що включає такі важливі елементи, як організація системи охорони здоров'я з тривірневою медичною допомогою (первинною, вторинною, третинною), фінансування галузі, фінансові засоби, регулювання діяльності з метою поєднання засобів державного впливу і ринкових механізмів (рис. 3.3).

Запровадження комплексного механізму соціального забезпечення охорони здоров'я з запровадженням страхової медицини в Україні продиктовано наступними умовами: держава фінансує лікувально-профілактичні заклади за рахунок податків, підприємств та окремих громадян; медична допомога та послуги сплачує держава та посередники; ресурсне забезпечення здійснює держава, підприємства та посередники на ринку медичних послуг, де визначається попит та пропозиція.

Надання якісних медичних послуг безпосередньо пов'язується з контролем діяльності суб'єктів лікування. Контроль професійності надання медичної допомоги проводиться на основі історій хвороб. При цьому конкретизується правильність поставлених діагнозів і відповідність їм лікувально-профілактичних заходів, а також результати лікування (медична ефективність). З метою покращання контролю, розроблено експертну картку оцінки рівня діагностично-лікувального процесу в ЛПЗ, де відображається відповідність діагностики лікувальним заходам у кожному конкретному випадку за стандартами якості, розробленими МОЗ України. На підставі цього контролю визначається рівень якості і ефективності медичної допомоги лікаря, відділення, закладу загалом.

