

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**  
**Тернопільський національний економічний університет**  
**Навчально-науковий інститут інноваційних освітніх технологій**

Кафедра психології та соціальної роботи

**КІЦКАЙ Ангеліна Русланівна**

**Система соціального захисту населення у сфері охорони  
здоров'я України / The system of social protection of population in  
the sphere of health protection of Ukraine**

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

**Виконала студентка групи**  
**СЗзм-21**  
**А.Р. Кіцкай**

---

**Науковий керівник:**  
**к. психол. н., доцент І.С. Ревасевич**

---

**Магістерську дипломну роботу  
допущено до захисту:**

**«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_р.**

**Завідувач кафедри**

\_\_\_\_\_ **А. В. Фурман**

**ТЕРНОПІЛЬ-2018**

## РЕЗЮМЕ

**Робота** містить 127 сторінок, 118 – основного тексту, 3 рисунки, список використаних джерел із 78 найменувань.

**Мета роботи** – охарактеризувати систему соціального захисту населення та здійснити критичний аналіз сьогочасних реформ у сфері охорони здоров'я України на предмет їх ефективності.

**Об'єкт дослідження** – система соціального захисту населення в умовах реформування державного сектору України. **Предмет дослідження** – структура, зміст, завдання і технології системи соціального захисту в сфері охорони здоров'я.

**Методи дослідження:** *теоретичні* – системний підхід (став основою проведеного дослідження і дозволив виокремити організаційно-економічні, соціально-політичні проблеми існуючої системи соціального захисту), історичний метод (дозволив здійснити теоретико-методологічний аналіз літературних джерел, присвячених висвітленню досліджуваної проблематики у вітчизняній та зарубіжній літературі, прослідкувати еволюцію її розвитку), абстрагування, узагальнення; *емпіричні* – соціальне спостереження, метод експертних оцінок та описове моделювання (уможливили моніторинг оцінювання споживачами рівня якості реформ у сфері охорони здоров'я), прогностичний метод (використовувався при формуванні кінцевих висновків, розробці рекомендацій і пропозицій стосовно реформування системи соціального захисту населення у сфері охорони здоров'я України).

**Наукова новизна дослідження** полягає у теоретичному обґрунтуванні та розробці концептуального підходу до вивчення системи соціального захисту населення (в т.ч. і у сфері охорони здоров'я), а також у формулювання рекомендацій щодо продуктивності реформ у сфері охорони здоров'я України в умовах системних змін. **Практична значущість** одержаних результатів дослідження полягає в можливості їх використання для вдосконалення регулювання процесів трансформації соціального захисту населення, що набуває особливого статусу в контексті євроінтеграційних процесів в Україні.

**Ключові слова:** *соціальний захист населення, охорона здоров'я, реформи, євроінтеграція, системні зміни.*

## RESUME

The **work** contains 127 pages, 118 main text, 3 figures, list of used sources of 78 names.

The **purpose** of the work is to characterize the system of social protection of the population and to carry out a critical analysis of the current reforms in the health care sector of Ukraine for their effectiveness.

The **object** of the research is the system of social protection of the population in the conditions of reforming the state sector of Ukraine. **Subject** of research – structure, content, tasks and technology of the system of social protection in the field of health care.

Methods of research: *theoretical* – systematic approach (which became the basis of the research and allowed to distinguish organizational and economic, socio-political problems of the existing system of social protection), historical (allowed to carry out a theoretical and methodological analysis of literary sources devoted to the coverage of the studied issues in domestic and foreign literature, to follow the evolution of its development), abstraction, generalization; *empirical* – social monitoring, method of expert assessments and descriptive modeling (made possible monitoring of consumer-level assessment of the quality of health care reform), prognostic method (used in the formulation of final conclusions, development of recommendations and proposals regarding the reform of the social protection system of the population in the field of health protection Ukraine)

The **scientific novelty** of the research consists in theoretical substantiation and development of a conceptual approach to the study of the system of social protection of the population (including in the field of health care), as well as in the formulation of recommendations on the performance of reforms in the healthcare sector of Ukraine under the conditions of systemic changes. The **practical significance** of the results of the study is the possibility of their use to improve the regulation of the processes of transformation of social protection of the population, which acquires a special status in the context of European integration processes in Ukraine.

**Key words:** *social protection of the population, health protection, reforms, eurointegration, systemic changes.*

## АНОТАЦІЯ

**КІЦКАЙ Ангеліна Русланівна. Система соціального захисту населення у сфері охорони здоров'я України. – Рукопис.**

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

У магістерській роботі досліджується система соціального захисту населення та здійснено критичний аналіз сьогочасних реформ у сфері охорони здоров'я України на предмет їх ефективності. Зокрема, проведено науково-теоретичне обґрунтування системи соціального захисту населення як інтегрального чинника добробуту громадян України. Охарактеризовано структуру, зміст, завдання і технології системи соціального захисту в сфері охорони здоров'я. З позицій системного підходу емпірично досліджено продуктивність сьогочасних реформ у сфері охорони здоров'я.

## SUMMARY

**KITSKAY Anhelina Ruslanivna. The system of social protection of population in the sphere of health protection of Ukraine. – The manuscript.**

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

In the master's thesis the system of social protection of the population is being investigated and a critical analysis of the current reforms in the field of public health of Ukraine is carried out for their effectiveness. In particular, the scientific and theoretical substantiation of the system of social protection of the population as an integral factor of the welfare of Ukrainian citizens has been conducted. The structure, content, tasks and technologies of the social protection system in the sphere of health protection are characterized. From the point of view of the systematic approach, the effectiveness of contemporary healthcare reforms is empirically investigated.

## **ПЛАН**

### **ВСТУП**

#### **РОЗДІЛ 1. Наукове обґрунтування системи соціального захисту населення як інтегрального чинника добробуту громадян України**

1.1. Мета, завдання, функції і зміст діяльності державної системи соціального захисту населення в Україні

1.2. Добробут населення як системний показник соціальної стабільності в державі

Висновки до розділу 1

#### **РОЗДІЛ 2. Структура, зміст, завдання і технології системи соціального захисту в сфері охорони здоров'я**

2.1. Структура державної системи соціального захисту та її специфіка у сфері охорони здоров'я

2.2. Цілі, завдання і функції системи соціального захисту у сфері охорони здоров'я

2.3. Зміст і форми діяльності системи соціального захисту на предмет надання соціальних послуг населенню у сфері охорони здоров'я

2.4. Соціальні технології у сфері охорони здоров'я населення України та умови їх реалізації

Висновки до розділу 2

#### **РОЗДІЛ 3. Системний аналіз сьогочасних реформ у сфері охорони здоров'я України**

3.1. Зміст реформ у сфері охорони здоров'я в умовах системних змін в Україні

3.2. Критичний аналіз продуктивності реформування сфери охорони здоров'я України

Висновки до розділу 3

### **ВИСНОВКИ**

### **СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП</b> .....	12
<b>РОЗДІЛ 1.</b>	
<b>Наукове обґрунтування системи соціального захисту населення як інтегрального чинника добробуту громадян України</b> .....	
1.1. Мета, завдання, функції і зміст діяльності державної системи соціального захисту населення в Україні .....	15
1.2. Добробут населення як системний показник соціальної стабільності в державі .....	27
Висновки до розділу 1 .....	36
<b>РОЗДІЛ 2.</b>	
<b>Структура, зміст, завдання і технології системи соціального захисту в сфері охорони здоров'я</b> .....	
2.1. Структура державної системи соціального захисту та її специфіка у сфері охорони здоров'я .....	38
2.2. Цілі, завдання і функції системи соціального захисту у сфері охорони здоров'я .....	51
2.3. Зміст і форми діяльності системи соціального захисту на предмет надання соціальних послуг населенню у сфері охорони здоров'я .....	59
2.4. Соціальні технології у сфері охорони здоров'я населення України та умови їх реалізації .....	72
Висновки до розділу 2 .....	83
<b>РОЗДІЛ 3.</b>	
<b>Системний аналіз сьогочасних реформ у сфері охорони здоров'я України</b> .....	
3.1. Зміст реформ у сфері охорони здоров'я в умовах системних змін в Україні .....	85
3.2. Критичний аналіз продуктивності реформування сфери охорони здоров'я України .....	101
Висновки до розділу 3 .....	114
<b>ВИСНОВКИ</b> .....	116
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b> .....	119

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Перманентний стан економічної нестабільності в Україні, кризові явища в соціально-політичному, організаційно-правовому та духовному повсякденні громадян нашого суспільства породжують почуття невизначеності, тривоги, розгубленості, розпачу, загострюють низку соціальних проблем, перешкоджають прискоренню інтеграційних процесів української держави у напрямі світового науково-технічного обміну, призводять до погіршення фізичного і психічного здоров'я людей. Означена проблема актуалізує важливість створення високоефективної системи соціального захисту як специфічного цілісного сегмента діяльності держави, мета якого полягає у наданні працездатним особам рівних умов для підвищення свого добробуту, гарантуванні кожному гідного життєвого рівня на основі перерозподілу національного доходу на користь вразливих верств населення на принципах соціальної солідарності. Найважливішим з питань соціального захисту населення є охорона здоров'я. Відсутність належного фінансування, дефіцит надійних механізмів впливу на якість медичних послуг та недосконалість управління цим процесом дає підстави констатувати нагальність потреби реформування та реорганізації чинної сфери охорони здоров'я в умовах системних змін в Україні.

Дослідження питання розвитку системи соціального захисту загалом і у сфері охорони здоров'я зокрема стало основою теоретичних та емпіричних пошукувань провідних вітчизняних учених, а саме Н. Абакумової, Н. Борецької, Н. Болотіної, Л. Вакуленко, З. Гладуна, Д. Данко, К. Дідківської, В.Князевича, Н. Кривоконь, Е. Лібанової, Н. Мачуги, Л.Павлової, В. Поліщук, Я. Радиша, В. Рибіна, М. Руженського, А. Сіленко, А. Халецької, П. Шевчука та інших.

Виходячи з цього, можемо констатувати накопичення значного досвіду стосовно державного регулювання організації надання доступної і якісної

медичної допомоги населенню, які постають важливими критеріями оцінювання діяльності сфери охорони здоров'я. Проте, незважаючи на широкий спектр наукових пошукувань, зазначимо, що основні проблеми із забезпеченням доступної якісної медичної допомоги для громадян – нерівність у доступності до медичної допомоги різних верств населення; необхідність оплачувати медичні послуги з особистих коштів громадян; низька якість медичного обслуговування тощо залишаються на сьогоднішній день невирішеними. Тому актуальним постає теоретико-методологічне обґрунтування основ зазначеної сфери наукових розвідок: розкриття сутності, змісту, мети, структури, функцій, технологій і напрямів реформування державної системи соціального захисту в сфері охорони здоров'я.

**Мета роботи** – охарактеризувати систему соціального захисту населення та здійснити критичний аналіз сьогочасних реформ у сфері охорони здоров'я України на предмет їх ефективності.

**Завдання дослідження:**

- 1) здійснити науково-теоретичне обґрунтування системи соціального захисту населення як інтегрального чинника добробуту громадян України;
- 2) охарактеризувати структуру, зміст, завдання і технології системи соціального захисту в сфері охорони здоров'я;
- 3) з позицій системного підходу емпірично дослідити та провести критичний аналіз продуктивності сьогочасних реформ у сфері охорони здоров'я.

**Об'єкт дослідження** – система соціального захисту населення в умовах реформування державного сектору України.

**Предмет дослідження** – структура, зміст, завдання і технології системи соціального захисту в сфері охорони здоров'я.

Для досягнення визначених у ході наукового пошукувань мети і завдань застосовувався комплекс взаємопов'язаних та взаємодоповнюючих загальнонаукових **методів дослідження**: *теоретичні* – системний підхід

(став основою проведеного дослідження і дозволив виокремити організаційно-економічні, соціально-політичні проблеми існуючої системи соціального захисту), історичний метод (дозволив здійснити теоретико-методологічний аналіз літературних джерел, присвячених висвітленню досліджуваної проблематики у вітчизняній та зарубіжній літературі, прослідкувати еволюцію її розвитку), абстрагування, узагальнення; *емпіричні* – соціальне спостереження, метод експертних оцінок та описове моделювання (уможливили моніторинг оцінювання споживачами рівня якості реформ у сфері охорони здоров'я), прогностичний метод (використовувався при формуванні кінцевих висновків, розробці рекомендацій і пропозицій стосовно реформування системи соціального захисту населення у сфері охорони здоров'я України).

**Наукова новизна дослідження** полягає у теоретичному обґрунтуванні та розробці концептуального підходу до вивчення системи соціального захисту населення ( в т.ч. і у сфері охорони здоров'я), а також у формулювання рекомендацій щодо продуктивності реформ у сфері охорони здоров'я України в умовах системних змін.

**Практична значущість** одержаних результатів дослідження полягає в можливості їх використання для вдосконалення регулювання процесів трансформації соціального захисту населення, що набуває особливого статусу в контексті євроінтеграційних процесів в Україні.

**Структура та обсяг роботи.** Робота складається із вступу, трьох розділів, висновків і списку використаних джерел. **Магістерська робота** містить 127 сторінок (118 – основного тексту), список використаних джерел із 78 найменувань, 3 рисунки.



# РОЗДІЛ 1

## НАУКОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ СИСТЕМИ СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ НАСЕЛЕННЯ ЯК ІНТЕГРАЛЬНОГО ЧИННИКА ДОБРОБУТУ ГРОМАДЯН УКРАЇНИ

### 1.1. Мета, завдання, функції і зміст діяльності державної системи соціального захисту населення в Україні

Провідною тенденцією зреалізування соціальної політики правової демократичної держави постає соціальний захист. Упродовж багатьох років в Україні, як і в більшості розвинутих країн світу, активно обговорюються питання на предмет визначення стандартів і механізмів досягнення високого рівня соціального захисту населення, а також здійснення ефективної державної політики з метою забезпечення добробуту і гідного існування усіх верств населення.

Осмислення проблеми соціального захисту почалося задовго до поширення відповідного терміна. Як стверджує Г.С.Лопушняк, початок його розвитку сягає особистої доброчинності, котра характеризувала людське суспільство ще з доісторичних часів. Вияв доброчинності був як виразом природного співчуття й підтримки особистого авторитету, так і адекватною відповіддю на суспільні потреби. За умови історичного розвитку цивілізації, коли родина, домогосподарство були основним виробничим осередком у суспільстві, цілком логічним виявилось покладення турботи про непрацездатних на інших членів сім'ї, а в разі фінансового зубожіння цілої родини або самотньої людини – на громаду. Захист нужденних здійснювався у формі індивідуальної та громадської благодійності в тих випадках, коли йшлося про виживання окремої людини чи цілої родини [44]. Слід також підкреслити, що за умов становлення ринкових відносин поступово зростала

роль держави як суб'єкта соціального захисту населення. Якщо на «перших етапах розвитку капіталізму держава обмежувалась підтримкою індивідуальних та колективних форм соціального захисту, то в подальшому вона перетворилася на ініціатора та активного його творця» [63, с. 26].

Термін «соціальний захист» уперше використано в 1935 році у Законі про соціальний захист США. На законодавчому рівні це стало новим етапом для цієї країни завдяки впровадженню інституту обов'язкового страхування на випадок старості, смерті, інвалідності й безробіття. Незабаром дана дефініція стала широко застосовуватися в багатьох країнах світу, охопивши сутність проблеми щодо організації національних систем допомоги непрацездатним і громадянам похилого віку [71].

Незважаючи на те, що соціальний захист у тій чи іншій формі завжди був притаманний суспільству, в Україні це поняття увійшло до соціально-політичного вжитку лише на етапі переходу до ринкової економіки й досі не отримало однозначного трактування. Наявні «дослідження, що присвячені системі соціального захисту населення, або не містять визначення об'єкта, вважаючи його загальновідомим, або ж дають одне чи кілька визначень без обґрунтування доцільності їх вживання» [6, с. 26]. Коротко аргументуємо вище окреслене положення.

Досить різнобічно обґрунтовують змістове наповнення поняття «соціальний захист населення» провідні вітчизняні науковці, трактуючи його як: 1) сукупність правових, економічних та соціальних гарантій, що забезпечують кожному господарюючому суб'єкту право на безпечну працю, збереження здоров'я у процесі праці, економічний захист і підтримку робітників та їх сімей у випадку тимчасової втрати працездатності на виробництві, медичну, соціальну і професійну реабілітацію (Абакумова Н.Н.); 2) систему законодавчих, економічних, соціальних і соціально-психологічних гарантій, що забезпечують працездатним громадянам рівноцінні умови покращення власного добробуту за рахунок трудового вкладу, економічної самостійності і підприємництва, а соціально-вразливим

угрупованням соціуму – переваги у користуванні суспільними благам, що формовиявляються в прямій матеріальній підтримці у вигляді повновагової допомоги, стипендії та інших виплат, зниженні податків (Антип'єв А.Г.); 3) систему державних заходів щодо забезпечення належного матеріального та соціального становища громадян у разі виникнення несприятливих умов, а саме повної, часткової або тимчасової втрати працездатності, втрати годувальника, безробіття з незалежних від них обставин, а також у старості та інших випадках, передбачених законодавством України (Бендасюк О.); 4) державну підтримку верств населення, на котрих відбивається негативний вплив ринкової економіки задля забезпечення належного вітального рівня життєреалізування, тобто заходи, що включають надання правової, фінансової, матеріальної допомоги окремим громадянам, а також створення соціальних гарантій для економічно активної частини населення (Внукова Н.); 5) важливу функцію соціальної держави, яка полягає у практичній діяльності державних органів та органів місцевого самоврядування, а також недержавних закладів щодо реалізації соціальної політики, спрямованої на забезпечення життєдіяльності громадян і досягнення гідного життєвого рівня (Болотіна Н.Б.); 6) систему активних та пасивних заходів захисту з боку держави, які спрямовані на запобігання ситуаціям, що загрожують добробуту при настанні певних несприятливих для особи обставин (ризиків) (Дараганова Н.В.); 7) сукупність заходів, що здійснюються в суспільстві для забезпечення суспільно нормальних умов матеріального і духовного життя населення (Лагутін В.Д.); 8) політику держави по забезпеченню конституційних прав і мінімальних гарантій людині незалежно від місця проживання, національності, статі, віку (Малахова Ж.Д.); 9) багаторівневу систему економічних, соціальних та правових відносин по управлінню соціальними ризиками суспільства для ліквідації їх небажаних наслідків та забезпечення належного рівня життя населення (Михайлевська І.М., Неліпович О.В.); 10) комплекс законодавчо закріплених соціальних норм,

гарантованих державою по відношенню до окремих верств населення (Халецька А.А.) тощо [16; 47; 60; 63].

Ретроспективна оцінка наукових доробків провідних дослідників у сфері соціогуманітаристики й критичний аналіз дефініцій соціального захисту населення вказує на те, що це поняття не має усталеного академічного визначення. Різні автори у контексті власної наукової школи позначають цим терміном, хоча й споріднені, але розмаїті за сутнісним наповненням категорії. Такий підхід, як висновує М.М. Руженський, свідчить про те, що в основу проаналізованих визначень покладено прагнення окреслити теоретичні уявлення про цей суспільний феномен й адекватно відобразити практичну діяльність суспільства в цій царині, що вказує на критеріальний характер практики. Адже виокремлення окремих сторін відносин з приводу соціального захисту населення здійснюється спочатку в практиці, життєдіяльності суспільства, а потім уже знаходить віддзеркалення в мисленні. Відтак наявні авторські підходи до визначення сутності соціального захисту населення, стверджує далі науковець, можна умовно поділити на три основні групи, кожна з яких об'єднує схожі погляди й концепції. До першої групи тлумачень згаданого поняття належать ті, котрі описують механічне змістовне розширення його проявів. Другу групу становлять визначення соціального захисту населення, у котрих акцентується та абсолютизується роль держави на предмет забезпечення цього захисту в процесі виконання нею відповідних функцій. До третьої групи можна віднести трактування даної категорії з редакційною безадресністю суб'єктів й об'єктів, заходів та дій щодо соціального захисту населення [63, с. 38-39].

Варто зазначити, що більшість дослідників соціогуманітарної сфери розглядають соціальний захист як систему, котра містить:

- 1) правові, соціально-економічні та організаційні заходи, що гарантуються та реалізуються державою з метою підтримки належного рівня життя людини, тобто матеріального забезпечення відповідно до стандартів сучасного соціуму;

2) інститути державного соціального забезпечення, соціальної допомоги, соціального й особистого страхування, а також внутрішньоорганізаційні форми соціальної допомоги, призначені для матеріального, медичного та реабілітаційного забезпечення людей похилого віку, непрацездатних, хворих, безробітних, сімей, які втратили годувальника, а також надання допомоги сім'ї;

3) принципів, методів, законодавчо установлених державою соціальних гарантій, заходів та закладів, котрі забезпечують умови нормальної життєдіяльності різних соціальних категорій і груп [ 55].

За матеріалами аналізу літературних джерел з актуальних питань соціальної роботи можна констатувати, що поняття «соціальний захист населення» розглядається як у широкому, так і у вузькому значенні. У першому випадку – це діяльність держави стосовно здійснення ефективної соціальної політики через реалізацію законодавчо узгоджених та закріплених економічних, правових і соціальних гарантій, що забезпечує членам соціуму дотримання найважливіших соціальних прав, в тому числі на гідний людини рівень життя, необхідний для відтворення і всебічного розвитку особи. Трактуювання соціального захисту населення у цьому змістовому контексті зводить його змістовне наповнення до системи організаційних, правових та економічних заходів щодо забезпечення основних соціальних прав громадянина в державі.

У вузькому значенні соціальний захист розуміють як комплекс безпосередніх конкретних заходів економічного, правового й організаційного характеру для підтримки найбільш соціально вразливих верств населення, щонайперше, заступництво від негативних проявів та наслідків асиметричних процесів перехідного періоду під час реформ і руху до ринку. Близьким до цього є визначення аналізованого поняття як комплексу державних заходів економічного і правового характеру із забезпечення гарантованого державою мінімального рівня адресної матеріальної підтримки соціально вразливих верств населення в період економічних

перетворень (перехід до ринкових відносин) і пов'язаного з ним зниження їхнього рівня життя [63, с. 38-39].

Подвійний аспект розгляду категорії соціального захисту прийнятий і у соціологів. Широкому розгляду даного терміну сприяє як визнане існування макро- і мікросоціології, так і загальна широта самого предмета соціології, до якого сучасники відносять закономірності формування, функціонування і зміни соціальних спільнот, відносин між ними, соціальних інститутів, суспільних систем і їх структур, взаємозалежність суб'єктів соціального життя, засобів життєздійснення. Стосовно соціального захисту, як стверджує В.В. Лаврухін, це означає, що в широкому значенні мовиться про систему соціальних відносин, за яких індивід здатний самостійно поклопотатися про себе, створити умови для власної життєдіяльності та гідного існування своїх нащадків. У вузькому значенні під цим розуміється соціальна політика держави, яка намагається адміністративними заходами забезпечити задовільне або хоча б стерпне існування тим групам населення, які перебувають в особливо складному становищі і не здатні без зовнішньої підтримки поліпшити його» [24].

Однак найбільш лаконічним і повним, на нашу думку, є визначення соціального захисту, наведене В. Скуратівським, О. Палій, Е.Лібановою, котрі визначають його як «комплекс організаційно-правових та економічних заходів, спрямованих на захист добробуту кожного члена суспільства в конкретних економічних умовах» [66, с. 104].

Відтак кінцевою метою соціального захисту населення є надання кожному члену суспільства, незалежно від соціального походження, національної або расової приналежності, можливості вільно розвиватися та реалізовувати свої здібності [44].

В Україні поняття «соціальний захист» закріплене конституційно. Відповідно до статті 46 Конституції України право на соціальний захист включає право на забезпечення громадян у разі повної, часткової або тимчасової втрати працездатності, втрати годувальника, безробіття з

незалежних від них обставин, а також у старості та в інших випадках, передбачених законом [27; 31; 32].

Система соціального захисту України виконує дві основні функції:

- зменшення негативних наслідків бідності шляхом надання короткотермінової адресної допомоги знедоленим верствам населення;
- запобігання бідності завдяки створенню умов для участі громадян в соціальному страхуванні в працездатний період.

Згадані функції певною мірою суперечать одна одній, тому у час, коли наша країна перебуває в стані перехідної економіки, це протиріччя проявляється досить відчутно. Нестабільний економічний розвиток України зумовив ще й ту обставину, що соціальний захист населення реалізує в основному першу функцію, а для реалізації другої умов ще недостатньо.

Цікаву класифікацію функцій системи соціального захисту населення розробив М.М. Руженський [63, с. 101], яку узагальнено подано на рисунку 1.1.



Рис.1.1. Класифікація функцій соціального захисту населення

Отже, доцільно трактувати «соціальний захист» як функцію суспільства по забезпеченню соціального положення громадянина, що склалося внаслідок дії соціальних ризиків, відповідно до умов, які визначаються з його невід'ємних і загальновизнаних прав. Соціальний захист є, з одного боку, функціональною системою, тобто системою напрямів, за якими вона здійснюється, а з іншого – системою інститутів, що її забезпечують (держава, суд, профспілки та інші громадські організації). У будь-якій державі є ціла система соціальних інститутів, які здійснюють соціальний захист громадян. Найважливішим і найбільш потужним соціально-організаційним інститутом є сама держава. Важливу роль у виконанні функцій соціального захисту відіграють такі інститути, як страхові компанії, різні спеціалізовані фонди, добродійні організації, а також суспільні та політичні організації, що здійснюють соціальний захист соціальних груп і верств населення [71].

Основними завданнями соціального захисту є наступні: а) забезпечення усім громадянам соціуму прожиткового мінімуму й надання матеріальної допомоги тим, хто щонайперше її потребує; б) захист вразливих верств суспільства від чинників, котрі знижують рівень життєдіяльності; в) забезпечення передумов, що дозволяють громадянам безперешкодно покращувати свій економічний достаток за допомогою будь-яких способів що не суперечать діючому законодавству; г) створення умов, які сприяють задоволенню визначеного мінімуму (в обсязі суспільних можливостей із урахуванням національно-історичної специфіки) потреб громадян в освіті, медичній допомозі тощо; д) гарантування сприятливих умов праці для найманих робітників й відтак захисту останніх від негативних впливів індустріального виробництва; е) дотримання екологічної безпеки членів суспільства; є) захист і безпека громадян від злочинних зазіхань; ж) декларування цивільних і політичних прав і свобод, що відповідають принципам правової, демократичної держави; з) налагодження сприятливого організаційного мікроклімату, що виключає збройні соціальні та



міжнаціональні конфлікти; к) протекція щодо політичного переслідування й адміністративного свавілля; л) стимулювання вільного духовного саморозвитку, захист від ідеологічного тиску; м) створення сприятливого психологічного клімату в суспільстві загалом, в окремих осередках і структурних утвореннях, захист від психологічного пресингу; н) забезпечення максимально можливої стабільності громадського життєствердження [71].

Досліджуючи зміст діяльності державної системи соціального захисту в Україні, варто наголосити, що структурно соціальний захист охоплює такі складники:

- державний соціальний захист;
- недержавне соціальне забезпечення.

У структурі державного соціального захисту вирізняють загальну систему соціального захисту (загальнообов'язкове соціальне страхування та державна соціальна допомога), спеціальний соціальний захист (такий формовияв соціального захисту, котрий передбачає спеціальні умови його здійснення) та додатковий соціальний захист (передбачений законодавством для таких категорій населення, як діти-сироти, діти, позбавлені батьківського піклування, ветерани війни, ветерани праці тощо). Система соціального захисту населення в Україні включає: пенсії, допомога по безробіттю, допомога при народженні дитини, програма допомогою сім'ям з дітьми, державні програми дотацій і житлових субсидій, допомога на поховання, державна система охорони здоров'я, державна система освіти, соціальний захист осіб, постраждалих від аварії на ЧАЕС.

Держава активно сприяє розвитку системи соціального захисту. Вирізняють такі методи впливу держави на розвиток системи соціального захисту:

- правове забезпечення соціального захисту населення, прийняття відповідних законодавчих та нормативних актів;

- прямі державні витрати із бюджетів різних рівнів на фінансування соціальної сфери;
- соціальні субсидії;
- створення мережі центрів служб зайнятості та бірж праці;
- державні програми з вирішення конкретних соціальних проблем;
- державний вплив на ціни та ціноутворення;
- обов'язкове соціальне страхування;
- пенсійне забезпечення;
- соціальне партнерство [47].

Хочемо зазначити, що погоджуємося з переважною більшістю сучасних дослідників, котрі стверджують, що надання соціальних послуг в Україні традиційно було прерогативою держави. Однак вважаємо за доцільне підкреслити той факт, що саме недержавні організації здебільшого забезпечують попит на соціальні послуги у громаді.

Недержавним організаціям може по праву належати передова роль у наданні соціальних послуг на рівні громади. Вони найчастіше першими діагностують запити й реагують на потреби вразливих груп населення та ініціюють розв'язання нових соціальних проблем. Завдяки своїй мобільності й творчим підходам недержавні структури здатні забезпечити виявлення та задоволення потреб різних соціальних груп, одночасно активно спричиняючи розвиток конкурентоспроможних соціальних послуг.

Згідно статті 5 Закону України «Про соціальні послуги» основними формами надання соціальних послуг є матеріальна допомога та соціальне обслуговування [32].

Матеріальну допомогу щонайперше отримують особи, які знаходяться у складній життєвій ситуації. Найчастіше вона передбачає грошову або натуральну форми через надання нужденним продуктів харчування, засобів санітарії і особистої гігієни, засобів догляду за дітьми, одягу, взуття та інших предметів першої необхідності, палива, а також технічних і допоміжних засобів реабілітації.

Як стверджують фахівці, недержавне соціальне обслуговування здійснюється: за місцем проживання особи ( тобто безпосередньо у неї вдома); у стаціонарних інтернатних установах та закладах; у реабілітаційних установах та закладах; в установах та закладах денного перебування; в установах та закладах тимчасового або постійного перебування; в інших закладах соціальної підтримки ( чи догляду).

Проведений аналіз правової бази дав змогу констатувати, що відповідно до цього Закону [31; 32] вразливій когорті населення можуть надаватися наступні види соціальних послуг: а) соціально-побутові послуги, що передусім стосуються забезпечення продуктами харчування, м'яким та твердим інвентарем, гарячим харчуванням, транспортними послугами, засобами малої механізації, здійснення соціально-побутового патронажу, соціально-побутової адаптації, виклик лікаря, придбання та доставка медикаментів тощо; б) психологічні послуги формовиявляються через консультування громадян з питань психічного здоров'я та поліпшення взаємин з оточуючим соціальним середовищем, застосування психодіагностичних методів, спрямованих на вивчення соціально-психологічних характеристик особистості та головно використовуються задля психологічної корекції або психологічної реабілітації, надання методичних порад; в) соціально-педагогічні послуги мають відношення до виявлення та сприяння розвитку різнобічних інтересів і потреб осіб, які перебувають у складних життєвих обставинах, організація індивідуального навчального, виховного та корекційного процесів, дозвілля, спортивно-оздоровчої, технічної та художньої діяльності тощо, а також залучення до роботи різноманітних закладів, громадських організацій, заінтересованих осіб; г) соціально-медичні послуги передбачають профілактично-просвітницькі консультації щодо запобігання виникненню та розвитку можливих органічних розладів особи, стосуються низки заходів щодо збереження, підтримки та охорона її здоров'я, здійснення профілактичних, лікувально-оздоровчих маніпуляцій, орієнтації на праце терапію як засіб

фізичної реабілітації; д) соціально-економічні послуги сприяють задоволенню матеріальних інтересів і потреб осіб, які перебувають у скрутному економічному становищі, та відповідно реалізуються через надання натуральної чи грошової допомоги, а також матеріальної підтримки у формі одноразових компенсацій; е) юридичні послуги відповідають за надання консультацій з питань чинного законодавства, здійснення захисту прав та інтересів осіб, які перебувають у складних життєвих обставинах, сприяння застосуванню державного примусу і реалізації юридичної відповідальності осіб, що вдаються до протиправних дій щодо цієї особи (оформлення правових документів, захист прав та інтересів особи, інша правова допомога тощо); є) послуги з працевлаштування стимулюють безробітних громадян до пошуку відповідної роботи, передбачають сприяння працівників центрів зайнятості у працевлаштуванні та соціальному супроводі працевлаштованої особи; ж) інформаційні послуги характеризують надання інформації, необхідної для вирішення складної життєвої ситуації (довідкові послуги); розповсюдження просвітницьких та культурно-освітніх знань (просвітницькі послуги); поширення об'єктивної інформації про споживчі властивості та види соціальних послуг, формування певних уявлень і ставлення суспільства до соціальних проблем (рекламно-пропагандистські послуги) та інші соціальні послуги [32].

Отже, в узагальненому вигляді соціальний захист населення, як вже було обґрунтовано, являє собою суспільний інститут, функціонування якого передбачає різноманітні форми соціально-економічних відносин з приводу забезпечення населення від видових вад ринкових відносин, різноманітних ризиків та забезпечення добробуту.

## **1.2. Добробут населення як системний показник соціальної стабільності в державі**

Україна за сучасних умов розвитку потребує значних змін у сфері соціального захисту населення, оскільки останній постає основним завданням соціальної політики держави. Головний намір соціального захисту полягає у забезпеченні добробуту, прав і гарантій кожної людини у сфері рівня і якості її життєдіяння. Як відомо, сьогодні в Україні поглиблюється соціальне розшарування, яке призводить до розбалансування можливостей задоволення основних соціальних запитів населення. Досі продовжують залишатися низькими рівень та якість життя.

Важливим завданням держави щодо соціального захисту громадян є фінансова допомога: у зв'язку з пенсійним віком, станом здоров'я, соціальним станом. Головною соціальною настановою цього процесу є покращення матеріального добробуту людей, незалежно від їх трудової діяльності. Відомо, що саме добробут є одним з показників якості життєдіяльності та гідного існування як окремої людини, так і населення певної країни загалом.

У термінологічно-понятійному словнику «Соціальна політика і соціальна робота», укладеному М.Ф. Головатим та М.Б. Панасюк соціальний добробут населення розглядається як «матеріальний стан населення, різних його груп, сімей (домогосподарств) та окремих осіб» [17]. Основними показниками рівня соціального достатку вважаються доходи у розпорядженні сімей, які визначають за формулою: первинні доходи, доходи від власності, допомога за соціальним страхуванням, пенсії, виплати із страхування життя, інші поточні трансферти за відрахуванням прямих податків, внесків на соціальне страхування, внесків до пенсійних фондів. Слід зауважити, що ступінь добробуту залежить не лише від поточних доходів, а також і від розміру накопиченого майна. В оцінці окресленого поняття враховують і

безкоштовне надання товарів і послуг населенню державою, благодійну діяльність тощо. Диференціація доходів населення посилюється у періоди криз, зростання безробіття. Тривала тенденція для країн з розвинутою ринковою економікою полягає у зменшенні розриву в рівні життя робітників і вищих керівних кадрів. Порівняльний аналіз соціального добробуту різних націй проводять за сукупністю оцінок рівня та якості життя. Межі бідності значно відрізняються залежно від рівня соціально-економічного розвитку країн. У розвинених країнах прибуток, який відповідає рівню бідності, гарантує задоволення не лише життєво важливих потреб у продуктах харчування та житлі, а й соціально культурних потреб на мінімально задовільному для суспільства рівні.

Потрібно зазначити, що сучасний глобалізований світ та значна потреба економічного зростання спричинили необхідність обрання Україною європейського вектору поступу-руху до стану держави загального добробуту. Відомий історик Михайло Грушевський наголошував, що «завдання української демократії полягає в тому, щоб соціалізувати державу і разом удержавлювати соціальне життя в широкому значенні» [17, с.322]. Соціальна складова відображає одну із головних цілей стратегії розвитку і орієнтована на соціальну справедливість і сталий людський розвиток, на збереження стабільності суспільних і культурних систем, на зменшення кількості конфліктів у суспільстві. Людина має стати не об'єктом, а суб'єктом розвитку. Вона повинна брати участь у процесах формування своєї життєдіяльності, прийнятті й реалізації рішень, контролі за їх виконанням. Важливе значення для забезпечення цих умов має справедливий розподіл благ між людьми, плюралізм думок та толерантність у стосунках між ними, збереження культурного капіталу і його розмаїття. Вся діяльність держави у кінцевому підсумку повинна спрямовуватись на гарантоване забезпечення прав людини та її потреб. Людський розвиток потребує інвестування у зростання добробуту, освіти, охорону здоров'я та довкілля, харчування. Поняття людського розвитку передбачає також гарантування особистих прав

та свобод як способу забезпечення рівності доступу до ресурсів розвитку та соціальної справедливості. Досягнення кожною людиною економічного, соціального і екологічного благополуччя повинно відбуватись таким чином, щоб не створювати перешкод майбутнім поколінням забезпечувати свій добробут. Показником, який комплексно відображає зміни стану людини у суспільстві та її добробуту є індекс людського розвитку. У проєкті Концепції переходу України до сталого розвитку індекс людського розвитку розглядається як інтегральний показник, що враховує параметри вимірювання прогресу розвитку суспільства, які можна визначити та відслідковувати за допомогою індикаторів рушійної сили та індикаторів стану наступних трендів: економічний добробут, соціальний добробут, екологічна безпека, освіта, культура інформація, особиста безпека [45].

Окремі дослідники проводять паралелі між поняттями «держава загального добробуту» і «соціальна держава», часто ототожнюють їх і вважають взаємозамінними та сутнісно рівнозначними. Коротко зупинимося на характеристиці відмінностей даних категорійних термінів.

Сучасний підхід до соціальної держави полягає у її розумінні як правової, демократичної держави з розвиненим громадянським суспільством і соціально орієнтованою економікою, яка створює умови для реалізації основних прав людини, самостійного забезпечення ініціативною та соціально відповідальною особою необхідного рівня матеріального добробуту собі та членам своєї сім'ї, створює умови для саморозвитку особи, інвестує в людський і соціальний капітал, гарантує кожному прожитковий мінімум задля гідного людини існування та сприяє зміцненню соціальної злагоди в суспільстві, утверджує принципи соціального партнерства, гарантує екологічну безпеку [73]. Такий підхід є результатом переосмислення ролі держави у соціальному захисті, посилення глобалізаційних тенденцій, що зумовило перспективність моделі соціальної держави, яка активізує, котра приходить на зміну класичним моделям. Окреслене розуміння соціальної держави відображає світову тенденцію до відмови від ідеї держави

загального добробуту, коли утверджується європейська тенденція до формування сервісної держави, що гарантує найнеобхідніші соціальні права. Адже в умовах економічної кризи, глобальних викликів XXI ст. держава не в змозі брати на себе повну відповідальність за добробут особи, а у межах принципу субсидіарності перекладає частину функцій на бізнес, інститути громадянського суспільства. Сучасне розуміння й визначення соціальної держави має наповнюватися новими конструктами («забезпечення екологічної безпеки», «гарантування конкуренції та розвитку особистої ініціативності громадян щодо забезпечення власного добробуту», «розвиток соціального партнерства», «активна взаємодія з інститутами громадянського суспільства» тощо), а найголовнішим завданням сучасної соціальної держави стає забезпечення максимально сприятливих умов для самореалізації особистості.

Найголовнішим пріоритетом і водночас ефективним механізмом політики соціальної держави вважають підвищення рівня життя населення на основі економічного зростання. Зреалізування цього завдання уможлиблюється передусім завдяки удосконаленню систем оплати праці й доходів населення. Спочатку поняття «соціальна політика» визначали як систему державних рішень, спрямованих на досягнення добробуту населення. Однак дана теза не була однозначною і вносила певну суперечність, адже до такої системи рішень може належати багато напрямів діяльності уряду. Найважливішим завданням владної гілки соціальної держави залишається забезпечення інтересів населення, досягнення його добробуту. Тому соціальна політика розглядається як одним із видів діяльності щодо соціального захисту і охоплює: соціальний захист знедолених; боротьбу з бідністю; регулювання ринку праці; охорону здоров'я; освіту; культуру [71].

Досвід багатьох європейських держав, що визначаються по їх Конституціям як правові та соціальні, показує, що їх соціально-економічна політика опирається на такі принципи [9, с.89]:



- принцип економічної свободи людини та визнання права підприємців чи їх об'єднань, найманих працівників та їх профспілок на тарифну автономію на основі соціального партнерства;
- принцип довіри до регулюючої ролі ринку шляхом попиту та пропозиції, ціноутворення, конкуренції, але водночас і на принцип відповідальності держави за гру ринкових сил та створення умов для впорядкування протікання економічного та соціального життя, спрямованого на забезпечення добробуту своїх громадян;
- принцип соціальної справедливості та солідарності суспільства, зокрема шляхом податкового перерозподілу доходів від багатих до бідних та залучення дієздатних до трудового процесу та забезпечення соціальної відповідальності працездатних за ще чи вже не працюючих громадян;
- принцип участі працівників в управлінні виробництвом та розподілі, у суспільному та державному житті, розвиваючи при цьому різні форми економічної демократії.

Соціальна держава забезпечує гідне існування населення. Ця мета досягається за допомогою солідарної ринкової економіки (створення сприятливих умов включення до ринкових відносин усіх верств населення); соціальної демократії (поєднання громадянського самоврядування з представницькою демократією) та соціальної етики (орієнтації на досягнення згоди, взаємодії на підставі визнання автономного права кожної людини захищати свою гідність). Отже, соціальна правова держава виявляється найбільш справедливою сучасною формою взаємоорганізації громадянського суспільства і політичної організації, до якої прагнуть цивілізовані країни.

Соціальна держава бере на себе деякі загальнонаціональні функції, наприклад, у галузі освіти, культури, охорони здоров'я, пенсійного забезпечення та інших форм соціального забезпечення і захисту. Якщо ці функції пріоритетні (навіть якщо вони не повністю реалізовані), то держава є соціально орієнтованою за своїм призначенням і наміченим шляхом розвитку. Фактично ж держава стає соціальною тоді, коли ці функції в

основному реалізовані й забезпечені права і гарантії людини, дотримуються демократичні принципи і проводиться соціально-економічна політика, що забезпечує гідний рівень життя й всебічний розвиток громадян своєї країни.

У світовій науці й практиці, як стверджує Н.М.Хома, з одного боку, помітна криза концепту соціальної держави, а з іншого – небажання відмовлятися від її запровадження, але, модернізувавши, адаптувати до умов глобалізації та викликів сучасності. Єдина цілісна теорія соціальної держави нині відсутня; відмінності у наукових підходах до її концептуалізації стосуються насамперед ступеня та меж державного втручання, масштабів соціально-забезпечувальної діяльності держави. З одного боку, теоретиками соціальної держави доводиться доцільність її збереження, адекватність вимірам свободи за одночасного визнання кризових явищ у практиці її функціонування. З іншого боку, соціальну державу оцінюють як неефективний інститут соціальної опіки та нагляду за громадянами, чинник обмеження індивідуальної свободи, звуження можливостей громадянського суспільства, що суперечить вимогам конкурентної ринкової економіки, веде до деградації трудової моралі, зниження готовності до прийняття самостійних рішень. Причинами кризи сучасних моделей соціальної держави, які зумовлюють потребу їх модернізації є: соціальні (ослаблення впливу профспілок, релігійних громад, індивідуалізація стилів життя, втрата колективної ідентичності); ресурсні (перерозподіл енергоресурсів і енергетичні проблеми); економічні (глобалізація, інтернаціоналізація, вільний рух товарів та послуг, швидкий розвиток сектору послуг при скороченні традиційних сегментів індустріальної економіки); фінансові (вільний рух капіталу, інфляція, рецесія); проблеми на ринку праці (мобільність робочої сили, міжнародна конкуренція трудових сил, розвиток нових форм праці та неформальної зайнятості, міграційні потоки, зростання рівня освіти жінок і активізація їх кар'єрного зростання); соціокультурні (висока цінність самовизначеності та індивідуальної свободи, зміна сімейної моралі); технічні (науково-технічний і медичний прогрес); демографічні

(зміна вікової структури населення); політичні (неоліберальна ідеологія, рекомендації впливових міжнародних експертних організацій); гендерні (подальша емансипація, зміна партнерських відносин і сімейних форм життя) [73].

Отже, основними принципами соціальної держави є принципи соціальної справедливості та соціального партнерства, котрі покликані забезпечувати інтеграційну роль держави у суспільстві. Однак, останнім часом все більше науковців та політиків визнають необхідність руху України до нових перспектив, а саме – до стану держави загального добробуту.

Держава загального добробуту, на думку сучасних науковців, – держава, яка прагне забезпечити кожному громадянину гідні умови існування, соціальної захищеності, а в ідеалі – приблизно однакові для всіх стартові можливості реалізації життєвих цілей, розвитку особистості [39]. Першою програмою, що пропагувала ідеї держави загального добробуту (держави всезагального благоденства) вважають систему соціального забезпечення, запропоновану Бісмарком у 1880-х роках у Німеччині [50].

Основні принципи держави соціального добробуту містяться у Загальній Декларації прав людини, Європейській Соціальній Хартії, конвенціях та рекомендаціях Міжнародної організації праці. Дані документи підтверджують тези про те, що: 1) кожна людина повинна мати змогу заробляти на прожиття вільно обраною працею; 2) всі працездатні особи мають право на справедливу винагороду, достатню для нормального рівня власної життєдіяльності та підтримки своїх сімей; 3) всі працюючі та їхні утриманці мають право на соціальне забезпечення; 4) кожна людина, яка немає достатніх засобів для існування, має право на соціальну і медичну допомогу; 5) кожна людина інвалід має право на професійну підготовку, професійну та соціальну реадaptaцію, незалежно від причин і характеру інвалідності тощо. Особлива увага приділяється створенню ефективної всеохоплюючої системи охорони здоров'я, тому що саме здоров'я окремої людини й суспільства загалом неминуче породжують соціальну нерівність.

Основними функціями держави загального добробуту вважають наступні: а) компенсаторна функція, що передбачає можливість компенсації населенню нерівності у прибутках та майновому стані; б) інвестиційна функція, за умови зреалізування котрої держава постає гарантом постійного розвитку суб'єктів соціальної сфери; в) захисна функція, що попереджує економічні ризики; г) функція розподілу та перерозподілу, що забезпечує певну частку благополуччя кожному окремому громадянину; д) інтегративна функція, що забезпечує гомогенізацію і єдність суспільства.

Методологічно зрілою й досить відомою науковому загалу є типологія держав загального добробуту, запропонована К. Еспін-Андерсен. Відповідно до його схеми існує:

1. Універсальна або соціал-демократична модель держави загального добробуту (Скандинавські країни – Данія, Фінляндія, Норвегія, Нідерланди, Швеція) надає базове забезпечення всім громадянам, що фінансується за рахунок податків. Характеристики: універсальність і егалітарний характер, надання соціальних благ усім, хто потребує. Перерозподіл прибутків – за допомогою податкової прогресії. Мета такої держави: боротьба з бідністю та забезпечення достатнього життєвого стандарту всім громадянам.

2. Корпоративіська консервативна (континентально-європейська) держава загального добробуту (Німеччина, Італія, Австрія, Бельгія, Франція), де діє система соціального страхування, заснована на відрахуванні внесків працюючими та роботодавцями. Характеристики: історичний взаємозв'язок з консервативною державною традицією, програмою соціального страхування; монопольне регулювання державою окремих секторів економіки. Мета такої держави: забезпечення соціальних благ працюючим громадянам.

3. Ліберальна (англосаксонська) держава загального добробуту (США, Великобританія, Японія) характеризується помірною або незначною практикою державного соціального страхування поряд з існуванням гарно розвиненої приватної системи соціального страхування та низьким рівнем

соціальної підтримки, що надається урядом. Тобто, державні зобов'язання зведені до мінімуму, а громадяни держави повинні самі захищати себе від бідності. Важлива роль відводиться індивідуальній підприємницькій діяльності та вільному ринку, як засобам забезпечення благополуччя для більшості громадян. Велике значення має концепція прав людини та механізми їх захисту.

Оскільки соціальний добробут населення порівнюють за співвідношенням доходів між багатими і бідними, то формування держави загального добробуту пов'язують із більш високим рівнем економічного розвитку країн, ніж той, який дозволив би забезпечити громадянам прожитковий мінімум. Така держава захищає людей від бідності за допомогою виплат по безробіттю, сімейних виплат, грошових компенсацій, пенсій, забезпечує охорону здоров'я, безоплатну освіту, соціальне житло. У державі загального добробуту соціальна підтримка здійснюється шляхом втручання держави в життя людей на національному та місцевому рівнях через соціальні програми. Фінансують цю систему за рахунок перерозподілу доходів через страхування і податкову політику.

Отже, висновуємо, що держава соціального добробуту – це система соціальної безпеки, яка характеризується максимально повним соціальним забезпеченням усіх категорій громадян. Доктрина такої держави й відповідні механізми соціального захисту ґрунтуються на принципах соціальної справедливості, а матеріальна підтримка поширюється на всіх осіб, які її потребують, а не лише на тих, хто заробив право на соціальні виплати трудовою діяльністю. Україна, як соціальна держава, повинна активно впроваджувати соціальну політику, спрямовану на створення умов для всебічного розвитку особистості кожного громадянина, забезпечення реалізації прав і свобод.

## Висновки до розділу 1

1. Ретроспективна оцінка наукових праць на теренах соціогуманітаристики дозволяє зробити висновок, що поняття «соціальний захист» сьогодні немає усталеного академічного визначення, а у контексті окремих наукових шкіл характеризує споріднені за сутнісним наповненням категорії. Більшість науковців зводять соціальний захист до системи організаційних, правових та економічних заходів, головною метою котрих є забезпечення основних соціальних прав громадян у державі. У цьому контексті його співвідносять з ефективною соціальною політикою країни. Інша частина фахівців визначають соціальний захист через систему економічних й організаційних заходів, закріплених на законодавчому рівні, які спрямовані на підтримку найбільш соціально вразливих верств населення. Відповідно до розуміння поняття державної системи соціального захисту у вузькому й широкому значенні, розробляються мета й завдання успішної соціальної політики країни.

2. Система соціального захисту в Україні спрямована на реалізацію таких двох основних функцій: а) зменшення негативних наслідків бідності через надання адресної допомоги соціально вразливим верствам населення; б) запобігання бідності через систему соціального страхування працездатних громадян. Дослідження змісту діяльності системи соціального захисту в Україні виявило існування фондів державного соціального захисту та недержавного соціального забезпечення. Хоча надання соціальних послуг традиційно вважалося прерогативою держави, в реаліях сучасного світу перевага в отриманні послуг на рівні громади стосується насамперед недержавних організацій.

3. Головна мета соціального захисту полягає у забезпеченні добробуту населення, котрий визначається передусім як системний показник стабільності в державі. Ключові принципи суспільного добробуту досить

суперечливі, оскільки можуть бути ефективно зреалізовані лише у гармонійному соціумі, в якому ефективно поєднуються економічні показники розвитку і високі моральні критерії.

## РОЗДІЛ 2

### СТРУКТУРА, ЗМІСТ, ЗАВДАННЯ І ТЕХНОЛОГІЇ СИСТЕМИ СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

#### 2.1. Структура державної системи соціального захисту та її специфіка у сфері охорони здоров'я

У період економічної кризи значна увага уряду правової соціальної держави надається соціальним пріоритетам, формуванню відповідного рівня життя населення та створенню чіткої структури соціального захисту. Останній охоплює систему соціального страхування, соціальні гарантії, соціальну допомогу, систему фінансування пенсій, допомог, компенсацій, медичних та інших соціальних послуг. Особливе значення при цьому приділяється системі охорони здоров'я. Саме ступінь зорієнтованості держави на покращення здоров'я громадян, вдосконалення діяльності сфери охорони здоров'я і є одним із основних, на нашу думку, показників розвитку держави, її цивілізованості і конкурентоспроможності у сучасному глобалізованому світі.