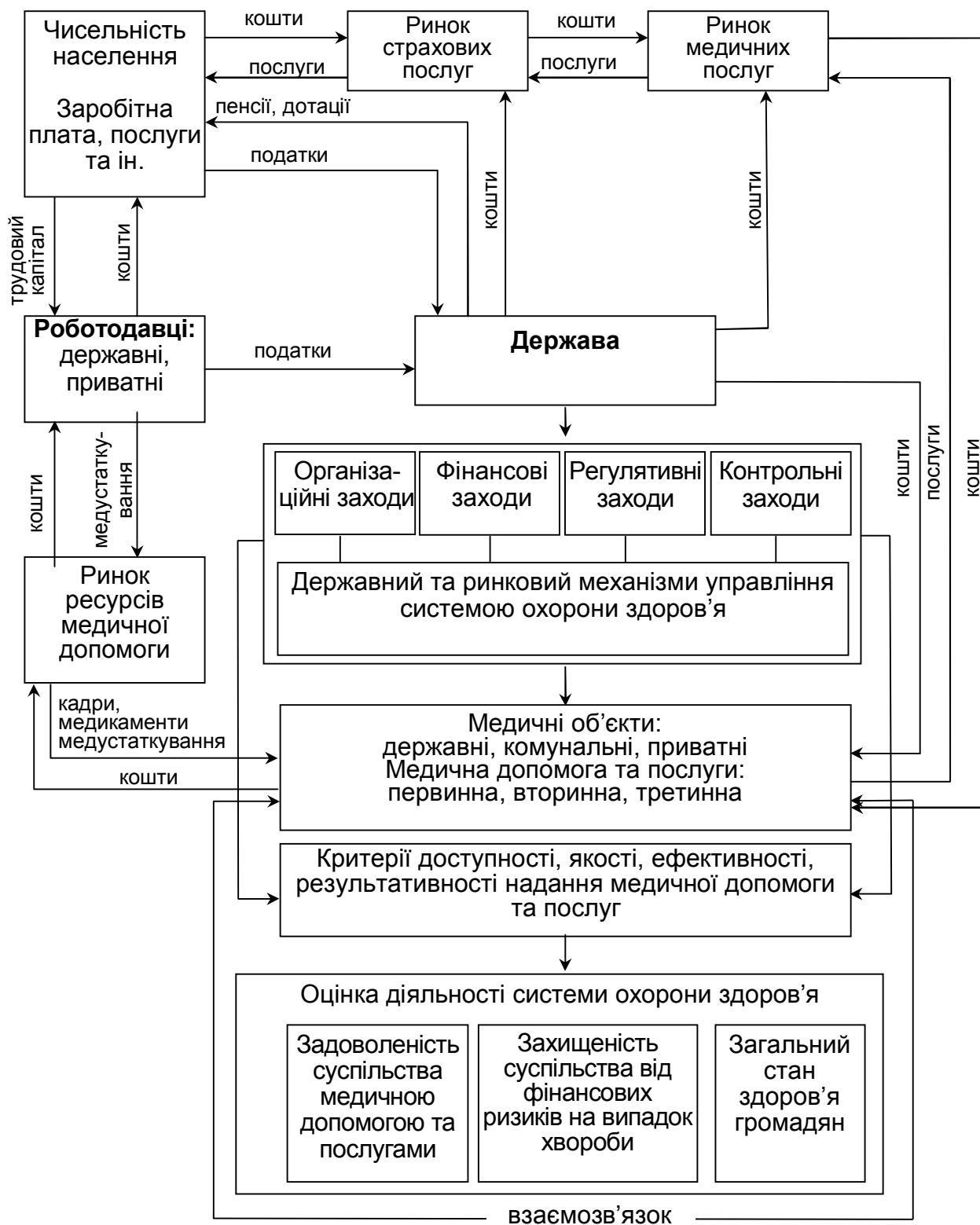


Рис. 3.3. Комплексний механізм соціального забезпечення системи охорони здоров'я (за В.Г. Шевцовим) [75]

Рівень якості і ефективності надання медичної допомоги в лікувально-профілактичному закладі має декілька ступенів контролю: на рівні завідуючого відділенням; на рівні заступника головного лікаря закладу; на рівні головного лікаря (менеджера) закладу. Крім цього, контроль якості та ефективності надання медичної допомоги здійснюється спеціалістами районного, міського, обласного і республіканського рівнів. Така багатоступеневість контролю обумовлена високою персональною відповідальністю лікарів за стан здоров'я пацієнтів і їх життя.

Висновки до розділу 3

Ефективність соціального забезпечення медичних закладів і розвитку медичної допомоги залежить прямо пропорційно від рівня соціальної і правової культури управлінського та медичного персоналу, що вимагає підготовки нової генерації керівників та менеджерів галузі. Соціальний менеджер у галузі медичної допомоги керує інфраструктурою з метою ефективно організації надання медичних послуг. Такий фахівець має, з одного боку, підпорядковувати організаційні структури медичної допомоги завданням виконання замовлення, а з іншого, – представляти інтереси сфери професійної медичної діяльності перед замовником з інших сфер.

Доцільною є побудова стандартизацією медичної допомоги та медичного страхування для визначення єдиних принципів і підходів до стандартизації та забезпечення ефективного соціального забезпечення на всіх рівнях організації охорони здоров'я при впровадженні страхової медицини в Україні. Забезпечення стабільного функціонування бюджетно-страхової моделі фінансування системи охорони здоров'я в Україні потребує реалізації комплексу заходів з урахуванням часового чинника.

ВИСНОВКИ

1. Всебічний аналіз літературних джерел показав, що соціальне забезпечення сфери медичної допомоги в Україні поки ще не відповідає суспільним потребам. Встановлено значну невідповідність досягнутого рівня медичної допомоги в Україні і управління нею сучасному рівню світової медицини, потребам формування демократичного суспільства, реалізації конституційних прав громадян на охорону здоров'я. Потребують подальшого удосконалення нормативно-правова база стандартизації медичної допомоги та механізми соціального забезпечення системи.

2. Потребує подальшого розвитку категорійно-понятійний апарат соціального забезпечення сфери охорони здоров'я. Зокрема, це стосується поняття «розвиток медичної допомоги», що відображає цілеспрямований, закономірний, незворотний, багаторівневий, керований, відтворювальний, змінний процес діяльності суб'єктів надання медичної допомоги. Основними структурними елементами системи соціального захисту охорони здоров'я, що здійснюють цей процес з використанням ресурсного потенціалу, новітніх медичних технологій, сучасних стандартів, клінічних протоколів у гармонійному зв'язку з соціальними та економічними чинниками розвитку є лікувально-профілактичні заклади.

3. Досліджено модель фінансування системи охорони здоров'я як складової соціального забезпечення з упровадженням страхової медицини, як систему упорядкування і концентрації фінансових ресурсів для медичної сфери шляхом включення таких структурних елементів: ринок медичних послуг, лікувально-профілактичні заклади (надавачі медичних послуг), роботодавці, держава (центральні та місцеві органи управління) та

посередники (фонд обов'язкового медичного страхування та страхові агенції). Можемо констатувати, що упровадження бюджетно-страхової моделі трансформує управління системою охороною здоров'я в Україні відповідно до основних пріоритетних напрямів її розвитку: поліпшення здоров'я населення, загальнодоступність медичної допомоги і рівноправність в отриманні послуг, підвищення якості медичного обслуговування.

4. Чітко проявилася доцільність побудови системи управління стандартизацією медичної допомоги та медичного страхування для визначення єдиних принципів і підходів до стандартизації та ефективного соціального забезпечення на всіх рівнях організації охорони здоров'я при впровадженні страхової медицини в Україні. Констатуємо, що забезпечення стабільного функціонування бюджетно-страхової моделі фінансування системи охорони здоров'я в Україні потребує реалізації комплексу заходів з урахуванням часового чинника.

6. Потребують зреалізації пріоритетні напрямки стратегії соціального забезпечення медичної сфери в Україні: впровадження обов'язкового медичного страхування з покладанням функції єдиного платника на національний фонд соціального медичного страхування і його регіональні відділення; удосконалення системи бюджетного фінансування із забезпеченням відокремлення споживача (органи управління охороною здоров'я) і постачальників медичних послуг (заклади системи охорони здоров'я); запровадження державних закупівель медичних послуг усіх рівнів надання медичної допомоги (первинної, вторинної, третинної) шляхом укладання відповідних контрактів; перерозподіл управлінсько-владних повноважень між суб'єктами різних рівнів управління. За Міністерством охорони здоров'я України мають залишитися функції стратегічного планування та прогнозування, державний контроль і нагляд, фінансування загальнонаціональних програм у сфері охорони здоров'я,

здійснення права власності загальнодержавних медичних закладів, що надають населенню спеціалізовану медичну допомогу. Право власності та управління іншими медичними закладами, а також право розпорядження їх майном доцільно передати територіальним громадам чи їх об'єднанням.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Закон України «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії» [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2017-14>
2. Закон України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими народженням та похованням». [Електронний ресурс] – Режим доступу: www.zakon.rada.gov.ua.
3. Закон України «Про основні засади соціального захисту ветеранів праці та інших громадян похилого віку». [Електронний ресурс] – Режим доступу: www.zakon.rada.gov.ua.
4. Закон України «Про соціальні послуги» (№966-IV від 19.06.2003 р.) // Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2003. – №45. – С. 358.
5. Закон України «Про соціальні послуги» [Електронний ресурс] – Режим доступу: www.zakon.rada.gov.ua.
6. Закон України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту». [Електронний ресурс] – Режим доступу: www.zakon.rada.gov.ua.
7. Авраменко Н. В. Державне управління системою охорони здоров'я на регіональному рівні: сучасний стан, шляхи вдосконалення : монографія / Н. В. Авраменко. – Запоріжжя : КПУ, 2010. – 196 с.
8. Авраменко Н. В. Організаційні аспекти державного управління системою охорони здоров'я в Україні / Н.В. Авраменко // Держава та регіони. Серія: Державне управління. – 2010. – № 2. – С. 194-196.
9. Аронов Г. Українські благодійники минулого / Г. Аронов // Вітчизна. – 1996. – № 9-10. – С. 105 – 113.
10. Бадя Л. В. Благотворительность и меценатство: краткий исторический очерк / Л. В. Бадя. – М.: Триста, 1993. – 126 с.