Критичний аналіз структурних компонентів системи соціального захисту населення України дає змогу стверджувати, що досі в науковій літературі не існує єдиного універсального підходу з виокремлення структури системи соціального захисту. Як стверджує Л. О. Павлова, це пов'язано з: а) наявністю широкого спектра й істотних відмінностей, а також суперечностей між критеріями, які можна покласти в основу структурних складових системи соціального захисту; б) існуванням наукової полеміки стосовно визначення самих категорій «соціальний захист», «соціальне забезпечення», «система соціального захисту» тощо та розбіжностей у поглядах науковців, експертів; в) існуванням суперечностей щодо ролі й



місця держави в системі соціального захисту, нечітким визначенням складових системи соціального захисту [55].

Коротко зупинимося на аналізі структури державної системи соціального захисту населення.

Досить оригінальною, методологічно аргументованою та науково обґрунтованою є концепція М. М. Руженського. На його думку, система соціального захисту населення складається з сукупності інститутів, які включають функціональні підсистеми у вигляді інститутів економічної, соціальної, політичної, організаційної та правової підсистеми (рис. 2.1).

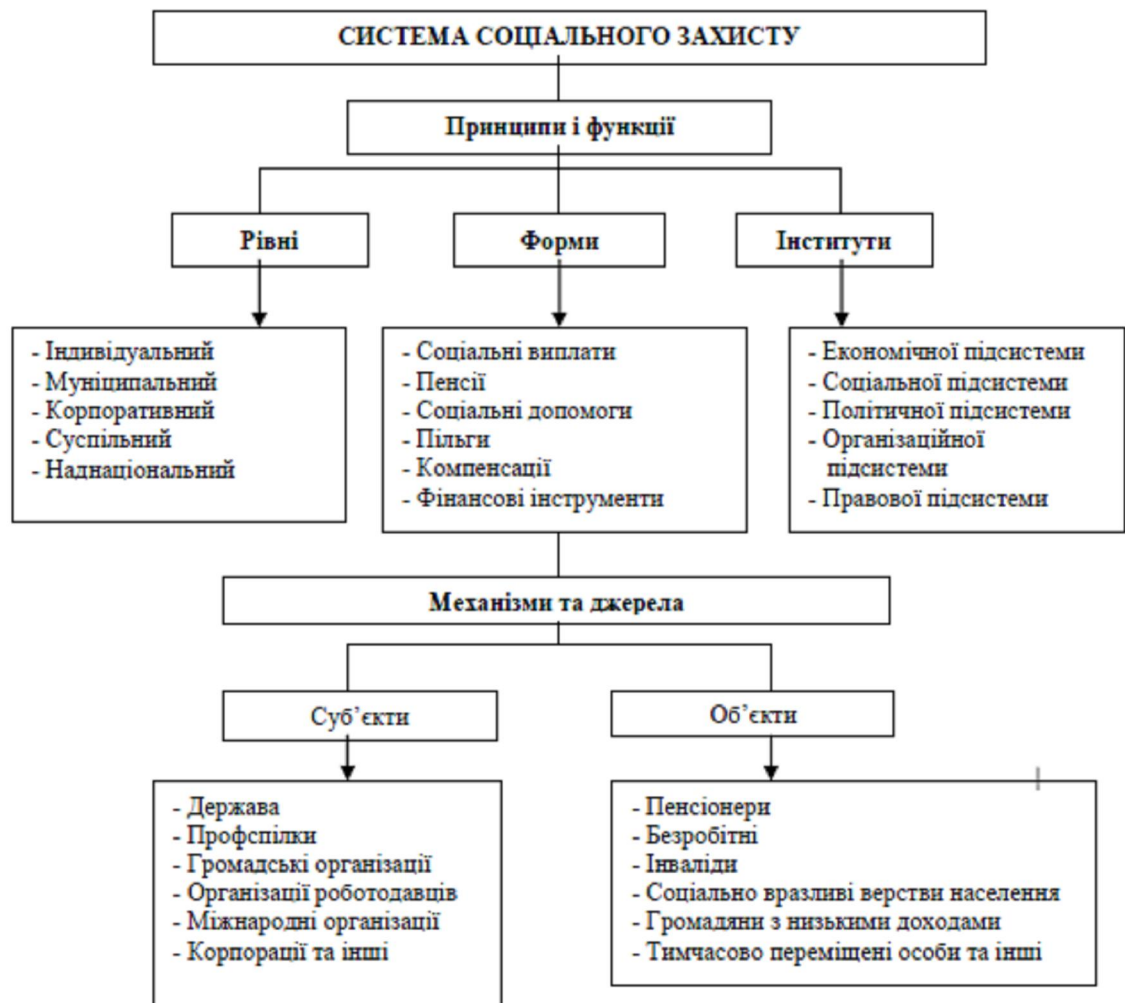


Рис.2.1. Система соціального захисту у концепції М.М.Руженського [63]

Інститути економічної підсистеми автор вважає основою соціального захисту, оскільки тільки за наявності кінцевих результатів їх функціонування у вигляді валового внутрішнього продукту будуть розроблені матеріальні блага та послуги, які потім підлягають розподілу, обміну і споживанню задля задоволення потреб окремих осіб, соціальних груп і суспільства в цілому. Ці інституції функціонують не лише з метою забезпечення наявних в даний час запитів, а й спрямовані на забезпечення соціально-економічного розвитку суспільства та його якісне вдосконалення. Розширене відтворення в економічній підсистемі на інтенсивній основі дає змогу посилювати її соціальну спрямованість шляхом пріоритетного використання кінцевих результатів цього процесу на цілі соціального захисту членів суспільства. Крім цього, розширене відтворення економічної підсистеми включає відтворення робочої сили та відносин зайнятості населення, що в цілому відіграє вирішальну роль у створенні матеріальних передумов та фінансових ресурсів для здійснення цього захисту.

Установи економічної підсистеми державного устрою соціального захисту населення регулюють також відносини з розподілу та перерозподілу доходів шляхом стягнення податків та інших платежів. У цьому змістовому контексті соціальний захист населення тісно пов'язаний з розподілом та перерозподілом валового внутрішнього продукту на користь людей, які тимчасово чи постійно потребують особливої підтримки з боку суспільства: від більш заможних до злиденних, від здорових до хворих, від молодих до літніх.

Другим структурним складником державної системи соціального захисту населення науковець вважає інститути соціальної підсистеми. Вони становлять організоване ціле, котре охоплює як окремих індивідів, так різні спільноти, яким притаманні розмаїті взаємостосунки. Специфіка їхньої дії полягає в тому, що адресно вони формуються для відповідної соціальної спільноти (соціальних груп, соціальних організацій). Тому поведінка

суб'єктів соціальної підсистеми, головними серед яких є люди, їхні зв'язки і взаємодія, зумовлена їхніми соціальними позиціями (статусами), конкретними соціальними функціями (ролями), які вони виконують, соціальними нормами і цінностями, прийнятими в даному суспільстві, а також індивідуальними психологічними якостями (мотиви, ціннісні орієнтації, інтереси).

Своєрідність соціальної підсистеми полягає в тому, що всередині неї мають комплексний характер і не зводяться до відносин суто економічних чи суто політичних. Вони охоплюють максимально повно всі сфери життєдіяльності і формо виявляються на соціально-економічному, соціально-політичному і соціально-культурному вимірах, адже особистість, клас, нація, демографічна чи професійна група завжди й одночасно є носіями всієї сукупності суспільних відносин.

Інститути політичної підсистеми являють собою багатоаспектне утворення, ядро якого складають держава в особі державного апарату, партії, різноманітні громадські об'єднання тощо. Функціонування даних інституцій зумовлене політичними процесами та активною політичною діяльністю соціальних суб'єктів. Визначальною рисою слугує принцип гуманізму, котрий ґрунтується на визнанні невід'ємних прав людини, в тому числі й її права на гідне життя для кожної особи, незалежно від національних, расових, релігійних, вікових, статевих, індивідуальних або соціальних ознак. Адже будь-яке суспільство є цивілізованим настільки, наскільки воно є гуманістично зорієнтованим, тобто наскільки цінною в ньому є людина. Гуманізм особистісний – це світогляд, в основу якого покладено інтереси індивідів, турбота про їхнє благо, а політичний гуманізм розуміється як певна модель взаємовідносин держави і людини, тобто комплекс стійких зв'язків між ними. У даному змістовому форматі, як висновує М.М.Руженський, соціальний захист – це гуманістичне осягнення сутності дихотомічних відносин у системі «людина – держава», в контексті соціальної відповідальності останньої [63].

Можемо констатувати, що серед суб'єктів політичного процесу особлива роль у формуванні, функціонуванні і розвитку соціального захисту населення належить державі, оскільки вона завжди виконувала і виконує не лише функції інструменту реалізації економічних інтересів суспільства, а й функції захисту панівних соціальних верств. Окрім того держава також є основною формою політичної інтеграції суспільства за наявності його розшарування та покликана забезпечити основні права людини, всіх і кожного, хто перебуває на її теренах, встановлює обов'язкові для всіх правові норми, бере на себе обов'язок забезпечити добробут своїх громадян. Використовуючи владу, яка є інструментом впливу на всі сфери суспільного буття, держава може або стимулювати, або гальмувати розвиток тих чи інших процесів, явищ, форм, їхнього прояву, здійснювати таким чином регуляторний вплив на економічну і соціальну підсистеми суспільних відносин. Звідси можна стверджувати, що домінантою економічної політики держави є оптимальна реалізація головної мети економічної системи – досягнення високого рівня суспільного добробуту. Водночас у соціальній політиці держави виділимо дві пріоритетні складові. Перша з них – розвиток тих суб'єктів, що утворюють суспільство, тобто класів, соціальних груп тощо, національних або етнічних спільнот, мовних та конфесійних груп, а також соціалізація людини. Друга складова – захисна, тобто захист всіх елементів структури суспільства, а також окремих особистостей від деструктивних процесів, котрі мають місце в суспільстві на різних етапах його розвитку.

Забезпечення соціального захисту населення спричинює потребу тісного взаємозв'язку і взаємодії економічної політики з соціальною. Перша не буде довершеною і не зможе повно забезпечувати успішний соціально-політичний розвиток суспільства загалом і досягнення високого рівня соціальної захищеності його громадян зокрема. Таким чином, соціальна політика поступово перетворюється на серцевину економічного регулювання. Тому саме в ній треба вбачати джерело формування та

реалізацію конкретних економічних програм у сфері соціального захисту населення. Регулюючи функціонування економічної та соціальної підсистем відповідними інституційними механізмами, держава виконує прогресивну або регресивну роль, однак не може примусити суспільство існувати за такими відносинами, котрі суперечать дії об'єктивних економічних та соціальних законів або для дії яких ще не створено реальних умов. Відомо, що умови породжують явища, а не навпаки. Нехтування законами розвитку економічної та соціальної підсистем призводить до їх дезорганізації, що відкидає суспільство в його еволюції назад. У зв'язку з цим досить чітко окреслюються контури негативного впливу державного менеджменту на стан соціальної захищеності широких верств населення, окремих країн внаслідок недостатньо ефективного використання обмежених ресурсів в інтересах не тільки нинішніх, а й майбутніх поколінь. Провідна роль в досягненні балансу інтересів у цій сфері належить державним установам, адже саме держава, як досить логічно стверджують дослідники, має «захищати інтереси людей майбутнього від наслідків нашого ірраціонального дисконтування і від надання переваг нашим власним інтересам на шкоду інтересам потомків» [63, с.131]. Особливо актуальною ця проблема є для українських реалій сьогодення. Інститути організаційної підсистеми соціального захисту населення розглядаються як стійка сукупність процесів, дій, котрі здійснюються відповідними структурами суспільства та спрямовані на об'єднання складових соціального захисту в єдине ціле як життєздатної системи. Вони забезпечують внутрішню впорядкованість та узгодженість відносно незалежних частин даного устрою. Ключове завдання функціонування та розвитку інститутів організаційної підсистеми – об'єднання складових соціального захисту у злагоджену, єдину систему – забезпечується в разі досягнення єдності інтересів на основі єдиної мети та націленості на певні результати. Вирішальна роль у досягненні результатів належить тим інститутам цієї підсистеми, які здійснюють відповідні дії, забезпечують протікання певних процесів. Такими структурами є держава та

її органи управління соціальним захистом населення недержавні організації, фонди соціального страхування, які акумулюють фінансові ресурси, а потім визначають напрями і форми їх використання, система підготовки кадрів тощо.

М. М. Руженський підкреслює, що здійснення соціального захисту населення супроводжується взаємодією інститутів і перелічених підсистем між собою, а також з різними групами, прошарками, класами населення та останніх між собою. При цьому головна увага акцентується на наданні різноманітних послуг, здійсненні грошових виплат, розрахунків тощо. Така діяльність, висновує дослідник, супроводжується прийняттям рішень, певними діями та поведінкою, що несе в собі можливість виникнення розбіжностей економічних інтересів. Стійка взаємодія між складовими соціального захисту населення можлива, якщо суб'єкти цього захисту наділені владними повноваженнями стосовно інших, а ті, на кого спрямований цей захист – відповідними правами та встановлено інституційно-правові норми зазначеної взаємодії.

Дещо інше науково-методологічне спрямування має підхід П. Шевчука, який виокремлює три складові державної системи соціального захисту: 1) соціальну допомогу; 2) соціальне страхування; 3) соціальну справедливість [55]. Науковець стверджує, що надання соціальної допомоги передбачає підвищення рівня споживання економічно слабших сімей унаслідок зниження рівня споживання економічно сильніших сімей з метою пом'якшення бідності перших. Однак такі висновки ми не вважаємо однозначними і єдино правильними. Адже необхідно насамперед дати чітке визначення «економічно слабкої» й «економічно сильної» сім'ї, а також окреслити механізм перерозподілу матеріальних благ. Наступною складовою означеного устрою вважається соціальне страхування, котре передбачає захист громадян від подій, властивих суспільству загалом і не зовсім передбачуваних для окремої особи. Мається на увазі тривалість людського життя, бідність, хвороба, каліцтво тощо. Третю складову – соціальну

справедливість – П. Шевчук витлумачує як компенсацію (матеріальну чи іншу) особам у зв'язку з виникненням непередбачуваних подій. Хоча у своїй схемі автор звертає увагу лише аварію на ЧАЕС, однак, на наш погляд, мовиться і про необхідність врахування різноманітних природних й техногенних катастроф (повінь, цунамі тощо).

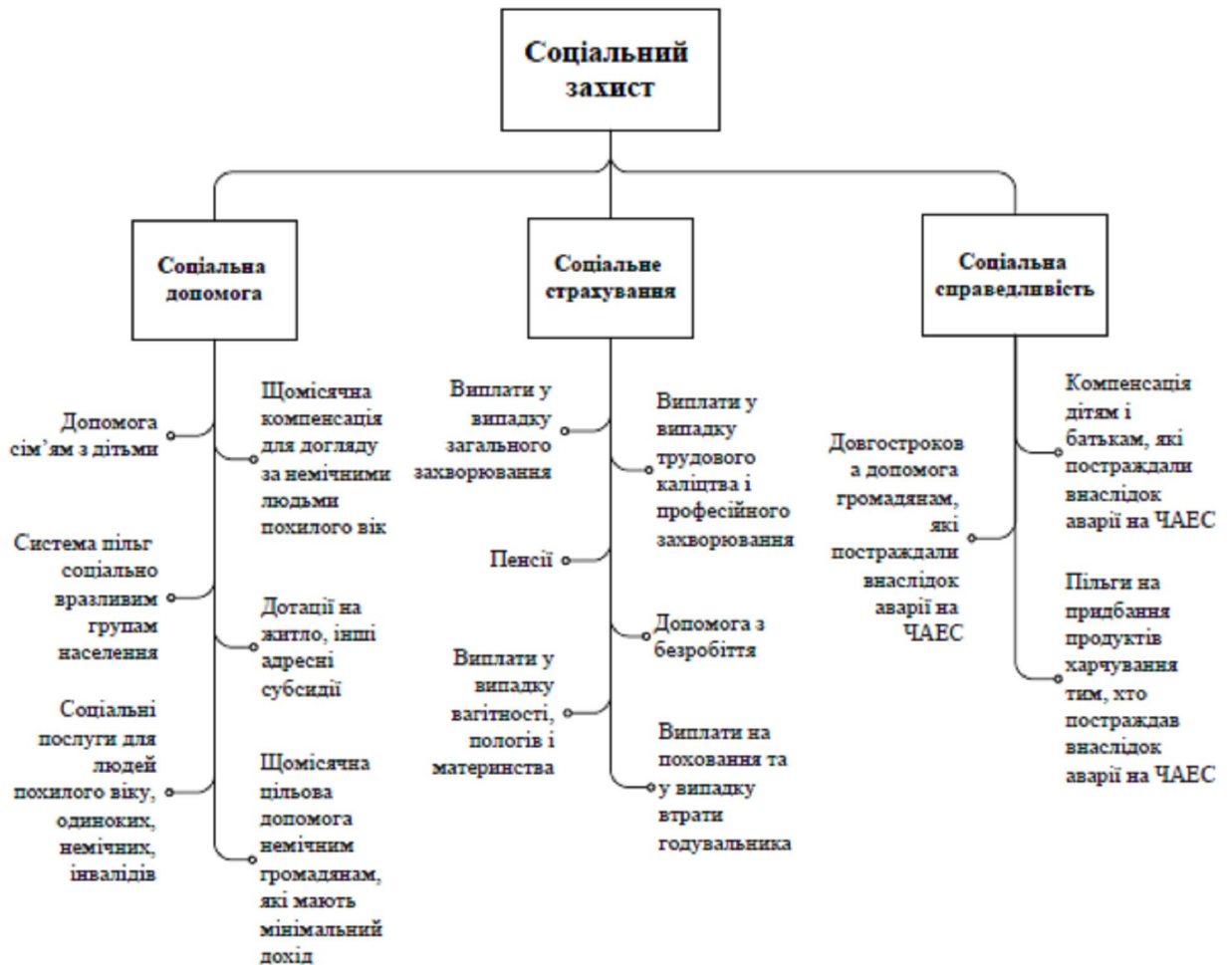


Рис.2.1. Складові системи соціального захисту (за концепцією П. Шевчука)

Окрім класичних складових (соціальної допомоги, соціального страхування та соціальної справедливості), дослідник вирізняє й допоміжні компоненти сучасного державного устрою соціального захисту: захист прав дитини; ранню імунізацію; сприяння освіті й підвищення кваліфікації населення; соціальну роботу в неблагополучних сім'ях та з обслуговування

одиноких літніх і непрацездатних громадян; соціальне обслуговування дітей-інвалідів; активну політику на ринку праці; гендерну політику; підготовку кадрів соціальних працівників тощо [55].

Загальну структуру державної системи соціального захисту населення України у взаємопов'язаній єдності трьох складових описали Г. Г. Михальченко та Ю. О. Грищенко [47]. Вона стосується соціальної допомоги, соціального страхування та соціальних гарантій. Розглянемо характеристику кожної окремої ланки аналізованого соціального утворення.

У Законі України «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії» зазначається, що державні соціальні гарантії – це «встановлені законами мінімальні розміри оплати праці, доходів громадян, пенсійного забезпечення, соціальної допомоги, розміри інших видів соціальних виплат, встановлені законами та іншими нормативно-правовими актами, які забезпечують рівень життя не нижчий від прожиткового мінімуму» [27].

Відповідно до критеріїв відбору отримувачів соціальну допомогу науковці поділяють на: а) соціальну допомогу, яка надається з урахуванням потреб, але без урахування майнового стану та доходу; б) адресну соціальну допомогу, яка надається з урахуванням доходу або майнового стану.

Загальнообов'язкове державне соціальне страхування, на думку авторів вищеокресленої концепції, це – система прав, обов'язків і гарантій, яка передбачає надання соціального захисту, що включає матеріальне забезпечення громадян у разі хвороби, повної, часткової або тимчасової втрати працездатності, втрати годувальника, безробіття з незалежних від них обставин, а також у старості та в інших випадках, передбачених законом, за рахунок грошових фондів, що формуються шляхом сплати страхових внесків власником або уповноваженим ним органом (далі – роботодавець), громадянами, а також бюджетних та інших джерел, передбачених законом [47].



Цікавою у цьому змістовому контексті є і структура державної системи соціального захисту, яку запропонувала дослідниця А. Халецька. Її концепція характеризується більшою деталізацією компонентів аналізованого утворення й охоплює такі складники: а) державна допомога сім'ям з дітьми (одноразова допомога за народження дитини, допомога з догляду за дитиною до трьох років, допомога з догляду за дитиною до трьох років, допомога на дітей військовослужбовців, допомога з пологів та родів жінкам, які перебувають на обліку в ЦЗ, допомога на дітей самотнім матерям, допомога на дітей під опікою і под.); б) пенсійне забезпечення (пенсії за спеціальним статусом: державні службовці, народні депутати, журналісти, працівники нацбанку, прокурорські працівники, судді, наукові працівники, ліквідатори аварії на ЧАЕС, військовослужбовці та ін.; трудові пенсії, пенсії за вислугу років, пенсії з втрати годувальників, пенсії по інвалідності; соціальні пенсії: особам, що не мають трудового стажу з поважних/без поважних причин); в) соціальна допомога (надомне обслуговування самотніх працездатних громадян, соціальна та медична реабілітація, побутові послуги); г) субсидії на житлово-комунальні послуги (на оплату користування житлом або його утримання, на придбання скрапленого газу, твердого та рідкого пічного побутового палива, на водо-, тепло-, газопостачання, водовідведення, електроенергію) [55].

На жаль, аналіз цієї містить деякі неточності. Зокрема, у поданій схемі детально проаналізовано пенсійне забезпечення з усіма його різновидами, а сам алгоритм надання соціальної допомоги дещо обмежений і не конкретизований. Відтак, логічно постає запитання: чи всі соціально вразливі категорії населення вдалося охопити у наведеній структурі, чи це весь соціальний захист, який може надати держава соціально незахищеним громадянам?

Найбільш науково зрілою з проаналізованих підходів нам видається концепція структури державної системи соціального захисту населення

України, запропонована Л.О.Павловою. Її визначальними структурними елементами є:

- соціальне страхування;
- соціальна допомога;
- соціальні гарантії та стандарти;
- соціальні послуги [55].

Підсумовуючи викладене вище, хочемо підкреслити важливість сфери охорони здоров'я у державній системі соціального захисту населення України. Витрати на охорону здоров'я вважаються головною умовою оптимізації системи соціального забезпечення, що полегшує доступ до здорового способу життя малозабезпеченим людям. Державна політика України у сфері охорони здоров'я – це комплекс прийнятих загальнодержавних рішень чи взятих зобов'язань щодо збереження і зміцнення фізичного і психічного здоров'я та соціального благополуччя населення держави як найважливішої складової її національного багатства шляхом реалізації сукупності політичних, організаційних, економічних, правових, соціальних, наукових, медичних заходів з метою збереження громадського здоров'я. Ми погоджуємося з думкою О. Поживілової, що стратегічною метою політики держави у сфері охорони здоров'я є поліпшення стану здоров'я населення [60]. З.С. Гладун, опираючись на методичний підхід у теорії ієрархічних систем вирізняє особливості системи охорони здоров'я [16]. Насамперед, констатує науковець, це багатоцільова і багаторівнева система з ієрархічною формою управління, тобто такою, в якій кожен компонент своєю чергою може розглядатися як система. Складовою сфери охорони здоров'я є державне управління даною галуззю. Ієрархічність і багаторівневність цього устрою – це властивості не лише побудови означеної системи, а й її поведінки: цілісне функціонування системи охорони здоров'я є результатом взаємодії всіх її сторін і рівнів. Другою особливістю державної системи соціального захисту населення у сфері охорони здоров'я є те, що її елементи часто піддаються випадковим, неконтрольованим впливам.

Характер зв'язку між ними досить складний, а система певною мірою має ймовірний, а не детермінований характер. По-третє, система складається з великої кількості підсистем, які відрізняються не тільки ступенем складності, характером і складом елементів, а й організаційною структурою. Окрім того, як і всі ієрархічні системи, для соціального захисту у сфері охорони здоров'я характерним є: послідовне вертикальне розташування підсистем, що її організують, тобто вертикальна декомпозиція; пріоритет дій або право втручання підсистеми верхнього рівня; залежність дій підсистем верхнього рівня від фактичного виконання нижчими рівнями своїх функцій. Автор зауважує, що окрім поданих вище, потрібно враховувати ще одну важливу особливість. Йдеться про великий вплив на успішну діяльність системи охорони здоров'я горизонтальних зв'язків як між іншими системами, так і між підсистемами самої системи охорони здоров'я населення.

Як соціальна системна структура охорона здоров'я виконує дві групи функцій: прямі й опосередковані. До прямих відносять просвітницьку оздоровчу діяльність, встановлення норм професійної та побутової безпеки, профілактичні заходи щодо захворювань, лікування захворювання, охорону материнства і дитинства, реабілітацію хворих і відновлення їхнього здоров'я. Опосередковані функції стосуються забезпечення здорового середовища співіснування членів суспільства; повернення до нормального суспільного функціонування осіб, які перенесли захворювання; убезпечення існування суспільства загалом, що, врешті-решт, сприяє гуманізації суспільства. Державна система соціального захисту у сфері охорони здоров'я може включати кілька видів систем, зокрема: – концептуальні – ідеї, задуми керівників різних рангів; концепції медичної науки щодо надання різних видів медичної допомоги; погляди на організацію та управління у сфері охорони здоров'я; – емпіричні – конкретні лікувально-профілактичні заклади; – організаційні – різні рівні органів управління охороною здоров'я та моделі фінансування тощо. Головною умовою існування будь-якої системи є сумісність підсистем, що входять до неї. Під сумісністю розуміють

відсутність нездоланих протиріч між підсистемами. В іншому випадку вони гинуть, а значить гине й уся система, і намагатись підтримати її існування – даремна справа. Розглядаючи систему охорони здоров'я України за формами власності ми побачимо, що вона включає: – підсистему державних закладів охорони здоров'я; – підсистему комунальних закладів охорони здоров'я; – мережу приватних закладів охорони здоров'я з наданням платних медичних послуг, які доповнюють діяльність двох попередніх.