11. Бетлій О. Чи може зачекати реформа системи охорони здоров'я? / О. Бетлій [Електронний ресурс]. – 2012. – Режим доступу: http://www.ier.com.ua/ua/publications/comments/archive_2012/?pid=3486.
12. Бичков С.І. Теоретичні аспекти формування системи соціального захисту населення / С.І.Бичков[Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://academy.gov.ua/ej/ej3/txts/SOCIALNA/01-BICHKOV.pdf>
13. Бобришева О. В. Ефективний розвиток та функціонування ринку медичних послуг в умовах глобалізації економіки та інтеграційних процесів в охороні здоров'я / О. В. Бобришева // Вісник Дніпропетровського університету. – 2014. – № 10/1, том 22. – С. 12-18.
14. Богачев Р.М. Порівняльний аналіз принципів фінансування медичної галузі в Україні та деяких країнах світу / Р.М. Богачев // Вісник НАДУ –2013. – № 4. – С. 24-30.
15. Болотіна Н. Б. Право соціального захисту України : навч. посіб. / Н. Б. Болотіна. – 2-ге вид., перероб. і допов. – К. : Знання, 2008. – 663 с.
16. Бондар А. В. Фінансування галузі охорони здоров'я в Україні та у зарубіжних країнах / А.В. Бондар // Менеджмент та підприємництво в Україні: етапи становлення і проблеми розвитку : [збірник наукових праць] / Відповідальний редактор О. Є. Кузьмін. – Львів : Видавництво Львівської політехніки, 2011. – С. 357-364.
17. Бондарева Л. В. Забезпечення доступної і якісної медичної допомоги на базовому рівні: механізми державного регулювання: автореф. дис. на здобуття наук. ст. канд. екон. наук : спец. 25.00.02 «Механізми державного управління» / Л. В. Бондарева. – Одеса, 2014. – 20 с.
18. Булах І. Є. Інформаційні технології у психології та медицині: підручник / І. Є. Булах, І. І. Хаїмзон. – К.: ВСВ «Медицина», 2011. – 216 с.
19. Ваганов Н. П. О состоянии и перспективах развития службы социальных работников в области материнства и детства / Н. П. Ваганов // Социальная работа. – Вып. 1. – М., 1992. – С. 17 – 19.

20. Васильєва І. В Проблеми реформування системи охорони здоров'я: деякі політико-економічні аспекти / І. В. Васильєва, С. Д. Місержи // Держава і право. – 2010. – № 47. – С. 708-715.

21. Воробйов В.В. Досвід зарубіжних країн в управлінні сферою охорони здоров'я / В.В. Воробйов // Держава та регіони. Сер. Держ. упр. . – 2011. – Вип. 4. – С. 10- 17.

22. Гладун З. В. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації) : Монографія. – Тернопіль. «Економічна думка». 2005. – 460 с.

23. Головатий М. Ф. Соціальна політика і соціальна робота : термінологічно-понятійний словник / М. Ф. Головатий, М. Б. Панасюк. – К. : МАУП, 2005. – 560 с.

24. Горшкова О. А. Опыт социальной работы за рубежом (краткий курс лекций) / О. А. Горшкова. – М.: Социально-технологический институт. – 1999. – 92 с.

25. Грига І. М. Соціальна робота в охороні здоров'я: Метод. рекомендації по проведенню навч. курсу для магістеріуму / І. М. Грига / Школа соціальної роботи Нац. ун-т «Києво-Могилян. акад.» – К.: Вид. дім «КМ Academia», 2001. – (Методична серія). – 82 с.

26. Данко Д. В. Особливості удосконалення регіональних показників громадського здоров'я населення ендемічного регіону / Д. В. Данко, О. В. Фера // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – №1(9). – 2010. – С. 77 – 78.

27. Данко Д. В. Сучасні концептуальні підходи до проблеми громадського здоров'я в Україні і за кордоном / Д. В. Данко, О. В. Фера // Науковий Вісник УжНУ: Серія «Медицина». – Вип. 34. – 2009. – С. 222 – 223.

28. Данко Д.В. Медико-соціальна робота: теорія і практика: [монографія] / Д.В Данко, І.В. Козубовська, А.М. Попович та ін.; за заг.

ред. А.М. Попович. – Ужгород: Видавництво ФОП Бреза А.Е., 2014. – 236 с.

29. Данко Д.В. Соціальна робота в медичній сфері / Д. В. Данко // Науковий вісник УжНУ: Серія застосування «Педагогіка. Соціальна робота». – Вип. 23. – Ужгород. – 2011. – С.39-42.

30. Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр. : у 2 ч. / [кол. авт. ; упоряд. проф. Я. Ф. Радиш ; передм. та заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша]. – К. : НАДУ, 2013. – Ч. 1. – 396 с.

31. Державне управління у сфері соціального захисту населення: теоретичні аспекти / В.В. Лаврухін [Електронний ресурс] – Режим доступу: file:///D:/Downloads/aplup_2015_1-2_10.pdf

32. Дубич К. В. Сучасна система надання соціальних послуг України / К. В. Дубич // Державне управління: удосконалення та розвиток [Електронний ресурс]. — 2015. — № 3. — Режим доступу : <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=821>.

33. Князевич В. М. Державна політика з охорони здоров'я в Україні: перспективи розвитку в умовах системних змін / В. М. Князевич, Т. П. Авраменко // Збірник наукових праць Національної академії державного управління при Президенті України. – 2015. – Вип. 1. – С. 164-179. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/znpnadu_2015_1_15

34. Козлов А. А. Социальная работа за рубежом: состояние, тенденции, перспективы: Сб. науч. очерков / А. А. Козлов. – М.: Флинта, 1998. – 224с.

35. Комысова Н.А., Лебединская О.И. О роли социальных работников в решении медико-социальных проблем / Н.А. Комысова, О.И. Лебединская // Социальная работа. – Вып. 1. – М., 1992, – С.150 – 162.

36. Корвецький О. Питання реалізації державної політики забезпечення доступності медичної допомоги населенню: стан та перспективи розвитку / О. Корвецький, Л. Бондарева // Актуальні

проблеми державного управління : зб.наук. пр. ОРІДУ. – Одеса : ОРІДУ НАДУ, 2012. – Вип. 3(51). – С. 11-14.

37. Кривоконь Н.І. Проблеми соціальної роботи та соціальної політики в Україні [Текст] навчальний посібник / Н.І. Кривоконь. – Чернігів: Чернігівський державний технологічний університет, 2012. – 320 с.

38. Кризина Н. П. Аналіз державної політики в галузі охорони здоров'я в працях українських учених [Електрон. ресурс]. – Режим доступу : <http://www.academy.gov.ua/ej/ej3/txts/GALUZEVE/08-KRIZINA.pdf>

39. Кульгінський Є. Процеси євроінтеграції та їх вплив на реформи системи охорони здоров'я в Україні / Є. Кульгінський // Актуальні проблеми державного управління. – 2015. – Вип. 1. – С. 90-93. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apdyo_2015_1_23

40. Литвиненко М. В. Принципи національної системи охорони здоров'я в Україні / М. В. Литвиненко // Теорія та практика державного управління. – 2015. – Вип. 2 (49). – С.1-8.

41. Лободіна З. Доступність медичної допомоги для населення: проблеми та перспективи забезпечення / З. Лободіна // Ефективність державного управління [Текст] : зб. наук. пр. – Вип. 24. – Львів : ЛРІДУ НАДУ, 2010. – С. 285-292.

42. Лопушняк Г. С. Соціальний захист населення: теоретична концептуалізація та особливості державного управління / Г. С. Лопушняк // Теорія та практика державного управління. – 2011. – Вип. 2. – С. 277-284. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Trpdu_2011_2_46

43. Мартыненко А.В. Теория и практика медико-социальной работы: учеб. пособие / А.В.Мартыненко. – М.: Гардарики, 2007. – 159 с.

44. Мачуга Н.З. Теорія і методологія функціонування системи надання медичних послуг в Україні: дис. на здобуття наук. ступеня д.

екон. наук : спец. 08.00.03: економіка та управління національним господарством / Н.З. Мачуга. – Тернопіль, 2016. – 399 с.

45. Медична та соціальна реабілітація: Навчальний посібник / За заг. ред. І. Р. Мисули, Л. О. Вакуленко. – Тернопіль: ТДМУ, 2005. – 402 с.

46. Михальченко Г. Г. Теоретичні аспекти системи соціального захисту як складової розвитку населення України [Електронний ресурс] / Г. Г. Михальченко, Ю. О. Грищенко // Вісник Національного технічного університету «ХПІ». Технічний прогрес та ефективність виробництва. – 2013. – № 44. – С. 98-107. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vspitp_2013_44_16

47. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років. – Київ, 2015. – 41 с.

48. Новікова О. Концепція соціальної політики України: проблеми і шляхи розв'язання / О. Новікова // Соціальна політика і соціальна робота. – 1998. – №1-2 (5,6). – С. 5 – 15.

49. Овчаров В. К. Необходимость структурных перемен и их медико-экономические тенденции в здравоохранении / В. К. Овчаров, О. П. Щепин // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. – 1996. – №4. – С. 24 – 32.

50. Ойхер Д.Я. Профессионально-педагогическая деятельность социального работника в амбулаторной наркологической службе / Д.Я.Ойхер: Автореф... канд. пед. наук. – 13.00.08 «Теория и методика профессионального образования». – Екатеринбург, 1998. – 113 с.