В організаційному плані структура системи охорони здоров'я має два основних рівні: адміністративно-територіальний і галузевий. В адміністративно-територіальному відношенні вона будується відповідно до адміністративно-територіального поділу держави і є складною, багаторівневою, ієрархічно побудованою системою. Нині система охорони здоров'я побудована на основі чинного адміністративно-територіального поділу України і відповідно до вимог наближення медичної допомоги до людей, які проживають у населених пунктах – селах, селищах і містах. Як елементи (підсистеми) до неї входять: охорона здоров'я на рівні держави; охорона здоров'я на рівні області; охорона здоров'я на рівні району; охорона здоров'я на рівні окремого населеного пункту (міста, селища, села). Але незалежно від організаційного рівня – це єдина, складна, динамічна система з великою кількістю компонентів. Так, до структури системи охорони здоров'я входять лікувально-профілактичні заклади різних рівнів підпорядкування, окремі види медичної допомоги, матеріально-технічна база, кадри, фінанси тощо [16].

Таким чином, висновуємо, що нині державна система соціального захисту населення в Україні загалом та у сфері охорони здоров'я зокрема перебуває в стадії становлення і розвитку: тривають пошуки її оптимальної структури, формування основних функцій, провідних напрямів діяльності на різних рівнях, відпрацювання алгоритму надання соціальних послуг з метою підтримки незахищених верств населення та окремих громадян.

## **2.2. Цілі, завдання і функції системи соціального захисту у сфері охорони здоров'я**

Загальновідомим є той факт, що в кожному суспільстві функціонує велика кількість систем, що покликані виконувати певні функції. Деякі з них тільки опосередковано можуть бути керовані людиною, інші – напряму залежать від діяльності особистості та створені нею. У форматі нашого наукового дослідження зупинимося передусім на характеристиці системи охорони здоров'я. Складність розгляду даного питання зумовлена неоднозначністю поняття «охорона здоров'я». В одних джерелах охорона здоров'я розглядається як система політичних, економічних і суто медичних заходів, в інших – як мережа об'єктів охорони здоров'я різного спрямування, видів і потужності. Тому системність, на думку З.С.Гладуна [16], можна розглядати в кількох значеннях. Насамперед її розуміють як певну згрупованість, адже така складна соціальна організація як охорона здоров'я, безперечно, повинна бути певним чином згрупована. Без цієї систематизації і охорони здоров'я важко уявити її діяльність і керованість. Системність охорони здоров'я дозволяє розділити функції всієї системи на певні напрямки діяльності, потім, визначивши повноваження і компетенцію кожної підсистеми та механізм їх функціонування можна розділити ці функції між ними. Завдяки цьому є змога професійнішого виконання своїх обов'язків апаратом системи, ефективнішого керівництва нею, адже кожен відповідає за свою ланку роботи. Крім цього, це полегшує можливість проведення контролю над діяльністю системи. Наочно системність побудови охорони здоров'я можна показати на прикладі функціонування її служб. Так, зважаючи на три види медичної допомоги (первинна, вторинна, третинна), в кожному з цих видів функціонує своя система служб (швидка медична допомога, стаціонарні лікарняні заклади, амбулаторні поліклінічні заклади і т.д.), що виконує специфічні, тільки їм властиві функції.

Наступним напрямом розуміння системності охорони здоров'я є розуміння її як послідовної в часі діяльності. Зважаючи на визначення окресленого поняття як устрою, що забезпечує певний рівень життєдіяльності організму людини протягом життя, можна зробити висновок, що системність повинна охоплювати не тільки діяльність системи як такої стосовно певного кола людей, а й щодо певного часового проміжку. Варто відзначити, що функціонування системи охорони здоров'я не обмежується часовими проміжками. Допоки існує суспільство, існуватиме система охорони здоров'я, оскільки це одна з систем, що забезпечує життєдіяльність і безпеку соціуму. Цим, можливо, система охорони здоров'я відрізняється від системи державної влади, яка змінюється, часом кардинально, відповідно до сучасних політичних, економічних потреб суспільства, а функціонування системи охорони здоров'я побудоване на більш стійких і стабільних принципах, що дозволяють їх змінюватися не функціонально, а лише структурно [16].

Гарантування соціальної безпеки в суспільстві є основним завданням соціального захисту. Представники соціальних інституцій, що здійснюють соціальний захист повинні виявляти причини, котрі викликають соціальні ризики, оцінювати можливості впливу на них на різних етапах та забезпечувати формування і реалізацію соціальних гарантій на рівні прийняттого ризику для існуючих економічних умов суспільного розвитку. Загалом основними принципами дієвої системи соціального захисту слушно вважати наступні: цілісність, структурність, динамічність, врахування соціальної та регіональної диференціації.

Зважаючи на виняткову складність і багатоаспектність піднятої проблематики, дослідники витлумачують у ракурсі власних у змістовлень подані принципи. Досить ґрунтовний аналіз представлено в навчальному посібнику «Соціальна політика і соціальна робота» [17, с. 70]. Так, на думку автора, соціальний захист в Україні у практиці сьогочасного соціально-психологічного пізнання має базуватись на принципах: - визначення

соціального захисту пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави; - законодавча автентифікація основних соціальних гарантій; - загальнодоступність і гарантований рівень соціального забезпечення найнагальніших життєвих потреб для всіх громадян; - визначення рівня наданих гарантій на підставі соціальних нормативів; - законодавчо встановлений розподіл відповідальності між державою, роботодавцями та працівниками щодо забезпечення гарантій із соціального страхування; - забезпечення непрацездатному населенню рівня життя, який відповідає встановленому законом прожитковому мінімуму; - відповідність основних засад соціального захисту рівню соціально-економічного розвитку держави.

У «Національній стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років» [49] зазначається, що система охорони здоров'я повинна орієнтуватися на низку принципів. По-перше, потрібно сформувати гарантований пакет послуг, що доступний кожному громадянину. Цей принцип має бути застосований незалежно від статі, віку, сексуальної орієнтації, релігійних чи політичних переконань, сімейного або цивільного стану. Його доцільно використовувати до всіх і кожного, адже він базується на повазі до прав людини. Водночас, держава повинна приділяти особливу увагу вразливим соціальним групам, оскільки показники здоров'я у них суттєво відстають від показників решти населення. По-друге, необхідно забезпечити дотримання національних стандартів якості та професіоналізму. Цей принцип спрямований на надання якісної медичної допомоги, яка повинна бути безпечною, ефективною і спрямованою на задоволення потреб пацієнта, підтримку, освіту та розвиток персоналу, удосконалення управління галуззю. По-третє, система соціального захисту населення у сфері охорони здоров'я повинна наголошувати на принципі взаємоповаги пацієнтів та медичних працівників. Саме повага, гідність, співчуття й турбота повинні бути головними у роботі з пацієнтами. Їх безпека, досвід під час перебування в системі та результати для здоров'я будуть покращуватися, коли медичні працівники відчуватимуть свою цінність, матимуть відповідні повноваження

та підтримку, а пацієнти будуть відчувати себе партнером, а не об'єктом лікування. Четвертий принцип – це співпраця різних секторів економіки, служб, організацій в інтересах пацієнтів, громад та населення, тобто міжсекторальна взаємодія. Система охорони здоров'я як галузь повинна взаємодіяти з іншими службами, органами державного сектору та широким колом громадських об'єднань, благодійних організацій та юридичних осіб приватної форми власності з метою підвищення рівня здоров'я та добробуту. П'ятим принципом вважають співвідношення ціна-якість та найбільш ефективне, справедливе та стійке використання обмежених ресурсів. Державні кошти на охорону здоров'я мають бути спрямовані винятково на благо громадян. Держава повинна прагнути до того, аби кожна витрачена платником податків гривня приносила якомога більше результату для здоров'я людей. Останнім принципом зазначеної стратегії постає підзвітність громадам і пацієнтам. Система відповідальності та підзвітності за прийняття рішень повинна бути прозорою та зрозумілою для громадськості, персоналу та пацієнтів. Із цією метою уряд повинен гарантувати постійну можливість доступу до інформації та основних показників здоров'я, а органи центральної та місцевої влади систематично звітувати перед громадою або її представниками (радами) за результати діяльності в сфері охорони здоров'я [49].

Зважаючи на викладене вище, висновуємо, що соціальний захист у сфері охорони здоров'я населення ґрунтується на наступних принципах: відповідальність держави і суспільства за охорону здоров'я; розвиток суспільної й індивідуальної профілактики; доступність профілактичної і лікувальної допомоги; особиста відповідальність за стан здоров'я; інтеграція охорони здоров'я в комплекс заходів по захисту навколишнього середовища, подолання бідності, реалізації демографічної політики і політики ресурсозбереження; гуманізація процесу медичного обслуговування населення, дотримання норм етики і деонтології; розвиток міжнародного співробітництва у медичній сфері. На створення системи охорони здоров'я,



яка відповідатиме потребам населення і забезпечить реалізацію зазначених принципів, спрямована Загальнодержавна програма «Здоров'я 2020: український вимір» на 2012-2020 рр. Основний акцент робиться на модернізації системи первинної медико-санітарної допомоги та профілактиці неінфекційних захворювань. Результатами цих дій має стати покращення доступу населення до медичних послуг та підвищення рівня профілактики і раннього виявлення неінфекційних хвороб [50].

На думку П.І. Шевчука [55] система соціального захисту покликана виконувати дві основні функції: а) пом'якшувати наслідки бідності (реабілітаційна функція) через надання короткотермінової адресної допомоги бідним; б) запобігати бідності (превентивна функція), що досягається запровадженням умов для участі громадян у соціальному страхуванні під час свого активного періоду життя. Перша функція має, зазвичай, характер пасивної підтримки тих членів суспільства, які з певних причин опинились у скрутному економічному становищі, що допомагає їм уберегтися від зубожіння. Друга полягає у захисті доходу окремої особи і членів її сім'ї на випадок втрати працездатності (через старіння, хворобу, каліцтво) чи самої роботи і є активним заходом. Щодо складових соціального захисту, то найчастіше до них відносять: пенсійне забезпечення, пільги та допомоги непрацездатним, а також малозабезпеченим громадянам, надання грошової допомоги та пільг сім'ям з дітьми, житлові субсидії, допомога по безробіттю, обслуговування самотніх непрацездатних громадян у будинках–інтернатах, територіальних центрах соціального обслуговування чи їх структурних підрозділах та ін. Окреме місце в системі соціального захисту займає соціальне страхування.

Окрім класичних складових (соціальної допомоги, соціального страхування і соціальної справедливості), до сучасних систем соціального захисту деякі автори [55; 69; 70] відносять: захист прав дитини; ранню імунізацію; сприяння освіті та підвищенню кваліфікації населення; соціальну роботу в неблагополучних сім'ях та з обслуговування самотніх літніх та

непрацевдатних громадян; соціальне обслуговування дітей-інвалідів; активну політику на ринку праці; гендерну політику; підготовку кадрів соціальних працівників тощо [39].

Структурно державна політика охорони здоров'я складається з низки компонентів. Відповідно до Концепції розвитку охорони здоров'я України в її змісті виокремлюють мету; завдання; інституційну систему; систему зв'язків і відносин. У статті 3 Закону України „Про основи національної безпеки України» об'єктами державної політики у сфері охорони здоров'я мають бути: а) людина, її здоров'я, його охорона і захист, її конституційні права і свободи і законні інтереси; б) суспільство, його духовні, фізичні, морально-етичні, культурні, історичні, інтелектуальні та матеріальні цінності, інформаційне і навколишнє природне середовище і природні ресурси; в) держава, її конституційний лад, суверенітет, територіальна цілісність і недоторканність, система охорони здоров'я [27].

Головною метою державної системи соціального захисту у сфері охорони здоров'я на сучасному етапі дослідники вважають досягнення позитивних змін у нинішній ситуації, зокрема збереження і поліпшення здоров'я всіх верств населення, підвищення якості та ефективності медико-санітарної допомоги, забезпечення соціальної справедливості і прав громадян на її отримання в умовах трансформації соціально-економічних відносин за рахунок удосконалення організації і фінансування галузі та раціонального використання ресурсів [16]. Ця мета повинна бути охоплювати певні компоненти. По-перше, як констатують науковці, потрібно надати реальний доступ до якісної медичної допомоги широким верствам населення. Це, своєю чергою, передбачає створення правових, економічних і організаційних умов для надання медичних послуг, види, якість і обсяги яких відповідають рівню захворюваності та запитам населення, сучасному рівню медичної науки і технології, а також ресурсам, доступним державі та громадянам. Реалізація цього аспекту мети державної системи соціального захисту передбачає: 1. Забезпечення збалансованості обсягів державних гарантій

надання населенню безкоштовної медичної допомоги з фінансовими можливостями держави. 2. Розвиток механізмів координації діяльності всіх ланок системи управління охороною здоров'я на основі введення комплексного територіального планування в системі охорони здоров'я і перегляд механізмів управління страховими фондами. 3. Реформування системи фінансування охорони здоров'я, що включатиме: забезпечення стійкості і прозорості багатоканальної систем фінансування сфери охорони здоров'я; впровадження механізмів фінансового планування і механізмів оплати медичної допомоги, що стимулюють ріст ефективності використання ресурсів в охороні здоров'я; завершення переходу до переважно страхової форми мобілізації фінансових засобів для охорони здоров'я і страхового фінансування медичних закладів; посилення державного регулювання платної медичної допомоги що надається в державних і муніципальних медичних установах; поступову легалізацію співучасті населення в оплаті медичної допомоги. 4. Проведення реструктуризації мережі медичних закладів. 5. Забезпечення господарської самостійності державних і муніципальних медичних установ, розширення спектра організаційно-правових форм медичних організацій. 6. Зміну підходів до організації й оплати праці медичних працівників. 7. Створення раціональної системи державних гарантій лікарського забезпечення населення. 8. Розвиток наукових досліджень і технологічних розробок, поліпшення якості наданих медичних послуг і лікарських засобів. 9. Зміцнення інститутів захисту прав пацієнтів і медичних працівників. По-друге, стратегічна мета державної соціальної політики у сфері охорони здоров'я має бути спрямована на створення умов і стимулів для збільшення коштів, що інвестуються громадянами та роботодавцями в поліпшення стану здоров'я на основі забезпечення високого пріоритету здоров'я в системі соціальних цінностей суспільства. По-третє, соціальний захист населення спрямований на покращення умов щодо максимально можливого запобігання захворювань та травматизму населення, зокрема забезпечення широкої профілактики і

формування економіко-правових умов для скорочення негативних техногенних впливів на стан здоров'я людини [16].

З огляду на зміст самого поняття «державна політика у сфері охорони здоров'я», головними завданнями на сучасному етапі мають бути: а) досягнення позитивних змін у збереженні і поліпшенні здоров'я всіх верств населення; б) забезпечення соціальної справедливості і прав громадян на доступну медичну допомогу в умовах трансформації соціально-економічних відносин; в) підвищення якості й ефективності медико-санітарної допомоги; г) удосконалення організації та фінансування галузі й раціонального використання ресурсів.

За результатами узагальнення наукових досліджень встановлено, що на соціальні стандарти у сфері охорони здоров'я покладається виконання таких основних завдань:

- участь у формуванні системи соціального захисту населення;
- сприяння реалізації соціальних прав громадян;
- забезпечення соціальної орієнтованості діяльності галузі охорони здоров'я;
- підвищення доступності товарів та послуг медичного призначення для населення;
- встановлення вимог до умов функціонування сфери охорони здоров'я;
- участь у створенні галузевої системи стандартизації;
- забезпечення якості, ефективності і безпеки у сфері охорони здоров'я;
- використання у плануванні медичної діяльності в умовах обмежених галузевих ресурсів і контролі за її здійсненням;
- прискорення впровадження новітніх медичних досягнень;
- сприяння економії всіх видів галузевих ресурсів;
- забезпечення юридичного захисту суб'єктів діяльності у сфері охорони здоров'я [78].

Таким чином, головною метою державної системи соціального захисту у сфері охорони здоров'я населення є його збереження, поліпшення і

профілактика у всіх категорій громадян. На реалізацію цих цілей зорієнтовані основні завдання соціальної політики кожної держави.

### **2.3. Зміст і форми діяльності системи соціального захисту на предмет надання соціальних послуг населенню у сфері охорони здоров'я**

Система соціального захисту у сфері охорони здоров'я є невід'ємною частиною загальної соціальної політики будь-якої держави, де якість життя і здоров'я населення тісно взаємопов'язані. Це поле, яке спрямоване на створення заходів щодо поліпшення здоров'я, задоволення потреб у галузі охорони здоров'я та надання медичних послуг.

Основними формами соціального захисту в Україні, як зазначають О. О. Кочемировська та О. М. Пишуліна, сьогодні є соціальні виплати й пільги, а соціальні послуги – порівняно нова форма соціального захисту, яка ще недостатньою мірою охоплює найбільш соціально незахищені категорії громадян. Соціальні послуги, зазвичай, задовольняють лише невідкладні потреби вразливих груп населення. Вони не зорієнтовані на запобігання виникненню складних життєвих обставин, не формують в осіб навичок реінтеграції у суспільство, що призводить до утримання значної кількості таких осіб під опікою держави [53].

Особливістю інституту соціальних пільг є їх спрямованість на підтримку тієї частини населення, котра перебуває у важких життєвих обставинах з огляду на скрутне матеріальне становище, вік, стан здоров'я. Складні життєві обставини визначаються як відсутність засобів до існування, неспроможність самостійного обслуговування, знаходження в зоні стихійного лиха, тощо. Соціальний захист даної категорії громадян здійснюється у вигляді допомоги сім'ям з дітьми; надання соціальних послуг людям похилого віку, самотніх, немічних, інвалідів; субсидій та дотацій плата за житло та комунальні послуги, користування громадським

транспорт, паливо, медикаменти тощо, соціально вразливим групам населення; щомісячної компенсації для догляду за немічними людьми похилого віку та цільової допомоги немічним громадянам, які мають мінімальний дохід тощо. Серед цих складових найбільш проблемною є система пільг, дія яких набула масового характеру. В Україні сучасна система соціальних пільг успадкована як складова системи соціального захисту населення УРСР. За роки незалежності вона трансформувалася на основі значної кількості законодавчих актів. Окрім законів та декретів, ці пільги запроваджувалися указами та розпорядженнями Президента України, постановами Кабінету Міністрів України, наказами міністерств і відомств. Нині користування пільгами з державного бюджету нашої країни регламентується значною кількістю законодавчих актів.

Серед розмаїття кількісно значних та якісно відмінних соціальних пільг, як зауважує М. М. Руженський [63], можна виділити декілька споріднених груп. Досить значну за кількістю учасників групу утворюють пільги за соціальною ознакою, що за своєю функціональною спрямованістю здешевлюють або надають можливість користуватися безоплатно послугами соціально-культурної сфери та з частковою оплатою витрат житлово-комунального господарства. Деяку частину пільг встановлено окремим категоріям громадян як визнання їхніх заслуг перед українським народом (учасники війни, АТО та бойових дій, Герої Праці, Герої України інші категорії осіб). Вони є традиційними для нашого суспільства, існують тривалий час і на ментальному рівні сприймаються як пільговиками, так і рештою населення як цілком соціально справедлива і гуманна норма держави.

Окрему групу, констатує далі науковець, утворюють пільги у вигляді компенсації та допомоги при втраті здоров'я. Вони надаються за життєвою потребою людям з певним видом хвороб, а також спрямовані на адаптацію до умов життя інвалідів, учасників антитерористичної операції і ліквідаторів та постраждалих внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС тощо. Низкою

соціальних пілг користуються працівники з особливими умовами праці (співробітників СБУ, працівники МВС, прокуратури тощо) [32; 33; 34].

Значну частину становлять пілги, що мають компенсувати падіння рівня життя осіб з фіксованими доходами та громадян, котрі тимчасово не можуть працювати, або рівня доходів тих домогосподарств, чий бюджет переобтяжений утриманнями. Доречно підкреслити, що до цієї групи пілговиків входять особи, доходи яких не дотягують до прожиткового мінімуму і щонайперше потребують соціальної допомоги з боку держави. До соціальних пілг за професійною ознакою належать ті, котрими користуються народні депутати, депутати місцевих рад, працівники прокуратури і судів та пожежної служби, військовослужбовці, службові особи митних органів, культурно-освітні працівники [63].

Можемо підсумувати, що сьогодні важливими складовими системи соціального захисту в Україні є соціальні послуги й соціальна допомога. Останню переважно розуміють як сукупність заходів, які гарантують сім'ї (особі) надання адресної диференційованої допомоги в особливо складних життєвих обставинах у вигляді готівкової чи безготівкової грошової допомоги, у вигляді пілг, послуг, консультацій тощо. Її головною метою постає створення умов для подолання скрутних життєвих обставин та забезпечення можливості рівної участі особи у житті суспільства.

Український науковець Н. І. Кривоконь у посібнику «Проблеми соціальної роботи та соціальної політики в Україні» [39] виокремлює такі важливі принципи надання соціальної допомоги: 1) адресність, що полягає у цільовому характері соціальної допомоги та визначенні її розміру, виходячи з матеріального стану конкретного одержувача з урахуванням його майна; 2) пріоритетність в наданні соціальної допомоги сім'ям з дітьми, інвалідам; 3) надання соціальної допомоги на основі встановлених соціальних стандартів; 4) добровільність отримання соціальної допомоги; 5) гуманність та доступність соціальної допомоги всім, хто її потребує; 6) цільове використання коштів, передбачених для надання соціальної допомоги;

7) безповоротність соціальної допомоги; 8) конфіденційність – відомості про особу, отримані працівниками органів, що надають допомогу, використовуються з додержанням конфіденційності; 9) стимулювання індивідуальної самопідтримки – заохочення до суспільно корисної праці, подолання складних життєвих обставин самотійно тощо.

Подальші дослідження показують, що соціальна допомога як складова соціального захисту виконує певні функції у суспільстві. Зокрема, найчастіше дослідники розрізняють: 1) функцію безпосередньої соціальної допомоги, що включає: виявлення, облік сімей та окремих осіб, що найбільше потребують соціальної підтримки; здійснення матеріальної (фінансової, натуральної) допомоги у різних передбачених законом ситуаціях); профілактику бідності; надомні послуги сім'ям та одиноким, які потребують стороннього догляду; послуги стаціонарних установ; субсидії, тощо; 2) функцію консультування та інформування, яка передбачає консультації фахівців з різних питань, а також вивчення та прогнозування соціальних потреб населення; 3) функцію участі в реалізації заходів у надзвичайних ситуаціях по подоланні наслідків стихійних лих та соціальних конфліктів; 4) функцію соціальної реабілітації та адаптації, основним змістом якої є надання можливості людям краще пристосуватися до змінених умов життя та соціального середовища, знаходження свого місця в соціумі.

Аналіз нормативних документів щодо надання соціальної допомоги нужденним верствам населення дозволив прослідкувати деякий позитивний алгоритм здійснення соціального захисту державою. Щонайперше хочемо вказати на той факт, що у червні 2003 року Верховна Рада України з метою вдосконалення системи соціальної допомоги прийняла Закон України „Про соціальні послуги [31], а у 2007 році Урядом затверджено Концепцію реформування системи соціальних послуг. Ці документи регламентують основні організаційні та правові засади надання соціальних послуг особам, що перебувають у складних життєвих обставинах та потребують сторонньої допомоги. Важливим також є усвідомлення необхідності в ході здійснення



соціального захисту раціонального використання ресурсів (як державного, регіонального, так і особистісного рівня), а також вдосконалення організації роботи та соціально-психологічного забезпечення діяльності соціальних установ і соціальних працівників.

Слід відмітити, що поняття «соціальні послуги» має досить широкий спектр розуміння та використання. Наприклад, даним терміном користуються для позначення усіх видів послуг, що мають на меті задоволення будь-яких соціальних потреб суспільства. Соціальні послуги - це комплекс правових, економічних, психологічних, освітніх, медичних, реабілітаційних та інших заходів, спрямованих на окремі соціальні групи чи індивідів, які перебувають у складних життєвих обставинах та потребують сторонньої допомоги (далі – особи, що потребують соціальних послуг), з метою поліпшення або відтворення їх життєдіяльності, соціальної адаптації та повернення до повноцінного життя [31]. Згідно із засадничим щодо регулювання системи соціальних послуг Законом України «Про соціальні послуги» [32], перелік таких послуг є доволі простим, що дає змогу розглядати систему їх надання лише за основними видами, котрі були охарактеризовані нами у попередньому параграфі: а) соціально-побутові послуги; б) психологічні; в) соціально-педагогічні послуги; г) соціально-медичні послуги; д) соціально-економічні послуги; е) юридичні послуги; ж) послуги із працевлаштування.

Предметом нашої уваги будуть медичні соціальні послуги, які надаються соціальними працівниками і пов'язані з вирішенням скрутної життєвої ситуації особи, її соціальним захистом у сфері охорони здоров'я.