51. Основні напрями оптимізації системи соціального захисту в Україні : аналіт. доп. / О. О. Кочеміровська, О. М. Пищуліна. – К. : НІСД, 2012. – 88 с.

52. Особливості надання медичних та соціальних послуг для вразливих категорій населення з використанням гендерно-чутливого підходу: Навч. посіб. / Ярошенко А.О., Варбан М.Ю., Шульга Л.О. та ін.;

за заг. ред. Ярошенко А.О. – К.: МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2017 – 112 с.

53. Павлова Л. О. Політико-економічний аналіз системи соціального захисту населення в Україні / Дисертація канд. екон. наук: 08.00.01 / Львів. нац. ун-т ім. Івана Франка. – Львів, 2015.- 200 с.

54. Петрова С. В. Державна політика України у сфері охорони здоров'я в контексті реформи медичного обслуговування / С. В. Петрова. // Теорія та практика державного управління і місцевого самоврядування. – 2014. – № 2. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Ttpdu_2014_2_14

55. Поліщук В. А. Професійна підготовка фахівців соціальної сфери: зарубіжний досвід. Посібник. – Тернопіль: Навчальна книга – Богдан, 2003. – 184 с.

56. Поліщук В.А. Системний підхід до роботи центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді з формування здорового способу життя / В.А.Поліщук // Таврійський вісник освіти: збірник наукових праць. – Херсон, 2013. – № 4. – С.90-96

57. Поляков И. В. О территориальной системе управления качеством медицинской помощи / И. В. Поляков, А. У. Лисанов, Г. Л. Мацько // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. – 1996. – №3. – С. 22.

58. Попович Г. М. Соціальна робота в Україні і за рубежом: Навчально-методичний посібник / Г. М. Попович. – Ужгород: Гражда, 2000. – 134 с.

59. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: організаційне, нормативно-правове та фінансово-економічне забезпечення: аналітична доповідь. – К.: НІСД, 2011. – 41 с.

60. Розвиток державного управління реформуванням охорони здоров'я в Україні на регіональному рівні: стан, проблеми, перспективи : метод. рек. / авт. кол. : Т. П. Авраменко, Л. І. Жаліло, О. І. Мартинюк та ін. – К. : НАДУ, 2013. – 48 с.

61. Руженський М. М. Трансформація інститутів соціального захисту населення в транзитивній економіці [Текст] : дис. ... д-ра екон. наук : 08.00.01 / Руженський Микола Мусійович ; Держ. ВНЗ «Київ. нац. екон. ун-т ім. Вадима Гетьмана». – Київ, 2016. – 411 с.
62. Семигіна Т. В. Словник із соціальної політики / Т. В. Семигіна . – Київ : Києво-Могилянська акад., 2005 . – 253 с.
63. Сидоров П.И. К истории развития здравоохранения Европейского Севера в экстремальных социально-экономических условиях / П.И.Сидоров, В.З.Кучеренко, Л.М.Вязьмин // Проблемы соц. гигиены и история медицины. – 1996. – №4. – С.53-56.
64. Скуратівський В., Палій О., Лібанова Е. Соціальна політика. – К.: Вид-во УАДУ, 2003. – 265 с.
65. Соціальна робота: Підручник / В. А. Поліщук, О. П. Бартош-Пічкач, Н. М. Горішна, Г. В. Лещук, О. Ю. Пришляк / За ред. Н. Г. Ничкало. – Тернопіль: ВАТ «ГВПК «Забруч», 2010. – 330 с.
66. Сучасні підходи у сфері охорони здоров'я та його популяризації / Упоряд.: Н.В. Зимовець, В.В. Крушельницький, Т.І. Мірошніченко, За заг. ред. І.Д. Зверєвої. – К.: Наук. світ, 2003. – 95 с.
67. Тюптя Л. Т. Соціальна робота: теорія і практика : [навч. посіб.] / Л. Т. Тюптя, І. Б. Іванова. – К.: Знання, 2008. – 574 с.
68. Уолтер Л. Социальная работа в изменяющейся Европе. Серия «Социальная работа»/ Л.Уолтер. – Амстердам – Киев, 1997. – 199 с.
69. Флорескул Н. Система соціального захисту населення як чинник формування соціальної держави / Н. Флорескул // Вісник КНТЕУ. – 2009. – №2. – С.34-46.
70. Фролова О. Г. О деятельности социальных работников в учреждениях здравоохранения / О. Г. Фролов // Социальная работа в учреждениях здравоохранения. – Вып. 6. – М., 1992. – С. 112 – 115.

71. Хома Н. Соціальна держава третього тисячоліття: модернізована модель / Наталія Хома // Наукові записки Інституту політичних і етнонаціональних досліджень ім. І. Ф. Кураса НАН України. — 2014. — № 3 (71). — С. 203-213.

72. Ціборовський О. М. Проблеми системи охорони здоров'я України та стратегії її реформування / О. М. Ціборовський, П. М. Лисенко // Україна. Здоров'я нації. — 2014. — № 3. — С. 68-75. — Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2014_3_12

73. Чернявська О.В. Технології соціальної роботи: [Навчально-методичні матеріали для студентів соціологічного факультету] / О. В. Чернявська. — Х.: ХНУ ім. В.Н. Каразіна, 2007. — 72 с.

74. Шевцов В. Г. Державне управління розвитком медичної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я / В. Г. Шевцов // Актуальні проблеми розвитку управлінських систем : досвід, тенденції, перспективи : зб. матер. наук.-практ. конф., 19 квітня 2006 р. — Х. : Вид-во ХарПІ НАДУ “Магістр”, 2006. — С. 157–163.

75. Шевцов В. Г. Державний контроль щодо забезпечення медичної допомоги в умовах упровадження страхової медицини в Україні / В. Г. Шевцов // Теорія та практика державного управління: зб. наук. праць. — Х. : Вид-во ХарПІ НАДУ “Магістр”, 2009. — Вип. 4 (27). — С. 304–312.

76. Шевцов В. Г. Порівняльний аналіз стану вітчизняної та закордонних систем медичного страхування [Електронний ресурс] / В. Г. Шевцов // Державне будівництво: зб. наук. праць. — 2008. — № 2. — Режим доступу: <http://www.nplu.gov>.

77. Шевцов В. Г. Роль державного фінансування медичної галузі в умовах реформування / В. Г. Шевцов // Теорія та практика державного управління: зб. наук. праць. — Х. : Вид-во ХарПІ НАДУ “Магістр”, 2008. — Вип. 4 (23). — С. 343–347.

78. Шевцов В. Г. Стратегія державного управління системою охорони

здоров'я в Україні / В. Г. Шевцов // Теорія та практика державного управління: зб. наук. праць. – Х. : Вид-во ХарПІ НАДУ “Магістр”, 2007. – Вип. 3 (18). – С. 183–190.

79. Шевцов В. Г. Сучасні медичні стандарти – передумова впровадження страхової медицини в Україні / В. Г. Шевцов // Фармакоэкономика в Украине : состояние и перспективы развития : матер. II научн.-практ. конф., 21–22 мая 2009 г. – Харків, 2009. – С. 125–128.

80. Шевцов В. Г. Сучасні питання впровадження державного медичного страхування / В. Г. Шевцов // Менеджер: науковий журнал. – 2008. – Вип. 4 (46). – С. 30–34.

81. Шевцов В. Г. Управління соціально-економічною ефективністю використання ресурсів у сфері діагностики та лікування хворих в умовах реформування системи охорони здоров'я / В. Г. Шевцов // Державне управління та місцеве самоврядування : тези V міжнар. наук. конгресу. – Х. : Вид-во ХарПІ НАДУ “Магістр”, 2005. – С. 144–145.

82. Шекера О. Г. Стан реформування системи охорони здоров'я в Україні (аналітичний огляд / О. Г. Шекера // Здоров'я чоловіка. — (науково-практичний журнал). — № 3 (46) — 2013. С. 25 — 30.

83. Ярош Н. П. Державне регулювання розвитку соціальних стандартів у сфері охорони здоров'я : авт. дис. на здобуття наук. ступеня д. екон. наук : спец. 25.00.02 – механізми державного управління / Н. П. Ярош. – Київ, 2009. – 20 с.

84. Ярош Н. П. Порівняльний аналіз державних стандартів надання медичної допомоги в Україні та зарубіжних країнах / Н. П. Ярош // Україна. Здоров'я нації. – 2008. – №4 (12). – С. 62 – 67.