У медико-соціальних дослідженнях при оцінці здоров'я виокремлюють чотири рівні: 1) здоров'я окремої людини – індивідуальне здоров'я, 2) здоров'я соціальних та етнічних груп – групове здоров'я, 3) здоров'я населення адміністративних територій – регіональне здоров'я і 4) здоров'я популяції, суспільства в цілому – громадське здоров'я. На думку експертів ВООЗ, в медичній статистиці під здоров'ям на індивідуальному рівні

розуміється відсутність виявлених розладів і захворювань, а на популяційному рівні – процес зниження рівня смертності, захворюваності та інвалідності, а також підвищення відчутного рівня здоров'я. Громадське здоров'я, на думку ВООЗ, варто розглядати як ресурс національної безпеки, засіб, що дає змогу людям жити благополучним, продуктивним і якісним життям. Усі люди повинні мати доступ до необхідних для забезпечення здоров'я ресурсів. Підписавши Угоду про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої, Україна взяла зобов'язання розвивати співробітництво в галузі охорони здоров'я з метою підвищення рівня його безпеки та захисту здоров'я людини як передумови сталого розвитку та економічного зростання, у тому числі керуючись підходом «охорона здоров'я у всіх політиках держави». У цьому контексті особливо нагальним є проведення комплексної реформи сфери громадського здоров'я, яка передбачає заходи, що вживає держава для попередження захворювань та збереження здоров'я своїх громадян. Наявні елементи системи громадського здоров'я ігнорують потреби здорового населення та не можуть відповісти належним чином на зростаючий тягар захворювань. Це призводить до того, констатують сучасні науковці, що Україна посідає друге місце в Європейському регіоні за рівнем смертності, яка збільшилась на 12,7% у період із 1991 по 2015 рр., тоді як у Європейському Союзі цей показник знизився на 6,7% [54; 77]. До того ж, цитуючи далі вітчизняних дослідників, одну чверть від загальної смертності складає смертність серед працездатного населення (а для чоловіків це третина всіх смертей; вони мають у три-чотири рази вищу ймовірність смерті, ніж жінки у всіх вікових групах від 16 до 60 років). Основними причинами смертності є неінфекційні захворювання, такі як серцево-судинні, цереброваскулярні та онкозахворювання, хвороби обміну речовин тощо. Ці показники залишаються незмінними за останні роки. Серцево-судинні захворювання є основною причиною смертності (66,5%), далі йдуть злоякісні новоутворення (13,9%), а зовнішні причини смертності

знаходяться на третьому місці (6%). Ці тривожні цифри також підтверджують факт, що переважна більшість українців є незахищеними від факторів ризику, таких як куріння, надмірне вживання алкоголю, нездорове харчування, брак фізичної активності, забруднення навколишнього середовища тощо. У 2016 р. в Україні була прийнята концепція розвитку громадського здоров'я. Метою прийняття проекту розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я» є визначення напрямів, механізмів і термінів формування системи громадського здоров'я, з метою розроблення системи соціального захисту у сфері охорони здоров'я та реалізації ефективної державної політики для зміцнення здоров'я, попередження захворювань, продовження активного та працездатного віку та заохочення до здорового способу життя шляхом об'єднаних зусиль усього суспільства. Дана концепція повинна доповнювати систему медичного обслуговування, стримувати витрати на нього та впливати на доступність медичної допомоги для найбільш уразливих верств населення. На жаль, залучення громадянського суспільства, включаючи як бізнес-структури, так і неурядові громадські організації до процесу формування та реалізації соціального захисту громадського здоров'я населення загалом, є формальним, за виключенням сфери протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу, у якій останні відіграють чи не провідну роль, чому сприяє система міжнародної допомоги. Варто зазначити, що надання соціально-медичних послуг уразливим категоріям населення є пріоритетним напрямом соціального захисту та в цілому є важливим фактором формування громадського здоров'я в Україні. Нинішня система соціального захисту знаходиться на етапі становлення, хоча і налічує значну кількість нових видів послуг, які надають різноманітні спеціалізовані заклади поряд із якісним перетворенням вже існуючих. Систему соціальних послуг можна розглядати як певний вид соціальних інвестицій, що за умов їхнього ефективного використання мають сприяти розвитку як окремої людини, так і українського суспільства загалом [54].

Загальновідомо, що поняття «послуга» носить міждисциплінарний характер. Так, визначаючи економічну сутність послуг, науковці в даній галузі розглядають послугу як товар особливого виду, діяльність, благо, що задовольняє потреби індивіда, виробництва та суспільства, має споживчу вартість і вартість, результат якої може мати матеріальну і нематеріальну форми. У бізнес-літературі вказується, що специфіка змісту і форми соціальних послуг зумовлює їх корисність не в речовому вимірі, а в діяльнісному. Причому, основними складовими просування соціальних послуг на ринку виступають: персонал, його кваліфікація, процес споживання послуг (як він відбувається і скільки часу споживач витрачає на отримання послуги) і стандарти потреб у послугах і обслуговування. На практиці сфера соціальних послуг є сукупністю багатьох видів діяльності, наслідком чого є велика різноманітність видів послуг [39].

Щодо визначення сутнісного змісту поняття «медична послуга» науковці пропонують різні інтерпретації. Так, на думку С.В. Антонова, медична послуга розглядається як вид професійної або господарської діяльності медичних закладів (організацій), фізичних осіб-підприємців, які займаються приватною медичною практикою, що включає застосування спеціальних заходів стосовно здоров'я, результатом яких є поліпшення загального стану, функціонування окремих органів або систем організму людини, чи спрямованих на досягнення певних естетичних змін зовнішності [15]. А. А. Герц зазначає, що «медична послуга – це визначена договором або законом дія чи комплекс дій медичної установи (лікаря) – послугодавців, спрямована на діагностику, лікування або профілактику лікування захворювання, які є самостійним виокремленим об'єктом і мають вартісну оцінку» [16]. Він стверджує те, що особливістю послуги даного типу є те, що вона невіддільна від особи послугонадавача, а специфікою результату її є невіддільність від послугоотримувача. Послуга споживається в процесі її надання, а з моментом припинення надання споживання послуги завершується.

Основними особливостями послуг у сфері охорони здоров'я, констатують фахівці, є їх невідчутність, неможливість збереження, невіддільність їх виробництва і споживання, несталість якості. Ці послуги об'єднані відповідними характеристиками: а) нематеріальний характер, це означає, що їх неможливо продемонструвати, спробувати, транспортувати, зберігати до моменту отримання споживачем; б) невіддільність виробництва і споживання послуг, в) розпочинати надання послуг можна тільки після отримання замовлення або з появою клієнта; г) неоднорідність (змінюваність послуг), залежність від існуючих стандартів системи обслуговування, від рівня сервісу у конкретному закладі; д) нездатність послуг до зберігання, що вимагає дієвості в процесі реагування на попит; е) вплив на організацію соціальних послуг державного регулювання; є) залучення споживача до процесу виробництва послуг, оцінка ним якості обслуговування тільки після споживання послуги.

Основними засадами діяльності системи соціального захисту на предмет надання соціальних послуг у сфері охорони здоров'я є: 1) сприяння особам, що перебувають у складних життєвих обставинах, які вони не в змозі подолати за допомогою наявних засобів і можливостей; 2) попередження виникнення складних життєвих обставин; 3) створення умов для самостійного розв'язання життєвих проблем, що виникають.

Соціально вразливими верствами населення, в широкому розумінні, на думку А.О.Ярошенко та інших сучасних вітчизняних науковців, є індивіди та/або соціальні групи, що мають більшу, ніж інші, ймовірність зазнати негативних впливів соціальних, екологічних факторів або захворіти [54]. Вони вирізняють наступні категорії громадян, потребуючих надання медичних послуг:

- безпритульні;
- родини, в яких є проблеми дитячої занедбаності, сексуального та фізичного насилля щодо дитини або одного з партнерів;
- подружні пари, які мають серйозні родинні конфлікти;

- родини, в яких дитину виховує лише один із батьків та мають місце серйозні протиріччя;
- ВІЛ-інфіковані люди та їхні родини;
- особи, які мають низькі доходи через безробіття, відсутність годувальника, фізичні вади, низький рівень професійної підготовки тощо;
- особи, які порушили закон і були за це покарані;
- вагітні дівчата-підлітки;
- особи, які практикують одностатеві сексуальні контакти та мають власні або сімейні проблеми;
- особи, які мають соматичні (тілесні) чи психічні захворювання або інвалідність;
- особи, залежні від алкоголю, наркотиків та їхні родини;
- іммігранти та представники національних меншин, що мають недостатні ресурси та можливості, або ті, хто став жертвою расизму, сексизму або інших форм дискримінації;
- особи із вадами розвитку (інваліди розвитку) та їхні родини;
- особи похилого віку, які не можуть адекватно функціонувати і потребують сторонньої допомоги;
- мігранти та біженці, які мають недостатні необхідні ресурси;
- діти, які мають проблеми, пов'язані з навчанням в школі, та їхні родини;
- особи, які перебувають у стресовому стані, пов'язаному з травмуючими подіями (вихід на пенсію, смерть близької людини тощо), а також діти, які залишили сім'ю.

Основними формами надання соціальних послуг є матеріальна допомога та соціальне обслуговування. Матеріальна допомога надається особам, що знаходяться у складній життєвій ситуації, у вигляді грошової або натуральної допомоги: продуктів харчування, засобів санітарії і особистої гігієни, засобів догляду за дітьми, одягу, взуття та інших предметів першої

необхідності, палива, а також технічних і допоміжних засобів реабілітації. Соціальне обслуговування – система соціальних заходів, яка передбачає сприяння, підтримку та послуги, що надають соціальні служби окремим особам чи групам населення для подолання або пом'якшення життєвих труднощів, підтримки їх соціального статусу та повноцінної життєдіяльності.

Соціальне обслуговування здійснюється шляхом надання соціальних послуг: 1) за місцем проживання особи (вдома); 2) у стаціонарних інтернатних установах та закладах; 3) у реабілітаційних установах та закладах; 3) в установах та закладах денного перебування; 4) в установах та закладах тимчасового або постійного перебування; 5) у територіальних центрах соціального обслуговування; 6) в інших закладах соціальної підтримки (догляду).

Право на отримання соціальних послуг мають громадяни України, а також іноземці та особи без громадянства, у тому числі біженці, які проживають в Україні на законних підставах та перебувають у складних життєвих обставинах.

Соціальні послуги можуть надаватися як за плату, так і безоплатно. Для отримання соціальних послуг, що надаються державними та комунальними суб'єктами, особа, яка їх потребує, має звернутися з письмовою заявою до місцевого органу виконавчої влади або органу місцевого самоврядування. У разі якщо особа, яка потребує соціальних послуг, за віком або станом здоров'я неспроможна самостійно прийняти рішення про необхідність їх надання, таке рішення може прийняти опікун чи піклувальник, органи опіки та піклування відповідно до законодавства.

Становлення системи соціальних послуг забезпечувалося прийняттям ряду нормативних актів, серед яких: Закон України «Про соціальну роботу з дітьми та молоддю» (2001 р.), «Про соціальні послуги» (2003 р.), «Концепція реформування системи соціальних послуг» (2007–2012 рр.), «Стратегія реформування системи надання соціальних послуг» (2012 р) тощо [27-34]. Впродовж цього періоду соціальні послуги надавалися Центрами соціальних

служб для сім'ї, дітей та молоді (ЦСССДМ) та їхніми спеціалізованими формуваннями, підпорядкованими Міністерству сім'ї, молоді та спорту України.

Після зміни підпорядкування Центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді та їхнього включення до мережі соціальних закладів Міністерства соціальної політики України (2011–2012 рр.) було визначено нові види соціальних послуг, які охопили усі вразливі категорії населення, у тому числі й людей похилого віку та невиліковно хворих. До таких послуг відносяться:

- догляд (вдома, стаціонарний, денний);
- підтримане проживання;
- паліативно-хоспісний догляд;
- послуги з улаштування до сімейних форм виховання;
- соціальна адаптація;
- соціальна інтеграція та реінтеграція;
- абілітація, соціальна реабілітація;
- надання притулку;
- кризове та екстрене втручання;
- консультування;
- соціальний супровід/патронаж;
- представництво інтересів;
- соціальна профілактика;
- медіація [54].

Отже, висновуємо, що надання соціальної допомоги та соціальних послуг є важливим напрямком соціальної роботи на сучасний момент. Зауважимо, що існує низка проблем, які впливають на дієвість надання соціальних послуг та допомог. Зокрема, йдеться про недостатню розробленість системи методик, критеріїв та показників, що характеризують ефективність обслуговування та задоволення ним з боку клієнтів. Недосконалою є і мережа установ і закладів, котрі надають послуги, недостатнім є їх рівень координації, існують проблеми фінансування галузі.



Крім того, важливим є і відповідність вимогам щодо професійності та морально-етичних якостей соціальних працівників, котрі надають послуги [39]. Модернізація діючої інфраструктури системи надання соціальних послуг в Україні передбачає проведення деінституалізації існуючої мережі, оскільки значний період часу соціальні установи та заклади були підпорядковані різним міністерствам і відомствам, що обумовлювало відсутність єдиного підходу до їхнього фінансування. Так, видатки на стаціонарні заклади, підпорядковані Міністерству охорони здоров'я України, визначаються структурою населення відповідної адміністративно-територіальної одиниці, водночас як видатки для закладів, які знаходяться в управлінні Міністерства соціальної політики України та Міністерства освіти і науки України, – кількістю осіб, що перебувають у цих закладах, або кількістю осіб, які отримують від них послуги. Інституційна неузгодженість стаціонарних установ системи соціального захисту призводить до того, що вони не надають якісних послуг, адже бюджетні кошти спрямовуються на утримання державних соціальних закладів, а не на потреби отримувачів соціальних послуг. Фінансування установ стаціонарного типу здійснюється в розрахунку на одну особу, а не на конкретну послугу споживача. Відтак, однією з нагальних потреб на шляху до надання якісної соціальної послуги є відмова від усталених інститутів догляду та підтримка осіб, які опинились в складних життєвих обставинах.

Таким чином, зміст діяльності системи соціального захисту на предмет надання соціальних допомог та послуг повинен у подальшому вдосконалюватись, розвиватись та реформуватись відповідно до вимог часу та потреб суспільства.

## **2.4. Соціальні технології у сфері охорони здоров'я населення України та умови їх реалізації**

В основу нової сучасної парадигми зреалізування системи соціального захисту населення як компоненту державної політики України у сфері охорони здоров'я має бути покладено розуміння того, що здоров'я людини – соціально-економічна цінність, а здійснення скоординованих дій, спрямованих на покращення здоров'я нації, – це стратегічний пріоритет будь-якої держави.

Особливістю медико-соціальної роботи у сфері соціального захисту полягає в тому, що як професійна діяльність вона формується на стику двох самостійних галузей – охорони здоров'я і соціального захисту населення. Вітчизняний та зарубіжний досвід організації медико-соціальної роботи свідчить, як висновує В.А. Поліщук, що незважаючи на певний досвід роботи з особами, які мають медичні й соціальні проблеми, реальна координація міжвідомчих дій, зазвичай, є недостатньо ефективною. Оптимальна взаємодія, зазначає дослідниця, формується лише після тривалої спільної роботи представників різних професій, а також вибору спеціальних форм і методів роботи, які дозволяють об'єднати дії представників різних спеціальностей в процесі реалізації технологій медико-соціальної роботи. Закономірно, що реалізовувати медико-соціальні технології зможуть тільки фахівці, які матимуть необхідну спеціальну професійну підготовку [57; 58]. Реалії сучасності насправді такі, що медичні працівники на практиці змушені виконувати низку функцій соціальних працівників, а останні часто працюють з клієнтами, які страждають психічною й фізичною патологією і таким чином здійснюють певні функції медиків.

Вельми слушним буде зауваження, що соціальна робота історично зароджувалася як робота медико-соціального спрямування. Коротко зупинимося на ретроспективному аналізі вище окресленої піднятої проблематики. На початку 90-х рр. ХХ ст. в Україні почали створюватися

перші заклади комплексної медико-соціальної допомоги – територіальні центри, центри медико-соціальної реабілітації дітей та молоді, медико-консультативні пункти та інші. Медико-соціальне спрямування реалізовується у діяльності громадських організацій, церкви, волонтерів. Становленню інституту медико-соціальної роботи в Україні сприяло прийняття Закону України «Про соціальні послуги» (№966-IV від 19.06.2003 р.) [31]. Серед низки послуг, що надаються громадянам, які перебувають у складних життєвих обставинах, документом визначено соціально-медичні послуги – консультації щодо запобігання виникненню та розвитку можливих органічних розладів особи, збереження, підтримка та охорона її здоров'я, здійснення профілактичних, лікувально-оздоровчих заходів, працетерапія. Ці заходи реалізуються соціальними працівниками за місцем проживання людини, у стаціонарних установах, реабілітаційних закладах, центрах денного, тимчасового або постійного перебування, територіальних відділеннях надання соціальних послуг [32]. Ми поділяємо наукову позицію А. Мартиненко щодо доцільності трактування медико-соціальної роботи як мультидисциплінарної професійної діяльності медичного, психолого-педагогічного і соціально-правового характеру, спрямованої на відновлення, збереження та зміцнення здоров'я населення [45]. Деякі дослідники і працівники соціальної сфери обстоюють позицію, що медико-соціальна робота є видом соціальної професійної діяльності медичного характеру, спрямованої на відновлення, збереження і укріплення здоров'я (Ю. Шуригіна) [57]. Медико-соціальна робота принципово змінює комплексну допомогу в сфері охорони здоров'я, тому що передбачає проведення системних медико-соціальних впливів на більш ранніх етапах розвитку хвороби і соціальної дезадаптації, які потенційно ведуть до важких ускладнень чи інвалідності. Отже, медико-соціальна робота має не тільки виражену реабілітаційну, а й профілактичну спрямованість [58].

У процесі теоретичного осмислення і практичної реалізації вітчизняної медико-соціальної роботи, як стверджує українська дослідниця В.А.

Поліщук, значну роль відіграє аналіз зарубіжного досвіду її становлення. Так, у США соціальні працівники, зайняті у сфері охорони здоров'я та медичного догляду, становлять після сімейних соціальних працівників другу за чисельністю групу [58]. Оприлюднені офіційні дані Бюро трудової статистики у США дозволяють зробити висновок, що третє місце за своєю чисельністю, а це близько 137 тисяч осіб, займають соціальні працівники, які працюють у сфері психічного здоров'я. Головне завдання медичних соціальних працівників у США полягає у створенні спільно з медичним персоналом оптимальних умов для фізичного та емоційного одужання пацієнтів. Саме працівники соціальної сфери діагностують ключові потреби пацієнтів, здійснюють догляд за ними після госпіталізації, допомагають їм справитися з особистими та емоційними проблемами, пов'язаними із хворобою. Дещо іншою є організація роботи в Англії. Пріоритетним напрямом медико-соціальної роботи у Великобританії є опіка людей похилого віку. Хочемо зазначити, що медико-соціальну допомогу таким категоріям осіб надають не тільки в лікарнях, але й будинках для людей похилого віку (що перебувають у підпорядкуванні органів управління соціальних служб, добровільних організацій, приватних агентств), будинках для інвалідів, гуртожитках-притулках, гуртожитках готельного типу та ін. Однак висока вартість медичного обслуговування, особливо стаціонарного лікування, зумовила створення альтернативних форм допомоги людям похилого віку за програмами медико-соціального обслуговування вдома. Вони реалізуються багатопрофільними бригадами. До складу такої групи екстреної підтримки належать: соціальний працівник, медична сестра загальної психіатричної служби, лікар загальної практики, геронтолог, патронажна сестра, організатор допомоги вдома, психолог-клініцист. Специфіка професійної діяльності такої бригади передбачає супровід кожного конкретного випадку. Насамперед вивчаються поведінкові характеристики для визначення ступеня соціальної та психологічної вразливості клієнта, розробляється індивідуальний план, що враховує

потреби пацієнта тощо. Дослідження показують, що за останні роки у Великобританії значна увага приділяється організації соціальної роботи з помираючими та людьми, які пережили втрату близьких родичів, з психічно хворими. Таким чином, можемо побачити чітку закономірність: у більшості зарубіжних центрів психічного здоров'я соціальні працівники є учасниками «команди», яка об'єднує лікарів-психіатрів, психологів та інших професіоналів. Але, на відміну від інших фахівців, тільки соціальний працівник здатний активізувати свій внутрішній потенціал та підібрати необхідні соціальні ресурси, щоб підтримати пацієнта і повернути його до нормального життя. Ефективність діяльності соціальних працівників залежить від знань психіатрії, законодавства в галузі психічного здоров'я, впливу навколишнього середовища на психічне здоров'я, його уміння працювати разом з іншими фахівцями.

Цікавий досвід соціальної роботи з різними групами осіб у Скандинавських країнах підтримується і впроваджується багатьма фахівцями [60]. Коротко зупинимося на його аналізі. Одним із пріоритетних напрямів медико-соціальної роботи у Швеції є профілактика вживання наркотиків. Провідне завдання, котре мають розв'язати працівники соціальної сфери – формування в молоді правильної моделі поведінки у ставленні до наркотиків, особливо в школах. З метою вирішення проблем ВІЛ/СНІДу, у Швеції існує Фонд (недержавна організація), який надає підтримку людям, що живуть з ВІЛ та іншими інфекційними захворюваннями, а також здійснює профілактичну роботу в країні та за її межами. У Данії нагромаджено цікавий досвід медико-соціальної роботи з наркозалежними: співпраця муніципалітетів з медичними установами та соціальними службами (взаємний обмін інформацією); ціленаправлена робота з попередження наркозалежності у загальноосвітніх навчальних закладах і освітня діяльність для дорослих і молоді в різних навчальних закладах. Профілактична робота в школах діє в рамках системи SSP (школа-соціальні служби, поліція), яка функціонує близько 35 років. В країні успішно працює проект «Через стіну»

з наркоманами, які потрапили у в'язницю. Мета програми – створити і укріпити мотивацію ув'язнених до зміни. Соціальні працівники проводять профілактичну та просвітницьку роботу з наркозалежними особами з метою підвищення їх базового рівня щодо шкоди наркотиків для життєдіяльності логанізму. Успішно діє організація «U-turn» (Повернення) – це консультаційний центр Копенгагенського муніципалітету для молодих наркоманів та їхніх батьків. Соціальні працівники анонімно надають послуги з консультування та супроводу. В цьому напрямку також працюють центр для наркоманів ДУГНАК, а також школа імені Кофорда («Школа життя») – центр для людей з екзистенціальними проблемами.

Медико-соціальні технології є поширеними в діяльності організацій і установ, що працюють у сфері соціального захисту, підтримки і допомоги в зарубіжних країнах. Їх застосування у вітчизняній практиці дозволить не тільки розширити сферу медико-соціальної роботи, але й забезпечити гармонізацію системи соціальних відносин, подолання соціального негативізму і зміцнення соціальної стабільності. Медико-соціальна робота пов'язана з постійним пошуком більш досконаліх і, як наслідок, більш ефективних способів використання ресурсів людини, її фізичного й інтелектуального потенціалу. Впровадження технологічного підходу в практику організації медико-соціальної роботи – це стратегічний напрям, що має в своїй основі відмову в роботі з людьми від методу «проб і помилок» та постійну орієнтацію на упровадження інноваційних підходів і технологій, високий кінцевий результат за оптимальних витрат зусиль, засобів і людських ресурсів.

Впровадження соціальних технологій є складним процесом, який охоплює весь комплекс соціально-технологічних і організаційно-технічних заходів, а також прийнятих техніко-економічних, управлінських рішень, спрямованих на перетворення соціальних об'єктів. Він спрямований на переведення теоретичних концепцій відносно відтворення соціальних характеристик, відносин і параметрів на мову практичних дій, а також на

пошук певного компромісу між соціальними технологіями та довкіллям. Зреалізування соціальних технологій передбачає розв'язання низки складних завдань: 1) визначення невідповідностей між соціальною ситуацією і технологією, які можуть зруйнувати цю ситуацію або зробити саму технологію неефективною; 2) виділення конкретних аспектів перетворення соціальної ситуації з тим, щоб соціальна технологія була сприйнята нею; 3) з'ясування основних напрямів адаптації соціальних технологій до соціальної ситуації, які не спричиняють істотного зниження ефективності цієї технології.

Без знань теорії соціальних технологій, принципів технологічного підходу до професійної діяльності і конкретних методик роботи з клієнтом, на думку Д. В. Данко, неможливі планування, організація та надання соціальних послуг. У науковій літературі поняття «технологія» трактується як спосіб цілеспрямованого вирішення суспільних проблем у вигляді певного набору процедур і операцій [22, с. 20]. Незважаючи на перевагу технічного компонента в розумінні «технологій», їх вплив на громадське життя вже не обмежується лише виробничою діяльністю. Технології стали ознакою, що характеризує стан соціальних процесів і управління ними.

Учення про соціально зорієнтований характер поняття «технологія» вперше запровадив французький вчений Е. Боно. Він вважав, що саме соціальна технологія є головним джерелом суспільних змін, а здатність суспільних наук служити соціальному прогресу, вирішувати соціально-економічні проблеми, бути засобом зміни дійсності вимірюється технологічними рішеннями. Вчені розглядають «технологію» не як науку про техніку, а як процес, що планомірно розчленований на операції в рамках соціальної системи.

Узагальнення результатів наукових досліджень сучасних науковців дають підстави розглядати соціальну технологію як: галузь знань про оптимальні способи перетворення та регулювання соціальних відносин і процесів життєдіяльності людей (В. Афанасьєв, Н. Данакін); сукупність

методів, засобів, прийомів, способів організації людської діяльності для здійснення впливу на соціальні процеси і системи (М. Марков, В. Патрушев); програму, спрямовану на перетворення соціальної дійсності (В. Шахрай, В. Щербина); раціональну, планомірну, попередньо розроблену діяльність, розподілену на процедури і операції, яка спрямована на досягнення суспільно значимої діяльності; спосіб керування соціальними процесами (І. Іванова); алгоритм дії з метою успішного вирішення завдання (В. Шахрай) [21; 23].

Класифікація технологій у соціальній роботі може бути найрізноманітнішою. За характером впливу в соціальній роботі розрізняють: основні (загальні) технології – соціальний контроль, соціальна профілактика, соціальна терапія, соціальна реабілітація, соціальна адаптація, соціальна допомога, соціальний захист, соціальне обслуговування, соціальне страхування, соціальна підтримка, соціальне консультування та ін.; міждисциплінарні технології соціальної роботи – соціально-педагогічні, соціально-психологічні, соціально-економічні, медико-соціальні та ін. Іншим критерієм для класифікації технологій соціальної роботи є категорії осіб, які є об'єктом впливу. Наприклад, технології соціальної роботи з інвалідами, помираючими та їх сім'ями, людьми похилого віку та ін.

Цікавим з методологічної точки зору ми вважаємо дослідження Д. В. Данко, котра описує і диференціює за певними критеріальними показниками різні типи технологій, спрямованих на збереження здоров'я людини. За характером діяльності технології соціальної роботи поділяють на конкретні, вузькоспеціалізовані (спрямовані на окрему групу населення, клієнтів, наприклад, на профілактику інфікування ВІЛ чи вірусами гепатитів В, С, осіб – ін'єкційних споживачів наркотиків) та комплексні або інтегровані (мають більш універсальний характер і можуть застосовуватися в роботі з декількома чи багатьма групами клієнтів (наприклад, первинна соціальна профілактика, формування здорового способу життя, збереження здоров'я здорових людей тощо). Вузькоспеціалізовані технології поділяють на групи (в залежності від сфери, основних методів і засобів упровадження): медичні



(технології профілактики захворювань, корекції та реабілітації соматичного здоров'я, санітарно-гігієнічна діяльність); навчальні технології, що сприяють здоров'ю (інформаційно-навчальні, виховні); соціальні (технології організації безпечного і здорового способу життя, профілактики і корекції девіантної поведінки); психологічні (технології профілактики і психокорекції психічних відхилень особистісного та індивідуального розвитку). До комплексних технологій відносяться: технології комплексної профілактики захворювань, корекції та реабілітації здоров'я; медико-соціальні навчальні технології, що сприяють здоров'ю; технології формування здорового способу життя [20].

Таким чином, враховуючи суть поняття «технології соціальної роботи» та зміст медико-соціальної діяльності, під технологією медико-соціальної роботи будемо розуміти сукупність методів, прийомів і впливів, які спрямовані на усунення чи компенсацію обмежень життєдіяльності, підтримку і зміцнення здоров'я людини через інститути медичного і соціального страхування, соціального забезпечення, медико-соціального обслуговування тощо. Основним завданням ТМСР є розробка методів цілеспрямованого соціального впливу; застосування технологізації як способу оптимізації медико-соціального результату. До технологій медико-соціальної роботи відносять технології роботи з хворими на ВІЛ/СНІД, алкоголіками та наркоманами, невиліковно хворими, інвалідами, психічно хворими, людьми похилого віку та ін. Безперечно, реалізація будь-якої із зазначених ТМСР передбачає застосування загальних (універсальних) технологій соціальної роботи: діагностики, профілактики, медико-соціальної реабілітації, медико-соціального патронажу, медико-соціальної експертизи, медико-соціальної допомоги, терапії, консультування та ін.

Особливе місце в процесі медико-соціальної роботи, як зазначає А. В. Мартиненко, належить технології профілактики захворювань. Профілактику поділяють на первинну і вторинну. Заходи первинної профілактики спрямовані на забезпечення здорових умов праці, побуту, довкілля з метою попередження виникнення захворювань та травм. До них

належать: медико-гігієнічне навчання та виховання населення; диспансерне спостереження за здоровими та особами з факторами ризику; санітарно-протиепідемічні та санітарно-технічні заходи, спрямовані на забезпечення здорових умов праці, побуту, стану довкілля тощо. Заходи вторинної профілактики спрямовані на попередження у хворих ускладнень, поліпшення здоров'я у разі його погіршення, підтримання максимально можливого рівня працездатності, попередження інвалідності, попередження поширення інфекційних захворювань. Сюди можемо віднести: медико-гігієнічне навчання хворих та їх родичів; диспансерне спостереження за хворими, використання засобів медико-соціальної реабілітації для попередження ускладнень захворювання, максимально можливого відновлення і підтримання працездатності; санітарно-протиепідемічні заходи, які спрямовані на своєчасне виявлення інфекційних захворювань, повідомлення про інфекційного хворого в санітарно-епідеміологічну станцію, організація ізоляції хворих, спостереження за контактними та одужуючими [45].

Технологія медико-соціальної реабілітації – це система медичних, соціально-економічних, психологічних заходів, спрямованих на відновлення здоров'я людини, її працездатності і соціального статусу, тобто повернення людини до повсякденного життя у сім'ї, трудовому колективі як повноцінного члена суспільства; діагностика – це детальне вивчення результатів медичного обстеження і відповідних медичних документів, а також аналіз професійно-трудова і соціально-побутових даних про клієнта; медико-соціальна експертиза – визначення в установленому порядку потреб особи в заходах соціального захисту, на основі оцінки обмежень життєдіяльності та ін.; терапія – соціальне лікування, соціальний захист хворого, який сприяє виявленню прихованих або нереалізованих можливостей і здібностей клієнта з метою подальшої оптимізації його життєдіяльності; адаптація – надання допомоги у вирішенні проблем, пов'язаних з пристосуванням до нових умов життя в результаті втрати працездатності чи інвалідності, сприяння у вирішенні матеріальних проблем

за рахунок реалізації власного потенціалу клієнта, включаючи професійне навчання і працевлаштування.

Системне застосування на практиці в умовах сучасного суспільства соціальних технологій у сфері охорони здоров'я вимагає підготовки кваліфікованих фахівців, що супроводжується низкою проблем. По-перше, специфіка вітчизняної підготовки соціальних працівників полягає в тому, що їх готують у немедичних вищих навчальних закладах, а їх майбутня професійна діяльність часто реалізується в сфері охорони здоров'я. Тому організація викладання навчальних дисциплін, прямо чи опосередковано пов'язаних з питаннями здоров'я населення, набуває особливого значення. По-друге, соціальні працівники мають не тільки володіти сталими та відпрацьованими на практиці технологіями, але й вміти розробляти нові технології, відповідні конкретним умовам роботи та контингенту.

Узагальнюючи дослідження вітчизняних науковців з проблеми структури готовності фахівців до певного виду діяльності, а також враховуючи особливості медико-соціальної роботи, професійна готовність майбутніх соціальних працівників до використання технологій медико-соціальної роботи, як підтверджують у своїх дослідженнях А.В.Мартиненко [45], В.А.Поліщук [57; 58] і Д.В. Данко [20; 21; 22], містить такі складові: теоретичну, практичну, мотиваційну і емоційно-вольову. Відтак теоретична готовність майбутніх соціальних працівників до застосування соціальних технологій сфери охорони здоров'я у професійній діяльності характеризується сукупністю знань, які відповідно характеризують функції медико-соціальної роботи. Сюди насамперед відносяться функції: а) медико-орієнтовані – організація медико-соціальної роботи з хворими, непрацездатними, інвалідами; надання медико-соціальної допомоги сім'ям хворих; медико-соціальний патронаж різних груп населення; організація паліативної допомоги; попередження рецидивів захворювання і виходу на інвалідність, смертності (вторинна і третинна профілактика); санітарно-гігієнічна освіта; інформування клієнта про його права на медико-соціальну

допомогу і порядок її надання; б) соціально-орієнтовані – забезпечення соціального захисту прав громадян у питаннях охорони здоров'я і надання медико-соціальної допомоги; представлення в органах влади інтересів осіб, що потребують медико-соціальної допомоги; сприяння в попередженні суспільно небезпечних дій; оформлення опіки та піклування; участь у проведенні соціально-гігієнічного моніторингу; участь у створенні реабілітаційної соціально-побутової інфраструктури для населення; забезпечення доступу клієнтів до інформації з питань їхнього здоров'я; інформування клієнтів про пільги, допомоги та інші види соціального забезпечення; сприяння клієнтам у вирішенні соціально-побутових і житлових проблем, одержанні ними пенсій, допомог, інших виплат; сімейне консультування і психокорекція; психотерапія, психічна саморегуляція; комунікативний тренінг, тренінг соціальних навичок тощо; в) інтегральні – комплексна оцінка соціального статусу клієнта; сприяння виконанню профілактичних заходів щодо підтримки соматичного, психічного і репродуктивного здоров'я населення на індивідуальному, груповому і общинному рівнях; формування установок клієнта, групи, населення на здоровий спосіб життя; планування сім'ї; проведення медико-соціальної експертизи; здійснення медичної, соціальної і професійної реабілітації інвалідів; проведення соціальної роботи в психіатрії, наркології, онкології, геріатрії та інших сферах клінічної медицини; сприяння попередженню поширення Віл-інфекції і забезпечення соціального захисту інфікованих та членів їх сімей; соціально-правове консультування; організація терапевтичних груп само- і взаємодопомоги реабілітаційного, психолого-педагогічного, соціально-правового характеру; участь у розробці комплексних програм медико-соціальної допомоги на різних рівнях; забезпечення наступності при взаємодії фахівців суміжних професій у вирішенні проблем клієнтів та ін. Отже, здійснивши комплексний аналіз піднятої проблематики, можемо констатувати, що без знань теорії соціальних технологій до професійної діяльності і конкретних методик роботи з

клієнтом неможливі планування, організація та здійснення соціальних послуг. Проаналізовані соціальні технології медичного спрямування населення є найбільш поширеними і споживаними в діяльності організацій і установ, які працюють у сфері охорони здоров'я і соціального захисту населення. Основним напрямком фахової підготовки соціальних працівників повинно стати навчання не лише застосування апробованих, але й розробка нових медико-соціальних технологій, пристосованих до реальних умов діяльності та потреб конкретних людей.

## **Висновки до розділу 2**

1. У науковій літературі немає єдиного підходу щодо структури державної системи соціального захисту населення в Україні. Це передусім зумовлено суперечністю критеріїв, на основі яких розрізняють складові вищезгаданої системи, й відповідно нечітким визначенням сутнісного змісту компонентів соціального захисту. Найчастіше фахівці соціальної сфери доходять спільної точки зору, виокремлюючи такі структурні складники системи соціального захисту: соціальне страхування, соціальна допомога, соціальні гарантії та стандарти, соціальні послуги.

2. Система соціального захисту у сфері охорони здоров'я вважається невід'ємною частиною загальної політики будь-якої країни. Основними формами соціального захисту у форматі даної галузі в Україні є соціальні послуги. Останні постають як певний різновид соціальних інвестицій, що за умов ефективного використання сприяє збереженню здоров'я окремих осіб.

3. Критичний аналіз технологій соціальної роботи у контексті системи охорони здоров'я дав змогу розкрити змістовий формат поняття технологією медико-соціальної роботи, яке витлумачуємо як сукупність методів, прийомів і впливів, спрямованих на усунення чи компенсацію обмежень життєдіяльності, підтримку і зміцнення здоров'я людини через інститути

медичного і соціального страхування, соціального забезпечення, медико-соціального обслуговування тощо. Узагальнення результатів опрацювання наукової літератури та наявних емпіричних даних експериментальної роботи свідчить про формування готовності майбутніх соціальних працівників до застосування технологій медико-соціальної роботи як стійкого особистісного утворення, в якому інтегровані мотиви, знання й уміння, емоції майбутнього фахівця, які спрямовані на ефективне вирішення проблем, пов'язаних з відновленням, збереженням та зміцненням здоров'я населення.

## РОЗДІЛ 3

### СИСТЕМНИЙ АНАЛІЗ СЬОГОЧАСНИХ РЕФОРМ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

#### **3.1. Зміст реформ у сфері охорони здоров'я в умовах системних змін в Україні**

Здоров'я людини є однією з найвищих соціальних цінностей держави і саме остання має виступати гарантом забезпечення соціальних потреб, у тому числі й потреби в медичній допомозі, на засадах справедливого і неупередженого розподілу між громадянами. Статистика свідчить, що стан здоров'я та демографічні характеристики населення України продовжують залишатися надзвичайно складними і такими, що загрожують національній безпеці держави. Дослідники підраховали, що за станом здоров'я населення Україна посідає одне з найнижчих рейтингових місць у Європейському регіоні. Зокрема, у рейтингу стану здоров'я громадян країн світу, проведеному агентством «Блумберг», вона посіла 99 місце зі 145 країн. В Україні, як констатує О.Г. Шекера, щорічно від наслідків паління помирають близько 120 тис. осіб; від 12 до 14 млн. жителів хворіють на серцево-судинні хвороби, у понад 1 млн. українців діагностовано онкологічні захворювання, ще понад 1 млн. 100 тис. осіб хворіють на цукровий діабет, при цьому, майже 200 тис. з них є інсулінозалежними. Окрім того, Україна продовжує посідати сумне лідерство в Європі за рівнями захворюваності на ВІЛ-інфекцію та туберкульоз. Смертність в Україні складає 15,2 на 1000 населення, проти 6,7 – у країнах-членах ЄС. Щорічно в Україні помирають понад 700 тис. громадян, третина з яких – це люди працездатного і репродуктивного віку. При цьому, смертність від серцево-судинних захворювань є однією з найвищих у світі та становить близько 64% у структурі загальної смертності, а смертність від онкологічних захворювань – 13%. Фактично, ці два класи

хвороб визначають майже 80% щорічних втрат населення країни. Тривалість життя українців на 10–13 років менша, ніж у жителів європейських країн [76].

Статус здорової нації залежить від багатьох чинників. Канадський науковець та політик в галузі охорони здоров'я М. Лалонд модуль чинників, що впливають на здоров'я нації: біологічні (генетичні) фактори, чинники середовища, пов'язані зі стилем життя, пов'язані із діяльністю в системі охорони здоров'я. Він здійснив рефлексивну оцінку кожної групи факторів та дійшов висновку, що система охорони здоров'я має незначний вплив на формування здорової народності [78]. Однак погана робота даної структури може порушити дію всіх інших чинників. Тому вона визнається однією з найважливіших.

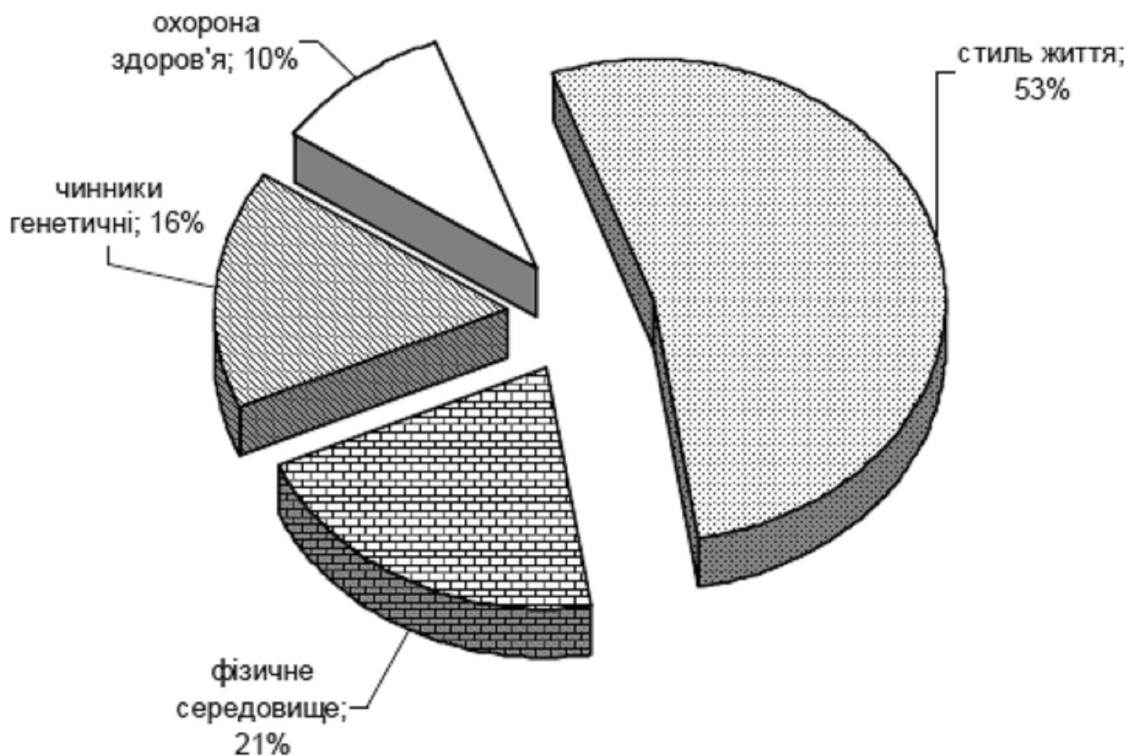


Рис. 3.1. Чинники здоров'я



Тому можемо зробити висновок, що діюча система охорони здоров'я потребує суттєвого реформування, оскільки не може забезпечити належної доступності, якості та ефективності медичної допомоги усім громадянам, проведення необхідних профілактичних заходів, спрямованих на збереження і зміцнення здоров'я населення України.

Різноманітністю підходів до тлумачення у вітчизняній та зарубіжній літературі характеризується поняття «доступність медичної допомоги». Вивченню питань державних засад організації надання доступної і якісної медичної допомоги приділили увагу у своїх дослідженнях О.В. Бобришева [7], Р.М. Богачев [8], З.С. Гладун [16], О.М. Голяченко, Б.Б. Лемішко, В.М. Лехан, Я.Ф. Радиш [25], І.М. Солоненко [48] та ін. Розпочинати наукове обґрунтування даної категорії слід з аналізу сутнісного змісту терміну доступу до медичної допомоги. Як стверджує Л.В. Бондарева [11], поняття доступу визначається можливостями пацієнта чи населення користуватися необхідними службами охорони здоров'я з точки зору: а) характеристик системи надання медичної допомоги, таких як наявність, організація та фінансування служб; б) показників населення, таких як демографічні показники, доходи, тенденції у відношенні звернення за медичною допомогою, а також в) показників того, наскільки надана медична допомога адекватно задовольнила основні медичні потреби пацієнта. Фактично доступ визначає, наскільки медична допомога є наближеною і доступною для пацієнтів і груп населення (за затратами часу, об'єму, якості). Н. Солоненко розглядає доступ до медичної допомоги, як можливість отримання необхідної медичної допомоги своєчасно, повсюдно, в достатньому обсязі і на прийнятних умовах. Це наявність або відсутність фізичних, економічних чи культурних перешкод, з якими люди можуть зіткнутися при отриманні медичних послуг. У довідковій літературі поняття доступу до медичного обслуговування відображає ступінь, при якому кожна особа чи група людей має право на користування і фактично може скористуватися необхідними послугами охорони здоров'я [11]. Тобто, на нашу думку, доступ до медичної

допомоги – це можливість та прийнятність отримання населенням необхідної медичної допомоги, а доступність – це виявлення наявності чи відсутності необхідних видів медичної допомоги.

Розкриття змісту терміносполучення «доступність медичної допомоги» чинне національне законодавство не містить, констатують вищезгадані науковці. На підтвердження цього вини наводять наступні факти. У вересні 1988 року на 40-й Всесвітній Медичній Асамблеї, яка відбулася у місті Відень (Австрія) була прийнята «Заява про доступність медичної допомоги», де характеризуються поняття доступність медичної допомоги та медичні ресурси країни. Аналізуючи наукові джерела, варто зазначити, що єдиного підходу до трактування цієї дефініції теж не існує. «Доступність медичної допомоги» розглядається і як можливість отримання без перепон необхідної медичної допомоги; і як нормативно врегульована та організаційно забезпечена можливість надання цієї допомоги; і як потенціал отримання послуги чи блага здоров'я. З однієї сторони – це принцип функціонує в країні системи охорони здоров'я, право людини на охорону здоров'я, а з іншої – критерій ефективності діяльності системи охорони здоров'я, показник організації охорони здоров'я населення, характеристика оцінки якості медичної допомоги [11]. Таким чином, висновуємо, що доступність медичної допомоги – це законодавчо врегульована та організаційно забезпечена можливість надання своєчасної й кваліфікованої медичної допомоги та прийнятність за рівнем якості для населення країни цієї допомоги незалежно від географічних, економічних, соціальних, інформаційних, культурних та мовних бар'єрів тобто відсутність перепон для отримання пацієнтом медичних послуг, пов'язаних з організацією надання медичної допомоги.

Ми повністю погоджуємося з науковою позицією Д. Карамішева, котрий зазначає, що основними критеріями ефективності діяльності системи охорони здоров'я, крім доступності медичної допомоги та раціонального використання ресурсів є її якість. Ю. Вороненко та В. Москаленко

стверджують, що якість медичної допомоги визначається не тільки рівнем науково-технічного забезпечення та спеціалізації, але й безпосередньо, організацією всього лікувально-діагностичного процесу, рівнем кваліфікації та професіоналізму медичного персоналу, дотриманням медико-етичних правил у його діяльності. З. Надюк зазначає, що якість медичної допомоги а також її складових (медичної послуги медичного працівника, медичної діяльності закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) та медичного забезпечення населення) – це сукупність взаємопов'язаних властивостей, які всесторонньо характеризують рівень надання медичної допомоги. У низці документів акцентовано увагу на відповідальності держави щодо забезпечення доступності і якості медичної допомоги населенню, які є важливими показниками організації надання медичної допомоги [11]. Отже зазначене питання потребує детального дослідження з позиції реформування сфери охорони здоров'я.

Вивчення ситуації в різних країнах, здійснене експертами ВООЗ, дозволило не тільки показати суть реформ, але й оцінити їх ефективність, а також визначити провідні фактори впливу, що надає можливість використати отриманий досвід у процесі реформування системи охорони здоров'я в Україні. Уряди країн Європейського регіону переглядають свої системи охорони здоров'я, шукаючи альтернативні стратегії більш ефективного і справедливого фінансування галузі і надання більш якісних послуг населенню. Заходи з реформування охорони здоров'я мають оцінюватися стосовно їх вкладу в покращення здоров'я всього населення відповідно до стратегії ВООЗ “Здоров'я для всіх». З метою вирішення цієї проблеми більшість європейських країн вживають низку заходів щодо стримування зростання витрат.

ВООЗ визначає термін “реформа» як послідовні довгострокові зміни, які включають глибокі інституційні та структурні зміни, що проводяться урядом і мають своїм завданням досягнення низки чітко визначених цілей [62, с.13]. На процес реформ впливають політичні, ідеологічні, соціальні,

історичні, культурні і економічні чинники, всю сукупність яких необхідно враховувати для розуміння умов, що визначають необхідність реформ. Значна група чинників пов'язана з існуючими проблемами, які стосуються стану здоров'я населення і сектора охорони здоров'я. До них відносяться специфічні загрози для здоров'я населення Європи, їх наслідки для моделей медичного обслуговування, затребуваних суспільством, загострення труднощів з фінансуванням охорони здоров'я, ряд організаційних і структурних проблем. Рівень економічного розвитку країни визначає об'єм ресурсів, що є в наявності для цілей медичного обслуговування. Такі міжсекторальні чинники, як житловий фонд, соціальне страхування, харчування і забруднення навколишнього середовища мають важливе значення.

Дискусійним серед науковців, констатує С.В. Петрова, залишається питання, що на сьогодні є першочерговим: «реформа чи реорганізація системи охорони здоров'я?». Реформа системи охорони здоров'я, на думку дослідниці, – це діяльність, пов'язана зі зміною політики та інститутів охорони здоров'я, через які вона проводиться. Метою реформи є зміна парадигми державної політики, управління, забезпечення переходу до суспільства, де рішення виробляються відкрито, прозоро, демократично, згідно із законами, правилами, нормами і процедурами, що відповідають міжнародним стандартам. Ключовими елементами реформи є: зміст (пакети реформ, що віддзеркалюють мету, кількість і набір заходів), процес, інститути (організаційні структури, системи управління). Поняття «реорганізація» – це перебудова, перетворення, зміна структури й організаційних форм підприємств, установ, державних або громадських організацій [56].

Необхідність реформування сфери охорони здоров'я України зумовлена суттєвими суперечностями між зростаючими потребами населення в медичній допомозі та спроможністю галузі їх задовольнити на засадах якості, доступності, ефективності, рівності та справедливості.

Суть реформи охорони здоров'я можна сформулювати як значні цілеспрямовані зусилля з покращення системи охорони здоров'я. Головною метою реформ є поліпшення здоров'я населення, забезпечення рівного й справедливого доступу усіх громадян до медичних послуг належної якості. Вирішення проблем, які виникають в процесі реформування системи охорони здоров'я на регіональному рівні пов'язане з удосконаленням механізмів правового забезпечення цього процесу та побудови і функціонування механізмів управління галуззю. Процеси реформування охорони здоров'я на регіональному та місцевому рівнях в Україні повинні базуватися на:

- справедливості;
- солідарності;
- орієнтованості на покращенні громадського здоров'я;
- орієнтованості на задоволенні справедливих потреб населення;
- орієнтованості на покращенні якості медичної допомоги;
- результативності;
- ефективності;
- участі громадськості у формуванні політики.

Першочерговим завданням державної системи соціального захисту населення у сфері охорони здоров'я є формування науково обґрунтованої стратегії розвитку охорони здоров'я населення на коротко- і довготривалі періоди часу, розробка державних комплексних і цільових програм, які мають забезпечити її реалізацію. Відповідно до «Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років» [49] майбутня система охорони здоров'я має базуватися на трьох засадничих принципах: а) *зорієнтованість на людей*, яка означає, що, по-перше, система охорони здоров'я насамперед має дослухатися до потреб людей (пацієнтів, працівників); по-друге, якість та безпека послуг, їх здатність адаптуватися до вимог і викликів, котрі постійно змінюються, є головними засадами системи охорони здоров'я, що будуть сформовані у результаті реформ; по-третє, система охорони здоров'я складається з

соціальних інституцій, робота котрих залежить від стосунків між різними учасниками системи, включаючи управлінців, постачальників і покупців послуг, дослідників тощо; б) *зорієнтованість на результат*, яка означає, що, по-перше, результативність допомоги та/або профілактичних програм, фінансова захищеність пацієнтів, ефективність використання коштів, урахування побажань пацієнтів повинні зумовлювати прийняття рішень на усіх рівнях; по-друге, система повинна формувати атмосферу, де виконання будь-якої діяльності регулярно оцінюється за результатами та є підставою для покращення роботи; по-третє, реформи, що передбачають залучення приватних надавачів послуг повинні пропонуватися тільки у тому випадку, якщо вони дійсно призведуть до кращих результатів або зменшать витрати на надання послуг тієї ж якості; в) *зорієнтованість на втілення*, яка означає, що відмінна ідея – це лише півшляху. Необхідно також провести підготовчу роботу, втілити ідею у життя та здійснити ретельний моніторинг, котрий чітко відображає відповідальних осіб, часові межі та механізми підзвітності. Нові моделі фінансування послуг системи охорони здоров'я мають бути ефективними, зменшувати фінансові ризики, пов'язані з погіршенням здоров'я, та відкривати доступ до відповідних послуг.

Основними стратегіями реформування системи охорони є: удосконалення правової бази охорони здоров'я шляхом систематизації – законодавства у цій сфері, спрямованої на забезпечення прав людини і справедливості в отриманні медичної допомоги, широкої інтеграції України у світову та європейську співдружність; удосконалення фінансування охорони здоров'я шляхом запровадження системи багатоканального фінансування, основою якого має бути державний бюджет і загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування, узгоджене з податковою системою; удосконалення організації медичної допомоги на основі пріоритетного розвитку первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини, ліквідація диспропорцій у розвитку різних видів медичної допомоги, раціоналізація спеціалізованої та стаціонарної допомоги, упорядкування

мережі і структури закладів охорони здоров'я; забезпечення доступності кваліфікованої медичної допомоги всім верствам населення шляхом законодавчого визначення гарантованого рівня безоплатної медичної допомоги за рахунок державного бюджету і фонду державного соціального медичного страхування, запровадження принципу вільного вибору лікаря і медичного закладу; підвищення якості медичної допомоги на основі впровадження ефективних медичних технологій і стандартів якості медичної допомоги, ліцензування та атестації лікарів, акредитації медичних закладів; встановлення оплати праці медичних працівників відповідно до їхньої кваліфікації, обсягів, якості та ефективності роботи на рівні не нижчому, ніж у працівників промисловості; організація системи юридичного та соціального захисту прав пацієнтів і медичних працівників; створення сучасної системи інформаційного забезпечення охорони здоров'я і вдосконалення управління галуззю на державному, регіональному та місцевому рівнях із залученням медичної спільноти і представників громадських організацій. Реалізація цих стратегій має передбачати здійснення комплексу загальнодержавних заходів, зокрема: проведення соціально-економічних реформ, спрямованих на підвищення якості життя людей; забезпечення ефективної охорони навколишнього середовища і дотримання техніки безпеки на всіх виробництвах; формування здорового способу життя, створення умов для забезпечення збалансованого харчування, здорового житла, активного культурного відпочинку, занять фізичною культурою і спортом; проведення активної демографічної політики, спрямованої на підвищення народжуваності і зниження смертності, збереження і зміцнення репродуктивного б здоров'я населення, підтримка молоді і молодих сімей, соціальний захист інвалідів та людей похилого віку [62].

На думку колективу керівних працівників Міністерства охорони здоров'я України і провідних представників медичної наукової громадськості серед пріоритетів у формуванні державної політики охорони здоров'я мають

бути передбачені наступні заходи: 1) проведення економічних реформ, спрямованих на прогресивний розвиток виробництва і збільшення ВВП, що дасть змогу підвищити добробут населення і сформувати державний бюджет, який забезпечить реалізацію програм охорони здоров'я і соціального захисту тих, хто його потребує; 2) підвищення добробуту людей, створення умов для забезпечення раціонального збалансованого харчування, здорового житла, активного культурного відпочинку, занять фізичною культурою і спортом; 3) забезпечення ефективної охорони навколишнього середовища, яка включатиме впровадження екологічно безпечних технологій у промисловості, енергетиці, сільському господарстві, будівництві і на транспорті, створення та використання сучасних засобів знешкодження шкідливих речовин і захисту довкілля, підвищення екологічної культури населення; 4) забезпечення охорони праці і техніки безпеки на всіх виробництвах, створення здорових умов праці, ефективна профілактика виробничого травматизму і професійних захворювань; 5) формування здорового способу життя, його моральне і матеріальне стимулювання, гігієнічне виховання і навчання людей, особливо дітей та молоді, розвиток фізичної культури і спорту, боротьба зі шкідливими звичками (алкоголізмом, тютюнопалінням, наркоманією, токсикоманією); 6) активна демографічна політика, спрямована на підвищення народжуваності та зниження смертності, особливо дітей і людей працездатного віку, удосконалення системи планування і захисту сім'ї, політики підтримки молоді, соціального захисту інвалідів та людей похилого віку; 7) збереження і зміцнення репродуктивного здоров'я населення, удосконалення системи охорони материнства, поліпшення умов праці та побуту жінки-матері; 8) забезпечення всебічного гармонійного фізичного та психічного розвитку дитини, починаючи з народження, її раціонального харчування, оптимальних умов побуту, виховання і навчання; 9) забезпечення профілактичної спрямованості системи охорони здоров'я шляхом удосконалення санітарного законодавства, широкого проведення профілактичних заходів; 10) розвиток фармацевтичної



та медико-інструментальної промисловості, виробництва імунобіологічних препаратів, медичного приладобудування, здешевлення, підвищення якості та безпеки вітчизняної продукції, що має сприяти підвищенню її конкурентноздатності, кардинальному поліпшенню медикаментозного і матеріально-технічного забезпечення медичних закладів і населення [16].

Програмою для підвищення доступності медичних послуг передбачено наступні кроки: 1) чітке структурне розмежування первинного, вторинного і третинного рівнів медичної допомоги в нормативних актах; 2) структурна реорганізація сфери шляхом створення центрів первинної медико-санітарної допомоги, госпітальних округів, враховуючи радіус транспортування пацієнтів; 3) розвиток інституту сімейного лікаря на основі підвищення ролі первинної медичної допомоги; 4) підтримка розвитку приватного сектора медичних послуг, забезпечення доступу до державного фінансування на конкурсній основі [38].

Прийняття Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Київ» законодавчо закріплює можливість відпрацювання нової структурно-організаційної та фінансово-економічної реорганізації мережі закладів охорони здоров'я у пілотних регіонах з урахуванням особливостей адміністративних територій (щільності та характеру розселення населення, стану транспортних комунікацій, матеріально-технічного та кадрового потенціалу закладів охорони здоров'я, їх профілю та структури медичних послуг) та диференціації закладів охорони здоров'я, що надають вторинну медичну допомогу, з урахуванням інтенсивності її надання, що має на меті поліпшення організаційно-технологічної та часової доступності.

Розробка та впровадження центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я низки методичних рекомендацій дозволить забезпечити та деталізувати окремі кроки впровадження реформування сфери охорони здоров'я, у тому числі і з забезпечення доступності медичної

допомоги, а саме: розрахунки потреби населення у медичній допомозі; формування регіонального Плану-графіку проведення експерименту з реформування системи охорони здоров'я; прогнозування потреби закладів охорони здоров'я України в медичних кадрах на довгострокову перспективу [5, с. 19].

Прийняття постанови Кабінету Міністрів України від 11.05.2011 року № 524 «Питання оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери» та підвищення престижності посади лікарів первинної ланки передбачає забезпечення ресурсної складової доступності медичної допомоги. Для лікарів загальної практики – сімейних лікарів, лікарів-педіатрів дільничних, лікарів-терапевтів дільничних, сестер медичних загальної практики – сімейної медицини, сестер медичних дільничних, фельдшерів, які надають первинну медичну допомогу і є учасниками пілотного проекту з реформування охорони здоров'я, постановою Кабінету Міністрів України від 05.03.2012 № 209 «Деякі питання оплати праці медичних працівників закладів охорони здоров'я, що є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я» встановлюються надбавки за обсяг і якість виконаної роботи з урахуванням фактичної кількості прикріпленого населення (за місцем проживання чи перебування) до лікаря первинної ланки, його віко-статевої структури та показників якості наданої допомоги [42; 43].

З метою вдосконалення правової бази у сфері охорони здоров'я, у тому числі і з забезпечення доступності медичної допомоги, відповідно до змін, що відбулися у сфері соціально-економічних відносин; створення ефективної системи організації надання медичної допомоги населенню для забезпечення права громадян на охорону здоров'я, доступну медичну допомогу з урахуванням набутого досвіду роботи закладів охорони здоров'я в ринкових умовах прийнято Закон України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги».

У липні 2010 року прийнято Закон України «Про державно-приватне партнерство», яким визначено організаційно-правові засади взаємодії між державою (у тому числі між Автономною Республікою Крим, територіальними громадами) та приватними партнерами (юридичними особами та фізичними особами-підприємцями) на договірній основі. Закон створює рамкові умови для зменшення потреби в державних коштах для розбудови сфери охорони здоров'я. Проте Т. П. Попченко звертає увагу, що конкретних проектів із застосуванням механізму державно-приватного партнерства в Україні вкрай мало [38, с. 20].

У березні 2012 року Указом Президента України № 187/2012 затверджено «Національний план дій на 2012 рік щодо впровадження Програми економічних реформ України на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава», яким у розділі «реформа медичного обслуговування» визначено шляхи реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я із забезпечення доступності медичної допомоги населенню не тільки для пілотних регіонів, але і для інших. Так, з метою підвищення доступності медичної допомоги для не пілотних регіонів вищезазначеним документом визначено створення мережі центрів первинної медико-санітарної допомоги у складі міських та центральних районних лікарень з наступним наданням їм статусу самостійних юридичних осіб.

Виходячи з основних напрямків державної політики у сфері охорони здоров'я, враховуючи існуючі проблеми даної галузі та рекомендації міжнародних організацій, у тому числі ВООЗ, положення Основ нової європейської політики в охороні здоров'я «Здоров'я-2020», в Україні обґрунтовано та розроблено проект загальнодержавної програми «Здоров'я – 2020: український вимір». Документ спрямовано на реалізацію стратегічних пріоритетів України в галузі охорони здоров'я щодо профілактики хронічних інфекційних захворювань, мінімізації впливу факторів ризику розвитку хвороб на основі між секторального підходу, створення сприятливого для

здоров'я середовища, формування відповідального ставлення громадян до особистого здоров'я й мотивації населення до здорового способу життя тощо [22].

Підсумовуючи викладене, відзначаємо, що в Україні на теперішній час обрана стратегія державної політики стосовно перебудови системи охорони здоров'я, у тому числі щодо забезпечення доступності медичної допомоги населенню. Ця стратегія включає певні механізми державного управління процесом перетворень, що пристосовують їх до конкретних суспільних проблем і можливостей, зокрема в умовах обмежених ресурсів. До основних механізмів вказаної стратегії, які максимально впливають на сферу охорони здоров'я із забезпечення доступності медичної допомоги, необхідно уналежити: фінансування галузі, структурну реорганізацію системи охорони здоров'я у відповідності до потреб населення у різних видах медичної допомоги (розмежування первинного, вторинного і третинного рівнів медичної допомоги), розміщення фінансових ресурсів, методи оплати виробників медичних послуг.

Разом з тим, як зазначає Т. П. Попченко, «перші кроки реформування, а саме оптимізація закладів охорони здоров'я, лише поглибили проблему диспропорції у забезпеченні якісними медичними послугами сільського і міського населення України». За даними соціологічних досліджень, у трьох із семи домогосподарств, у яких хто-небудь із членів потребував медичну допомогу, не отримали її у 84 % випадків – з причини високої вартості послуг; у 9 % – відсутності медичного спеціаліста потрібного профілю (у сільській місцевості – 17 %). Якщо раніше в сільській місцевості діяли ФАПи, то на сьогодні більшість з них ліквідовано, а географічна віддаленість деяких населених пунктів у поєднанні з відсутністю доріг і транспортного зв'язку взагалі залишає певну частину населення України без медичної допомоги [25, с. 12–13]. Зміни фінансування сільської медицини, які відбувалися через бюджети сільських та селищних рад, перенесено на видатки, що здійснюються з районних бюджетів. Проте відсутність чіткого

механізму розподілу фінансів з районних бюджетів на потреби дільничних лікарень, лікарських амбулаторій, фельдшерських та фельдшерсько-акушерських пунктів у сільській місцевості у поєднанні з відсутністю додаткових статей фінансування першого етапу реформування, а також відповідно до рекомендацій знаходити кошти в середині системи охорони здоров'я [62] може привести до пошуку фінансування шляхом реорганізації (яку на місцях досить часто розуміють як скорочення) існуючої моделі охорони здоров'я та руйнації життєво необхідної сільської медицини, що значно погіршить доступність медичної допомоги населенню.

Створення фельдшерських та фельдшерсько-акушерських пунктів у населених пунктах з кількістю населення 300 і більше осіб [2], враховуючи незадовільний стан доріг у сільській місцевості та відсутність щоденного транспортного зв'язку ряду населених пунктів, ставить під сумнів питання забезпечення доступності медичної допомоги сільським мешканцям. Відкриття лікарських амбулаторій загальної практики – сімейної медицини – без належного фінансування, відсутність оснащення відповідно до таблицю оснащення вказаних закладів, формальна підготовка лікарів за фахом загальна практика – сімейна медицина – не забезпечує населення певної території якісною і доступною медичною допомогою.

Реформування екстреної медичної допомоги шляхом розгортання підстанцій таким чином, щоб забезпечити дотримання ключового критерію діяльності служби – часу доїзду до хворого / постраждалого в межах 10 хв. у місті, 20 хв. у сільській місцевості. Відсутність забезпечення засобами зв'язку для роботи єдиної системи екстреної медичної допомоги, централізованої оперативно-диспетчерської служби, зношеність парку санітарних автомобілів (на теперішній час за даними МОЗ України, на території України експлуатуються автомобілі, починаючи з 1992 року випуску, амортизаційна зношеність яких на цей час складає 70 %) [1; 2], вкрай незадовільний стан доріг у сільській місцевості робить проблематичним питання забезпечення доступності екстреної медичної

допомоги населенню. Низька заробітна плата та соціальних захист працівників сфери охорони здоров'я не мотивують якість роботи, не заохочують приплив молодих спеціалістів на первинну ланку.

Проаналізувавши нормативно-правові акти та беручи до уваги пріоритетність охорони здоров'я у державній політиці, можемо стверджувати, що метою охорони здоров'я України в період реформування галузі є забезпечення права громадян на охорону здоров'я шляхом надання доступної та якісної медичної допомоги при оптимізації витрат. Основними напрямами та стратегічними цілями державної політики у сфері охорони здоров'я із забезпечення доступності медичної допомоги населенню мають бути: 1) розроблення програм міжгалузевої співпраці щодо виконання таких завдань: ремонт доріг; організація оптимального сполучення громадським транспортом, особливо сільських населених пунктів; створення умов для безперешкодного руху карет швидкої медичної допомоги у містах; 2) з метою забезпечення гарантованої державою безоплатної медичної допомоги на законодавчому рівні визначити базовий пакет надання медичних послуг, гарантованих державою; 3) фінансово-економічне забезпечення доступності медичної допомоги населенню повинно здійснюватися шляхом перерозподілу ресурсів для оптимального задоволення виникаючих потреб у відповідних ланках сфери охорони здоров'я, застосування стимулів для ефективної організації та надання послуг охорони здоров'я, виділення ресурсів надавачам залежно від якості та обсягів наданих ними послуг і відповідно до потреб населення; 4) можливе застосування позитивного міжнародного досвіду, а саме сприяння розвитку приватної практики у сфері охорони здоров'я, особливо в умовах первинної медико-санітарної допомоги (первинна ланка) та спеціалізованої вторинної допомоги (частина вторинної ланки), мається на увазі модель так званої функціональної приватизації цих служб, за якої до надання медичних послуг населенню країни за рахунок бюджетного фінансування державою залучаються приватні постачальники шляхом стратегічних контрактних закупівель; 5) пріоритетний розвиток

первинної медичної допомоги, удосконалення мережі та структури закладів охорони здоров'я з чітким розмежуванням первинного, вторинного та третинного рівнів надання медичної допомоги; б) реалізація програми підвищення пріоритетності розвитку сімейної медицини як ключової ланки профілактичної медицини [38].

Отож, вкрай важливим є визначення тактики вирішення завдань державної політики щодо реформ у сфері охорони громадського здоров'я з урахуванням місцевих особливостей функціонування системи медичної допомоги. При цьому є неприпустимим як зволікання, так і невиправдана поспішність у досягненні відповідних цілей.

### **3.2. Критичний аналіз продуктивності реформування сфери охорони здоров'я України**

За умов становлення самостійної України, яка сьогодні перебуває в стадії трансформації всієї системи державного управління, значно ускладнюється процес реалізації змін у системі охорони здоров'я, ефективно управління якою є важливим внеском у досягнення належних стандартів життя населення. Впродовж багатьох років уряди України робили окремі спроби запровадити зміни в галузі, які ми детально проаналізували у попередньому розділі. Коротко пригадаємо зміст основних документів щодо реформування сфери охорони здоров'я. Зокрема у 2000 р. було запроваджено подушний принцип у формуванні місцевих бюджетів охорони здоров'я [2]. Впродовж наступних років було зроблено низку спроб посилення первинної ланки медичної допомоги. У 2011-2013 роках проводилася реформа у чотирьох пілотних регіонах, яка серед іншого передбачала оптимізацію існуючої мережі закладів охорони здоров'я та зміну механізму їх фінансування. Після підписання у 2014 році Угоди про Асоціацію з ЄС орієнтиром для реформування охорони здоров'я стала «Європейська

стратегія здоров'я - 2020». Примітно те, що зреалізування кожною особою власного права на отримання належного рівня медичних послуг уможливило зорієнтованість політики в Україні на реформування чинної системи охорони здоров'я та створення ефективної національної моделі. Вочевидь, що найбільш імовірно, здійсненню цього завдання сприятиме аналіз досвіду організації медичної сфери у країнах, системи охорони здоров'я яких визнано успішними.

Зауважимо, що досвід реформування систем охорони здоров'я саме тих країн, які перебували в майже однакових стартових умовах з Україною, заслуговує детального критично-рефлексивного аналізу. Однією з таких країн, якій вдалося успішно здійснити реформу згаданого сектору, стала Грузія. Так, скажімо, в листопаді 2009 року уряд Грузії ухвалив низку законодавчих змін, що усували торговельні бар'єри, стимулювали конкуренцію й розширювали можливості для імпорту ліків. Новаторські процеси в грузинському сегменті соціумного повсякдення спиралися на три важливих блоки: перший стосувався діяльності лікарень, другий – участі держави в забезпеченні належного лікування пацієнтів, третій – зміни у фармацевтичному секторі [42]. Загалом реформаторські нововведення в Грузії базувалися на співпраці державного та приватного секторів, не маючи на меті одержання фінансової вигоди від приватизації лікарень і поліклінік. Інвестори переобладнували їх у Тбілісі та регіональних центрах, для того щоб створити таку кількість ліжок-місць, якої вимагали умови тендерів. Як результат, медичні заклади переходили у власність інвесторів із зобов'язанням надавати певний набір медичних послуг щонайменше протягом семи років. Останні могли використовувати будь-яку ще незадіяну нерухомість чи устаткування старих лікарень і поліклінік для забезпечення власних комерційних цілей й, відповідно, покращення свого матеріального достатку. Передача галузі охорони здоров'я до приватного сектора дозволила збільшити конкуренцію, розширити вибір для пацієнтів і, відповідно, привела до надання медичних послуг високої якості. Ще один прорив у



розвитку медичної реформи пов'язаний із медичним страхуванням, що передбачала придбання та наявність страхових ваучерів, котрі покривали вартість базового набору медичних послуг у приватній страховій компанії. Особа отримала можливість придбати страховий поліс або лишитися без медичної страховки. Завдяки реалізації державної програми уможливилось забезпечення медичним страхуванням соціально незахищені верстви населення Грузії. Відсоток грузинів, котрі отримали унікальну можливість застрахуватися за кошти держбюджету, становив 50 %. Першочергово сюди відносили пенсіонерів, студентів вищих навчальних закладів, дітей віком до шести років, громадян до 18 років з обмеженими фізичними можливостями та інших [42].

Зростання масштабів виробництва і посилення ролі ринку зумовили здійснення нової фармацевтичної політики. Остання була зосереджена на розв'язанні наступних завдань: по-перше, сприяти полегшенню реєстраційної перевірки медикаментів, які дозволено продавати в інших розвинених країнах, зокрема в ЄС; по-друге, спростити процес імпортування лікарських засобів; по-третє, дерегулювати роздрібну ланку, що дозволить узаконити процедуру відкриття аптек та реалізацію препаратів і виробів медичного призначення в інших закладах торговельної мережі країни. Популярність зазначених програм зросла досить швидко. Зокрема, вдалося на законодавчому рівні затвердити процедуру відкриття аптек, самі ж безрецептурні медикаменти було дозволено реалізовувати не тільки в аптеках, а й у інших спеціально відведених місцях. Реєстраційні процедури полегшилися завдяки запровадженню автоматичної реєстрації препаратів та виробів медичного призначення, визнаних Європейським медичним агентством, Управлінням з контролю за харчовими продуктами та лікарськими засобами США та іншими регуляторами обігу препаратів. На сьогодні в Грузії понад 80 % медичних установ недержавної форми власності, які фінансуються й керуються приватними компаніями. Саме участь страхових компаній у системі охорони здоров'я змінила ситуацію в

такий спосіб, що продуктом такої системи став не процес лікування пацієнта, а саме піклування про здоров'я кожного громадянина. Було скасовано всі сфери корупційного ризику, зокрема державні закупівлі. У результаті таких змін власності вартість медикаментів для лікування пацієнтів, що закуповуються безпосередньо лікарнями, знизилася в 3 рази. За оцінками грузинських медичних експертів, завдяки реформі вартість медичних послуг знизилася на 40 %, а частка неформальних платежів у видатках країни на охорону здоров'я знизилася з 40 до менш ніж 5 %. Такий показник, як коефіцієнт дитячої смертності, значно знизився, а очікувана тривалість життя збільшилася з 71 до 74,5 року. Зазначимо, що у 2011 р., за даними ВООЗ, очікувана тривалість життя грузинського населення випередила рівень країн СНД і наблизилася до європейського показника [46]. Ще однією країною, яка достатньо вдало реформувала медичну сферу, є Молдова. У 2003 р. урядом цієї країни була створена Національна медична страхова компанія та обраний шлях формування страхової медицини на основі солідарного фінансування (модель Бісмарка). Згідно з цією моделлю державну медичну страховку сплачують у рівних частках працівник та роботодавець. Водночас, визначено 15 категорій людей, страховку за яких повністю оплачує держава (діти, пенсіонери, інваліди, багатодітні сім'ї), певні категорії лікуються виключно державним коштом, що передбачено ухваленими державними програмами. Медичні заклади працюють у режимі повної автономії, а не через держказначейство. Щороку Національна страхова компанія, МОЗ та профспілки підписують меморандум, у якому чітко визначено розподіл коштів у страховій компанії. Окрім того, роботу компанії контролює Адміністративна рада, до якої входять представники президента, парламенту, мінфіну, МОЗ, профспілок, об'єднань роботодавців та пацієнтів. страхова компанія підзвітна уряду і парламенту, а також підконтрольна рахунковій палаті. Лише за один рік упровадження державної страхової медицини фінансування галузі в Молдові збільшилося на 20 %. Досвід проведення медичних реформ у Молдові та Грузії однозначно свідчить про їхню

ефективність, а відтак, надає можливість Україні врахувати як зроблені вдалі кроки, так і помилки. Зрозуміло, що кожна модель реформ має свої особливості та недоліки, у кожній країні своя специфіка та відмінності. Але що точно є спільним для всіх, хто здійснив успішні реформи, – це політична воля, сміливість, команда однодумців та націленість на результат. Отже, ретельне вивчення ситуації показує, що системи охорони здоров'я майже в усіх країнах світу стикаються з проблемами зростання витрат, недоступності медичної допомоги для частини населення, нормування послуг, дефіциту сучасних медичних технологій і низької ефективності. Тобто універсальної моделі організації охорони здоров'я, придатної для всіх, не існує. Рівень централізації, регулювання, розподілу витрат між усіма громадянами, а також роль приватного страхування у сфері медичних послуг у різних країнах сильно варіюють. Країни, державним системам охорони здоров'я яких вдається уникнути серйозних проблем такого роду, домагаються успіху саме тому, що зменшують державний контроль і розширюють сферу дії ринкових механізмів. Саме відхід від централізованого державного контролю та переведення охорони здоров'я на ринкову основу слід визнати переважною загальносвітовою тенденцією. Необхідно також зазначити, що наявність медичного страхування не є рівнозначною загальному доступу до послуг охорони здоров'я. На практиці в багатьох країнах страхуванням охоплено майже все населення країни, але медичні послуги в її рамках обмежуються або людям доводиться довго чекати черги на лікування.

Отже, на основі проведеного аналізу ефективних практик функціонування систем охорони здоров'я провідних країн світу, а також країн, які на сьогодні перебувають на різних етапах реформування медичної сфери, можна визначити засади, принципи, використання яких має важливе значення для формування національної системи охорони здоров'я в Україні. Враховуючи результати аналізу, підґрунтям ефективною системи охорони здоров'я повинні бути: взаємодія держави, приватного сектора й самих громадян; розподіл повноважень у сфері охорони здоров'я між державою і

органами місцевого самоврядування; організація системи охорони здоров'я на засадах високої конкуренції та орієнтації на потреби споживача; доступність медичної послуги, зручність її отримання й ефективне використання наявних ресурсів; створення й розвиток системи медичного страхування [42].

На наше глибоке переконання, передусім змін потребують фінансово-економічні засади діяльності системи охорони здоров'я, а саме фінансування повинно здійснюватися за обсягом наданих послуг, а не відповідно до існуючої інфраструктури. Але стереотип мислення і сподівання населення на надання безоплатної медичної допомоги продовжують підтримувати окремі політичні сили. Державний бюджет не може задовольнити елементарні потреби населення в охороні здоров'я, не кажучи про високоспеціалізовану та альтернативні види допомоги. Важливим є не тільки наявність гарантованого мінімального соціального пакета надання медичної допомоги, але й те, щоб у громадянина був вибір, де і як лікуватися. Тому система охорони здоров'я повинна спиратися на різні форми організації. Потрібно в першу чергу оптимально використати те, що є: залучити кошти ззовні, зробити так, щоб вони не виходили за межі системи, а працювали на неї, застосувавши для цього відповідні механізми державного регулювання. Системний аналіз літературних джерел свідчить про те, що на сьогодні залишається гострим питання неефективного використання ресурсів, спостерігається невідповідність європейським стандартам якості управління галуззю. Планування та надання медичної допомоги ґрунтується на показниках – кількості лікарняних ліжок і числа лікарів, а не на реальних потребах населення. Існує невідповідність між потребами суспільства як у медичних, так і в освітніх послугах, зокрема в підготовці кваліфікованого спеціаліста в галузі управління охороною здоров'я. У зв'язку з недостатністю фахівців з управління змінами і необхідної підтримки з боку громадськості, реформи в системі охорони здоров'я України мають повільний несистемний характер. Кількість і якість знань, які необхідні для управління змінами в

системі охорони здоров'я, мають виходити за межі галузевих знань і формувати нове системне знання. Виникає необхідність у формуванні масштабного самостійного мислення керівників з управління охороною здоров'я для впливу на соціально-економічні процеси. Ми поділяємо думку тих науковців, які стверджують, що реформа галузі повинна бути спрямована на перетворення системи охорони здоров'я із соціально-витратної в соціально-інвестиційну, від міжгалузевого підходу до управління системою охорони здоров'я, на перехід від екстенсивного до інтенсивного розвитку системи. Критеріями ефективності системи охорони здоров'я мають бути: вплив на кінцеві результати, а саме – на здоров'я населення; соціальна справедливість, тобто забезпечення кожного пацієнта кваліфікованою медичною допомогою; задоволення населення якісною медичною допомогою. Автори переконані в тому, що систему охорони здоров'я слід розглядати не лише з вузьких позицій, вирішуючи якусь одну проблему (наприклад надання медичної допомоги на первинному, вторинному, третинному рівнях; сімейної медицини тощо). Повинні відбуватися інноваційні перетворення системи, що торкаються усіх сфер діяльності, здатних підняти її на новий рівень розвитку. Зокрема, впровадження доказової медицини та інших інноваційних напрямів являють собою єдину інформаційно-методологічну доктрину, здатну підняти вітчизняну охорону здоров'я на якісно новий рівень. Адже охорона здоров'я – це високотехнологічна, науко- та ресурсомістка галузь, яка за своїм характером та специфікою припускає наявність централізованих підходів та державного регулювання при розміщенні ресурсів і забезпеченні їх доступності для кожного мешканця держави. Сьогодні вже для всіх є очевидним той факт, що зусиль лише самої системи охорони здоров'я для вирішення проблем здоров'я населення недостатньо. Варто чітко розмежувати обов'язки з охорони здоров'я населення між суспільством і державою. Необхідно, щоб, у першу чергу, самі громадяни були зацікавлені в підтримці, зміцненні й збереженні свого здоров'я. Не можна цілком у всьому покладатися на

державу або на лікаря й бути впевненим, що прийом ліків, нехай навіть найефективніших, допоможе вилікувати будь-які хвороби. Кожен громадянин може й повинен приділяти увагу своєму здоров'ю й сприяти створенню здорового оточення, формувати соціальну відповідальність перед суспільством. Коли прийде розуміння й усвідомлення цього, прийде й розуміння доцільності соціально орієнтованої системи охорони здоров'я, системи, що розвивається в напрямі інноваційних перетворень [25].

В Україні більшість закладів охорони здоров'я продовжують отримувати фінансування за кошторисним принципом, коли в основі розрахунку кошторису знаходиться кількість ліжко-місць. При чинній системі фінансування у медичних закладах відсутні стимули для пошуку оптимальних управлінських моделей та раціонального використання ресурсів. Існуюча модель фінансування системи охорони здоров'я, при якій обсяг фінансування залежить від потужності закладів, а не від обсягу, виду та якості медичної допомоги, що призводить до неефективного використання бюджетних коштів галузі, 85% з яких йде на утримання розгалуженої мережі медичних закладів та заробітню плату медичного персоналу, і лише 15% - безпосередньо для надання медичної допомоги. Отже, перерозподіл фінансових ресурсів і впровадження цільової медичної субвенції суттєво не вплинуло на збільшення ресурсів для надання медичної допомоги, натомість ці фінансові ресурси, як і у попередні роки, пішли на виплату заробітної плати та оплату комунальних послуг закладів охорони здоров'я. Необхідність стримування державних витрат і постійне зростання звернень для надання медичних послуг в умовах ринкової економіки призвели до пошуку моделі підвищення продуктивності у цій сфері. Заклади охорони здоров'я економічно розвинених країн зіткнулися з необхідністю більш раціонального розподілу ресурсів. Тому, починаючи з 80-х років минулого сторіччя в охороні здоров'я різних країн поступово просуваються ідеї корпоративного менеджменту, які до цього часу успішно працювали на промислових підприємствах, зокрема децентралізація підрозділів, універсалізація і

стандартизація окремих операцій, впровадження «тойотівських» принципів управління та елементів конвейєрного виробництва [35]. Надання вітчизняним закладам охорони здоров'я автономії, що передбачено Національною стратегією реформування охорони здоров'я на 2015-2020 роки, кардинально змінює механізм їх фінансування. За останній рік було розглянуто декілька законопроектів, які спрямовані на реорганізацію медичних закладів у державні та комунальні неприбуткові підприємства із власним рахунком у державному банку. Передбачається надання закладам автономії у прийнятті рішення щодо формування штату; перерозподілу коштів на поточні та стратегічні витрати; легалізація оплати за надання медичної допомоги, яка не входить у гарантований державою перелік безкоштовних медичних послуг; а також бюджетне фінансування не за кількістю ліжок, а за фактичним обсягом наданих послуг [48]. Це має значно покращити фінансовий стан медичних закладів пристойних районів та районів біля великих обласних центрів, куди звертаються мешканці дачних і котеджних містечок. Моніторинг свідчить, що в таких районах може бути тисячі офіційно зареєстрованих мешканців, а за допомогою звертатися більше 130 тис. осіб. Кошти на надання допомоги з бюджету на незареєстрованих осіб не виділяються, а допомогу медичні заклади надають. Через обмеження міжбюджетних трансфертів хворий з області не може лягти на лікування в обласну лікарню іншого регіону. Водночас районна лікарня не може направити для надання спеціалізованої допомоги (наприклад після ДТП) в обласні лікарні без відповідної реєстрації. Автономізація закладів охорони здоров'я, крім можливостей, виставляє перед ними і цілу низку вимог щодо належного ведення господарської діяльності, розрахунку вартості медичних послуг, проведення маркетингової політики, прийняття управлінських рішень щодо технології лікування та моделі організації надання медичних послуг. Переваги автономізації закладів охорони здоров'я активно обговорюються як серед науковців, так і серед експертів-практиків, зокрема позитивно оцінюється механізм легалізації платних послуг;

скорочення неефективних закладів; формування річних кошторисів лікарні в залежності від власних потреб та попиту на медичні послуги на даній території. Застережує той факт, що мало експертів звертають увагу на складнощі та можливі негативні наслідки надання такої автономії, і, відповідно, у законопроектах, що знаходяться на опрацюванні у комітетах цілу низку питань не врегульовано [46].

Зважаючи на детальне вивчення аналізованої державної політики з у секторі охорони здоров'я в умовах системних змін в Україні, наголошуємо на доцільності вироблення наступних рекомендацій. По-перше, задля забезпечення державою якісної безоплатної медичної допомоги на законодавчому рівні доцільно визначити базовий пакет медичних послуг, гарантованих пацієнтам державою, котрий надалі стане підґрунтям для запровадження медичного страхування. Відтак, підкреслимо, виникає нагальна потреба створення комісії з когорти провідних економістів, фінансистів, юристів, медиків тощо для обчислення вартості послуг з охорони здоров'я виходячи з наявного обсягу ресурсного забезпечення. По-друге, з метою завершення запровадження сучасних фінансово-економічних механізмів, змін підходів до нормування праці медичного персоналу на ін., а також проведення аналізу реформування системи охорони здоров'я ( надалі користуватимемося аббревіатурою СОЗ) у пілотних регіонах, з визначенням усіх можливих ризиків, підтримати рішення Комітету з питань охорони здоров'я Верховної Ради України щодо термінового прийняття Закону "Про порядок продовження реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві». По-третє, доцільно з метою удосконалення системи забезпечення психосоціальної реабілітації та адаптації військовослужбовців і цивільного населення, яке постраждало в результаті дії АТО, розробити та прийняти Державну стратегію психосоціальної адаптації і реабілітації населення України в умовах сучасних викликів та ризиків. По-четверте, варто розглянути удосконалення фінансування СОЗ. Відтак необхідно докорінно переглянути особливості



фінансування лікарень відповідно до рівня складності пролікованих хворих; надати сімейним лікарям статус приватно практикуючих лікарів та запровадити принцип фінансування їхньої роботи відповідно до обсягу та якості, зокрема: а) для первинної допомоги – подушне фінансування; б) для вторинної та третинної допомоги – оплата за закінчений випадок за методикою діагностично споріднених груп – ДСГ (Diagnosis-related group – DRG) або за глобальним бюджетом; в) для оплати медикаментів – референтні ціни та реімбурсація. Наступним кроком доречно запровадити посилення ресурсного забезпечення СОЗ, використати механізми інноваційного фінансування СОЗ, зокрема ввести механізм цільового використання акцизних зборів на шкідливі для здоров'я продукти (алкоголь, тютюнові вироби, напої з великим вмістом цукру тощо) на потреби охорони здоров'я.

Все вищезазначене вказує на виняткову складність процесу реформування сектору охорони здоров'я. Тут, вочевидь, потрібні деякі аргументації вдосконалення процедури державного забезпечення населення України базовим пакетом лікарських препаратів. Насамперед планується: а) створити Державний реєстр цін на лікарські засоби, на державному рівні запровадити систему фіксування цін на низку найбільш соціально важливих лікарських засобів з одночасним уведенням державного замовлення на їх виробництво, закупівлю лікарських засобів, відповідно до державних програм, проводити централізовано шляхом укладання довгострокових договорів з виробниками лікарських засобів; б) для забезпечення якості, безпеки та ефективності лікарських засобів і раціонального їх використання широко запровадити формулярну систему лікарських засобів та розроблену МОЗ України методику її моніторингу й оцінки якості; в) з метою розвитку соціального партнерства між державою та представниками приватної медицини передбачити залучення їх до соціальних програм побудови та фінансування хоспісів, фінансування протитуберкульозних програм тощо; г) з метою посилення громадського контролю, побудови двостороннього зв'язку між державою, сферою охорони здоров'я і громадянським

суспільством посилити роль Громадської ради МОЗ України шляхом забезпечення активного залучення її до аналітичної роботи щодо вивчення впливу механізмів реформування на діяльність СОЗ, задоволення населення результатами реформування; забезпечення фахової громадської експертизи галузевого законодавства тощо.

Окремі положення сучасної реформи медичної галузі стосуватимуться удосконалення кадрового забезпечення. Ось чому слушно підтримати думку В.М. Князевича [35] про запровадження новітніх підходів у післядипломну медичну освіту та безперервний професійний розвиток відповідно до директиви Євросоюзу і стандартів Всесвітньої федерації медичної освіти, зокрема: резидентурну форму післядипломної освіти, що базується на принципах рівності випускників контрактної та бюджетної форм навчання (внести зміни у 47 ст. Закону України «Про освіту», додавши форму післядипломної освіти – «лікарська резидентура»); систему безперервного професійного розвитку і підтримки медичних працівників, розширення доступу до дистанційних форм навчання. Задля ліквідації диспропорції в кадровому забезпеченні СОЗ слід налагодити стратегію прогнозування діяльності закладу на довгострокову перспективу за категоріями медичного персоналу, зважаючи на умови, результати і ритм системних перетворень даного сектору, врахувати зовнішні та внутрішні міграційні процеси і природне вибуття кадрів.

Насамкінець пропонуємо впровадити у інноваційні переформатування медичної галузі такі пропозиції: 1) для покращення якості наданих послуг доцільно посилити заходи соціального захисту лікарів, передусім на рівні первинної ланки (забезпечення житлом, надання пільгових кредитів тощо), підвищити рівень їхньої заробітної плати, запровадити стимулюючу систему оплати за профілактичну діяльність; 2) продовжити посилення інстанції первинної медичної допомоги на засадах загального практикування представників сімейної медицини; 3) враховуючи недоліки, виявлені в процесі реформи первинної допомоги і підготовки/перепідготовки медичного

персоналу для цього виду допомоги на попередньому етапі, забезпечити підготовку лікарів загальної практики/сімейної медицини виключно через стажування в інтернатурі, розробити методичні рекомендації стосовно поступового, у міру досягнення відповідного кваліфікаційного рівня, переходу до обслуговування в повному обсязі лікарями та медичними сестрами загальної практики/сімейної медицини дитячого населення із забезпеченням безперешкодного отримання консультативної педіатричної допомоги на вторинному рівні медичної допомоги. 4) провести оптимізацію системи збору та аналізу статистичних даних, зокрема узгодження порядку надання та обігу інформації між Міністерством охорони здоров'я, регіональними центрами медичної статистики та Держкомстатом; 5) з метою удосконалення державного управління охороною громадського здоров'я в Україні: прийняти Закон України "Про громадське здоров'я"; оцінити наявні й потенційні ризики для здоров'я населення і системи охорони здоров'я, визначити ті, які реально можна мінімізувати (на державному та галузевому рівнях); послідовно лобювати інтереси, спрямовані на виживання українського народу і системи охорони здоров'я, у ході розробки і реалізації антикризової політики держави; 6) з метою покращення діяльності сфери охорони здоров'я та забезпечення ефективності реформування медичної сфери на місцевому рівні розробити програми міжгалузевої співпраці щодо виконання таких завдань, як ремонт доріг, забезпечення безперешкодного руху карет екстреної медичної допомоги в містах, контроль за якістю та безпекою харчових продуктів, води й повітря тощо.

Таким чином, концептуально і нормативно у змістовлені рекомендації та результати аналізу здобутків усіх пілотних проектів, що проводились у системі охорони здоров'я в Україні, сприятимуть пошуку оптимальної для України національної моделі охорони здоров'я, діяльність та інфраструктура якої слугуватимуть задоволенню базових потреб населення та враховуватимуть географічні, історичні й психокультурні особливості України.

### Висновки до розділу 3

1. Сучасна система охорони здоров'я потребує суттєвої реорганізації, адже вона не характеризується належною якістю, доступністю та ефективністю надання кваліфікованої медичної допомоги усім верствам населення України. У своїй центральній змістовій ланці метою реформування медичної галузі є передусім зміна існуючої та утвердження новітньої парадигми зреалізування державної соціальної політики щодо покращення діяльності системи соціального захисту у сфері охорони здоров'я, надання справедливого доступу усім громадянам до медичних послуг належної якості.

2. Упродовж багатьох років політичною елітою України було здійснено окремі спроби запровадити окремі зміни у медичній галузі, котрі утверджувались на законодавчому рівні у відповідних документах. Аналіз «Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років» показав, що майбутня система охорони здоров'я має базуватися на трьох засадничих принципах: зорієнтованість на людей, зорієнтованість на результат, зорієнтованість на втілення.

3. Ключовим важелем впливу українського уряду є проведення реформи системи охорони здоров'я та унааявлена нагальність виведення вітчизняної медицини на європейський рівень. Зіставлення найбільш успішних моделей функціонування систем охорони здоров'я провідних країн світу, а також впровадження їх аналогів у суспільствах, які на сьогодні перебувають на різних етапах реформування медичної сфери, дозволило визначити істотні засади (принципи), використання яких вкрай важливе для становлення національної системи охорони здоров'я. в контексті обстоюваних положень слід наголосити, що підґрунтям ефективною системи охорони здоров'я в Україні повинні бути: співдіяння держави, приватного бізнесу й самих громадян; паритетний розподіл повноважень у галузі

охорони здоров'я між державою і органами місцевого самоврядування; організація владними інстанціями соціальної політики на засадах високої конкуренції та зорієнтованість на нагальні нужди споживача; доступність якісних медичних послуг для клієнтів, зручність їх отримання; створення й розвиток ефективної системи медичного страхування.

## ВИСНОВКИ

За результатами проведеного дослідження нами сформульовані такі висновки:

1. Соціальний захист населення у буденному і науковому слововживанні розуміється дwoяко: у широкому значенні – як зреалізування ефективної соціальної політики держави через систему законодавчо закріплених гарантій, що підтримує дотримання найважливіших соціальних прав усіх громадян, гідний рівень їх життєдіяльності, захист добробуту кожної особи в конкретних економічних умовах; у вузькому значення – як комплекс заходів економічного, правового й організаційного спрямування для здійснення опіки найбільш вразливих верств населення. Відтак уся діяльність будь-якої держави у кінцевому підсумку повинна бути спрямована на гарантування прав і свобод особистості та задоволення її базових потреб. Сучасний глобалізований світ та необхідність економічного зростання спричинили обрання Україною європейського вектору руху-поступу до стану держави загального добробуту. Остання, за підтвердженням дослідників, прагне забезпечити кожному члену соціуму гідні умови існування, соціальної захищеності, а в ідеалі – рівноцінні стартові можливості реалізації життєвих цілей, дотримання основних вітальних прав і свобод.

2. Невід'ємною частиною загальної політики держави постає система соціального захисту у сфері охорони здоров'я. Перешкоди, з якими стикнулася дана галузь, дуже змінилися з часів набуття Україною незалежності. Як і в низці країн світу, здоров'я українців перебуває під впливом таких потужних чинників, як старіння населення, швидка урбанізація та глобальне поширення нездорового способу життя. Звідси прослідковується головна мета державної системи соціального захисту у царині охорони здоров'я на сучасному етапі – збереження і поліпшення здоров'я всіх верств населення, підвищення якості та ефективності медико-

санітарної допомоги, забезпечення соціальної справедливості і прав громадян на її отримання в умовах трансформації соціально-економічних відносин шляхом удосконалення організації і фінансування галузі та раціонального використання ресурсів. Основними засадами діяльності системи соціального захисту на предмет надання соціальних послуг у сфері охорони здоров'я є: а) сприяння особам, котрі перебувають у нужденному становищі, яке вони не в змозі подолати за допомогою наявних засобів і можливостей; б) попередження виникнення ситуацій фінансового зубожіння; в) створення сприятливих умов для самостійного розв'язання скрутних життєвих проблем, що виникають.

3. Діюча система охорони здоров'я потребує суттєвого реформування, оскільки не може забезпечити належної доступності, якості та ефективності медичної допомоги усім громадянам, проведення потрібних профілактичних заходів, спрямованих на збереження і зміцнення здоров'я населення України. Своєчасність реформування згаданого сектору зумовлена суттєвими суперечностями між зростаючими потребами населення в медичній допомозі та спроможністю галузі їх задовольнити на засадах якості, доступності, ефективності, рівності та справедливості. Виходячи з цього, основними завданнями реформування сфери охорони здоров'я в Україні визначено покращення якості медичних послуг; підвищення доступності медичних послуг; збільшення ефективності державного фінансування; спонукання громадян до ведення здорового способу життя й підтримка безпечних сприятливих умов праці; підготовка умов для переходу до страхової моделі (соціального медичного страхування). Критичний аналіз сьогочасних трансформаційних перетворень медичної галузі показав, що в Україні має місце позитивна тенденція щодо реалізації поставлених завдань реформування, простежується послідовність і наукова обґрунтованість цих кроків. Водночас прослідковується низка проблемних питань та ризиків, пов'язаних з упровадженням задекларованого реформування. Тому на даному етапі надзвичайно важливою є консолідація зусиль когорти

урядовців, чиновників, експертів, науковців, а також усієї медичної спільноти та української громади загалом у напрямку вироблення оптимальної моделі вітчизняної сфери охорони здоров'я з урахуванням можливих ризиків та попереднього вітчизняного досвіду.



## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. 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.
2. 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.
3. Аронов Г. Українські благодійники минулого / Г. Аронов // Вітчизна. – 1996. – № 9-10. – С. 105 – 113.
4. Бадя Л. В. Благотворительность и меценатство: краткий исторический очерк / Л. В. Бадя. – М.: Триста, 1993. – 126 с.
5. 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](http://www.ier.com.ua/ua/publications/comments/archive_2012/?pid=3486).
6. 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>
7. 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.
8. 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.
9. Болотіна Н. Б. Право соціального захисту України : навч. посіб. / Н. Б. Болотіна. – 2-ге вид., перероб. і допов. – К. : Знання, 2008. – 663 с.
10. 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.
11. Бондарева Л. В. Забезпечення доступної і якісної медичної допомоги на базовому рівні: механізми державного регулювання: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. екон. наук : спец. 25.00.02 «Механізми державного управління» / Л. В. Бондарева. – Одеса, 2014. – 20 с.
  12. Булах І. Є. Інформаційні технології у психології та медицині: підручник / І. Є. Булах, І. І. Хаїмзон. – К.: ВСВ «Медицина», 2011. – 216 с.
  13. 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.
  14. 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.
  15. 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.
  16. Гладун З. В. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації) : Монографія. – Тернопіль. «Економічна думка». 2005. – 460 с.
  17. Головатий М. Ф. Соціальна політика і соціальна робота : термінологічно-понятійний словник / М. Ф. Головатий, М. Б. Панасюк. – К. : МАУП, 2005. – 560 с.
  18. Горшкова О. А. Опыт социальной работы за рубежом (краткий курс лекций) / О. А. Горшкова. – М.: Социально-технологический институт. – 1999. – 92 с.
  19. 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 «KM Academia», 2001. – (Методична серія). – 82 с.
20. 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.
21. 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.
22. 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.
23. 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.
24. 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](file:///D:/Downloads/aplup_2015_1-2_10.pdf)
25. 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.
26. 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.nauka.com.ua/?op=1&z=821>.
27. Закон України «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії» [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2017-14>
28. 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](http://www.zakon.rada.gov.ua).
29. Закон України «Про органи і служби у справах дітей та спеціальні установи для дітей». [Електронний ресурс] – Режим доступу: [www.zakon.rada.gov.ua](http://www.zakon.rada.gov.ua).
30. Закон України «Про основні засади соціального захисту ветеранів праці та інших громадян похилого віку». [Електронний ресурс] – Режим доступу: [www.zakon.rada.gov.ua](http://www.zakon.rada.gov.ua).
31. Закон України «Про соціальні послуги» (№966-IV від 19.06.2003 р.) // Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2003. – №45. – С. 358.
32. Закон України «Про соціальні послуги» [Електронний ресурс] – Режим доступу: [www.zakon.rada.gov.ua](http://www.zakon.rada.gov.ua).
33. Закон України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту». [Електронний ресурс] – Режим доступу: [www.zakon.rada.gov.ua](http://www.zakon.rada.gov.ua).
34. Закон України «Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи». [Електронний ресурс] – Режим доступу: [www.zakon.rada.gov.ua](http://www.zakon.rada.gov.ua).
35. 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](http://nbuv.gov.ua/UJRN/znpnadu_2015_1_15)
36. Козлов А. А. Социальная работа за рубежом: состояние, тенденции, перспективы: Сб. науч. очерков / А. А. Козлов. – М.: Флинта, 1998. – 224с.
37. 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.
38. Корвецкий 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.
- 39.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.
- 40.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>
- 41.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](http://nbuv.gov.ua/UJRN/apdyo_2015_1_23)
- 42.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.
- 43.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.
- 44.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/Tpdu\\_2011\\_2\\_46](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Tpdu_2011_2_46)
- 45.Мартыненко А.В. Теория и практика медико-социальной работы: учеб. пособие / А.В.Мартыненко. – М.: Гардарики, 2007. – 159 с.
- 46.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.
47. 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](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vspitp_2013_44_16)
48. Медична та соціальна реабілітація: Навчальний посібник / За заг. ред. І. Р. Мисули, Л. О. Вакуленко. – Тернопіль: ТДМУ, 2005. – 402 с.
49. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років. – Київ, 2015. – 41 с.
50. 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.
51. 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.
52. 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.
53. Основні напрями оптимізації системи соціального захисту в Україні : аналіт. доп. / О. О. Кочемировська, О. М. Пищуліна. – К. : НІСД, 2012. – 88 с.
54. 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.
55. Павлова Любава Орестівна. 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.
56. 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](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Ttpdu_2014_2_14)
57. Поліщук В. А. Професійна підготовка фахівців соціальної сфери: зарубіжний досвід. Посібник. – Тернопіль: Навчальна книга – Богдан, 2003. – 184 с.
58. 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
59. 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.
60. Попович Г. М. Соціальна робота в Україні і за рубежом: Навчально-методичний посібник / Г. М. Попович. – Ужгород: Гражда, 2000. – 134 с.
61. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: організаційне, нормативно-правове та фінансово-економічне забезпечення: аналітична доповідь. – К.: НІСД, 2011. – 41 с.
62. 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.

63. 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.
64. Семигіна Т. В. Словник із соціальної політики / Т. В. Семигіна . – Київ : Києво-Могилянська акад., 2005 . – 253 с.
65. 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.
66. Скуратівський В., Палій О., Лібанова Е. Соціальна політика. – К.: Вид-во УАДУ, 2003. – 265 с.
67. 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 «ТВПК «Забруч», 2010. – 330 с.
68. 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. Звереві. – К.: Наук. світ, 2003. – 95 с.
69. Тюптя Л. Т. Соціальна робота: теорія і практика : [навч. посіб.] / Л. Т. Тюптя, І. Б. Іванова. – К.: Знання, 2008. – 574 с.
70. Уолтер Л. Соціальна робота в змінюючій Європі. Серія «Соціальна робота»/ Л.Уолтер. – Амстердам – Київ, 1997. – 199 с.
71. Флорескул Н. Система соціального захисту населення як чинник формування соціальної держави / Н. Флорескул // Вісник КНТЕУ. – 2009. – №2. – С.34-46.
72. 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.
73. 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.
74. 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.
75. 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](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2014_3_12)
76. 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.
77. 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.
78. 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.